

MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERAS/OS DE AMÉRICA LATINA 2010-2019

Marcela Correa-Betancour
Luz Angélica Muñoz González
Silvina Malvárez
Cristianne Famer-Rocha



Departamento de Enfermería
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



ISBN 978-956-414-980-6

MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERAS/OS DE AMÉRICA LATINA 2010-2019

Marcela Correa-Betancour
Luz Angélica Muñoz González
Silvina Malvárez
Cristianne Famer-Rocha



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



Red Internacional de
Migraciones, Enfermería y Salud

Índice de contenidos

Lista de autores	7
Prólogo	9
Primera parte: Principales hallazgos y recomendaciones	13
Introducción	14
Resúmenes de los principales hallazgos	17
Recomendaciones	25
Conclusiones	27
Segunda parte: informe de países	34
Alemania	35
Argentina	49
Brasil	76
Canadá	114
Chile	134
Costa Rica	145
Ecuador	193
España	222
Guatemala	253
Honduras	268
México	302
Panamá	334
Paraguay	348
Perú	370
República Dominicana	434
United States of America	459

Lista de autores

<p>Alemania</p> <p>Monalisa da Silva Pinheiro</p>	<p>Argentina</p> <p>Silvia Catalini</p> <p>María Cristina Cometto</p> <p>Patricia Fabiana Gómez</p> <p>Silvina Malvárez</p>	<p>Brasil</p> <p>Ana Luiza Stiebler Vieira</p> <p>Maria Helena Machado</p> <p>Antônio Marcos Freire Gomes</p> <p>Betania Maria Pereira dos Santos</p> <p>David Lopes Neto</p> <p>Andréa Lanzillotti Cardoso</p> <p>Neyson Pinheiro Freire</p> <p>Wilson Aguiar Filho</p>	<p>Canadá</p> <p>Anisha Rao</p>
<p>Chile</p> <p>Marcela Correa</p> <p>Luz Angélica Muñoz</p>	<p>Costa Rica</p> <p>Amalia Guerrero Herrera</p> <p>Gabriel Guido Sancho</p> <p>Ernestina Aguirre Vidaurre</p> <p>Isabel Guzmán Rojas</p> <p>Olga Castro Vargas</p> <p>María Griselda Ugalde Salazar</p>	<p>Ecuador</p> <p>Angela Yáñez Corrales</p> <p>Catalina Proaño</p> <p>Daniela Chávez</p> <p>Jannett Brito</p>	<p>España</p> <p>Silvia Costa Abós</p> <p>Alba Biosca Alonso</p>

<p>Guatemala</p> <p>Rutilia Herrera Acayabón</p> <p>Berta Alejandra Pérez Castellanos</p>	<p>Honduras</p> <p>Reina Lidylia Grogan Núñez</p> <p>Lesly Xiomara López</p> <p>Ela Dianira Márquez</p> <p>Sergia Janeth Núñez Dolmo</p> <p>Alejandrina Maribel Manzanares Membreño</p>	<p>México</p> <p>Rosa Amarilis Zárate Grajales</p> <p>Dolly Marlene Blanco Borjas</p> <p>Mateo Antonio de Jesús Jaramillo García</p> <p>Gustavo Nigenda López</p> <p>Rey Arturo Salcedo Álvarez</p>	<p>Panamá</p> <p>Carmen Flores de Bishop</p>
<p>Paraguay</p> <p>Nancy Villagra Rivera</p> <p>Elsa Ramos</p>	<p>Perú</p> <p>Sonia Velásquez Rondón</p> <p>Amelia Morillas Bulnes</p> <p>Ester Ramírez García</p> <p>María Arcaya Moncada</p> <p>Elena Cachicatari Vargas</p> <p>Margarita Velásquez Oyola</p> <p>Miriam Otiniano Hurtado</p>	<p>República Dominicana</p> <p>Dulce Emilia Medina Ferreras</p> <p>María Virtudes Méndez Santana</p> <p>Nelgia Yolanda Saturria</p> <p>Regina Silverio</p>	<p>United States of America</p> <p>Robert J. Lucero</p> <p>Mary Lou de Leon Siantz</p>

Prólogo

La migración internacional es por estos días un tema muy presente en la agenda de los gobiernos de América Latina y el Caribe, sobre todo, por los efectos económicos, sociales, culturales y políticos que genera tanto en los países de origen, así como en los de acogida de los migrantes. También, la región experimenta desde hace algunas décadas, pero intensificado desde el año 2015 en adelante, un dinamismo inusitado cuyo rasgo más notorio es su carácter intrarregional, es decir, que predominan los migrantes de la misma región, y que en el caso de Sudamérica alcanza a 8 de cada 10 migrantes (Martínez y Orrego, 2016; OIM-FEM, 2022). Asimismo, de acuerdo con estimaciones de las Naciones Unidas, unos 43 millones de personas de la región vivían fuera de sus países de nacimiento en 2020, lo que representa alrededor de un 15% de los migrantes mundiales.

La cobertura de la migración se ha ampliado a tal punto que no hay país que permanezca indiferente a este componente demográfico, puesto que todos son parte, con mayor o menor intensidad, de uno o más de uno de los ciclos migratorios, es decir: origen, destino, tránsito o bien país de retorno.

Una de las aristas relevantes de la movilidad de la población y de los cambios de residencia que supone es precisamente el trasvase de capital humano desde el país de origen al país o a los países de destino. Las consecuencias de este proceso han sido estudiadas desde hace mucho, evidenciándose palpables ventajas para los países receptores de la migración con efectos directos en el bienestar de su población, en contraste, los países de origen amplían sus brechas de capital con consecuencias en el bienestar de su población.

Si bien la investigación en migraciones muestra una inclinación a poner los ojos en las capacidades laborales de los migrantes de los sectores productivos de la economía como la industria, el comercio, la construcción, la minería o la agricultura y la pesca, los servicios de salud son fundamentales para asegurar el bienestar de la población, lo que ha quedado de manifiesto con ocasión de la Pandemia por COVID-19 que vivimos en la región y en el mundo a partir de marzo del año 2020, donde el trabajo de las personas migrantes fue esencial para atender las necesidades de la población confinada en sus casas. Del mismo modo, el personal de salud de origen extranjero tuvo un papel fundamental para sortear con éxito la crítica situación de los pacientes infectados, lo que implicó asumir cargas extenuantes de trabajo.

En este contexto, esta obra Migración internacional de enfermeras/os de América Latina 2010-2019, que el lector tiene en sus manos, constituye un aporte significativo al conocimiento de la movilidad internacional del personal de salud, particularmente de los enfermeros y enfermeras que buscan ejercer su profesión más allá de las fronteras de su país. Si bien las razones o consideraciones que están detrás de las decisiones de estos profesionales de la salud para abandonar su país de ori-

gen han venido siendo estudiadas desde hace muchos años, entre las que se cuentan la búsqueda de mejores condiciones laborales -consideración aplicable también a personas migrantes que provienen de otras profesiones-, lo que se traduce no sólo en un nivel de ingreso mucho mayor sino también en la posibilidad de proyectar una carrera profesional en el país de destino, mediante la formación y la capacitación. Desde luego, los otros factores concurrentes como una mayor estabilidad económica y política y una mayor seguridad pública son parte del contexto que ayudan a las personas migrantes a tomar esta decisión tan importante. Sin embargo, cabe advertir que este particular grupo de migrantes, los profesionales de enfermería, no debe asimilarse en sus condiciones de vulnerabilidad a muchos migrantes menos calificados que asumen elevados niveles de riesgo en sus tránsitos hacia sus destinos.

Estos estudios muestran aspectos que desde el punto de vista de la investigación sobre migración y salud resultan centrales. Entre ellos, la disponibilidad de datos para monitorear la presencia de estos profesionales en el sistema de salud y proyectar sus necesidades futuras considerando el crecimiento de la población, pero sobre todo el proceso de envejecimiento por el que están transitando los países de la región, si bien con avances dispares entre países. Esto abre, indudablemente, un nuevo foco de atracción o de demanda, principalmente, en los países en que este proceso de envejecimiento está más avanzado y se traduce crecientemente en una demanda de personas que desempeñen la labor de cuidado de manera profesional.

La revalidación y homologación de títulos de enfermeros y enfermeras es también un gran tema, que es abordado por los investigadores que forman parte de esta publicación. Ciertamente, la convalidación de títulos es otra dimensión donde la experiencia comparada muestra una realidad muy diversa. En primer lugar, hay que considerar la existencia de los convenios de reconocimiento de estudios universitarios entre países, que viene a facilitar o a dificultar el ejercicio de la profesión en el país de acogida, más allá de las evidentes necesidades de los sistemas de salud de cada país. Dado que muchos de los profesionales extranjeros de la enfermería provienen de países que no tienen convenio con el país de acogida, la reválida, a través de una universidad que tenga una carrera similar es una opción con resultados también diversos. El panorama se despliega desde procesos expeditos y sin costos elevados hasta otros más costosos en lo económico y académico. En este sentido, es destacable el aporte de estos estudios para tantos países puesto que ofrecen una base muy útil que permitirá monitorear su evolución en el tiempo, advertir los cambios en materia de convalidación y reconocimiento de estudios y los factores que los explican.

A lo anterior hay que agregar a las personas migrantes que están en edad de estudiar y que eligen a la enfermería como su carrera profesional. Si bien, en la mayoría de los casos, su peso es menor

respecto de los estudiantes nativos, debe valorarse el hecho de escoger al país y sus instituciones universitarias como el lugar para formarse. Su impacto en el total de enfermeros y enfermeras disponibles posteriormente en el mercado laboral puede ser muy variado puesto que no siempre la decisión es ejercer en el país de acogida. Un caso llamativo es el de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, donde el componente extranjero entre los estudiantes de enfermería en instituciones no universitarias alcanza el 42% del total. Con todo, y ante la gran movilidad de profesionales en la actualidad, es evidente que tomar medidas que busquen agilizar el proceso de convalidación para los extranjeros profesionales de enfermería es lo más recomendable, para lo cual se debe ampliar en número de países con quienes se han suscrito convenios de reconocimiento de credenciales.

Este esfuerzo académico también tiene la virtud de permitir dar cuenta de las diferencias entre los 16 países estudiados en cuanto a las estrategias que ellos han implementado para cubrir los puestos vacantes en sus respectivos sistemas de salud. En este orden de cosas emergen diferencias entre los países desarrollados (Alemania, Canadá, Estados Unidos y España) y los de nuestra región, lo cual es esperable, donde los primeros tienen a su favor el nivel de desarrollo socioeconómico e institucional que los caracteriza y que opera como un poderoso atractor de este capital humano. A partir de allí se generan y organizan políticas diseñadas por los gobiernos, con agencias de reclutamiento, del que el Proyecto Triple Win de Alemania es un muy buen ejemplo.

Por otro lado, la deficiente disponibilidad de datos para conocer la situación de los enfermeros y enfermeras es una clara debilidad sobre lo que hay que trabajar para mejorar el nivel de conocimiento sobre el tema y sobre todo de los cambios que experimenta la brecha de enfermeros y enfermeras en cada país. Sin embargo, a la luz de este esfuerzo colectivo, se puede observar que los países generan alternativas. Por ello, cabe preguntarse ¿Cuáles métodos son más eficientes para indagar sobre migración y salud? ¿Cuáles otros sería necesario incluir?

Sobre la información disponible este libro integrado por investigaciones en 16 países también deja en evidencia las diferencias en cuanto al uso de fuentes administrativas, es decir, registros administrativos que permitan cuantificar y monitorear la evolución de los profesionales de enfermería nacidos en otro país ejerciendo en los sistemas de salud de cada uno de los países bajo estudio. Frente a esto hay que decir que, los países de la región vienen dando pasos importantes hacia la producción de estadísticas a partir de los registros, proceso nada expedito, sobre todo, cuando las instituciones públicas de salud y de registro de extranjeros, entre otras involucradas, no están siempre mandatadas para generar estadísticas a partir de sus registros -que son parte de un proceso administrativo regular- y de coordinarse para ese proceso. El avance hacia sistemas interoperables (adaptados para compartir datos) es complejo y por lo general en nuestros países depende más de la voluntad de los funcionarios

de turno que de políticas explícitas.

Finalmente, Migración internacional de enfermeras/os de América Latina 2010-2019, coordinado por las académicas Marcela Correa-Betancour, Luz Angélica Muñoz González, Silvina Malváres y Cristianne Fammer-Rocha, es una obra llamada a ser referencia obligada de quienes nos ocupamos de estudiar la inserción laboral de las personas migrantes en los países de acogida, sobre todo, por la oportunidad de observar la diversidad de situaciones, pero también de diferencias marcadas entre países desarrollados y los nuestros, así como entre los que integran América Latina y el Caribe.

Jorge Eduardo Dehays Rocha

Primera parte: Principales hallazgos y recomendaciones

Marcela Correa- Betancour
Luz Angélica Muñoz González
Silvina Malvárez
Cristianne Famer-Rocha

Introducción

La movilidad internacional de enfermeras/os se ha convertido en un factor clave al planificar los recursos humanos en salud en todo el mundo. Por ello la migración internacional de profesionales de enfermería es un tema de interés para los países emisores, quienes pierden su recurso humano formado y aumentan sus brechas de cobertura, mientras que para los países receptores la atracción de enfermeras/os formados en el exterior les permite cumplir con sus estándares de calidad en salud (Buchan, 2008; Castro-Palaganas et al., 2017; Lofters, 2012; Pittman et al., 2007; Shaffer et al., 2022).

Se han identificado diversas razones que motivan la movilidad internacional de estos profesionales desde sus países de origen. Entre ellas se mencionan causas relacionadas con el país de origen o destino o relativas a factores personales. Entre los relativos al país de origen se encontraría las pobres condiciones laborales, bajos salarios, alta carga asistencial, además de posiblemente asociarse a inestabilidad social o política o a inseguridad en el país de origen. Así mismo hay factores atrayentes entre los que estarían la posibilidad de tener mejores condiciones sociales, laborales y económicas en un país que les ofrece estabilidad y garantías de derechos sociales. Finalmente existen factores personales que influyen fuertemente en la migración de profesionales de enfermería como son la búsqueda de nuevos desafíos laborales e intelectuales, la posibilidad de estudios avanzados en un área determinada, y el deseo de aventura y de vivir nuevas experiencias en nuevas culturas (Dywili et al., 2013; George et al., 2019; Martineau et al., 2004; Moyce et al., 2016a). Todos estos elementos serían los que en distinta medida contribuyen a la decisión de migrar y establecerse en un país diferente.

Múltiples iniciativas se han desarrollado con miras a establecer compromisos entre países emisores y receptores de profesionales de la salud y específicamente de enfermería. Estos compromisos buscan regular en alguna medida la migración internacional y las contrataciones especialmente desde países en vías de desarrollo hacia países desarrollados. Una de estas iniciativas fue la firma del llamado Código de Prácticas (Código de Prácticas de La Organización Mundial de La Salud Sobre La Contratación Internacional de Personal de Salud, 2009). En nuestra región este tema ha sido parte de la preocupación de académicos/as, gobiernos y ONGs pues muchos de sus países son considerados productores y exportadores de fuerza de trabajo de enfermería, generando brechas de cobertura y afectando la salud de las personas, especialmente las más vulnerables.

Sabemos que existe una alta movilidad interna del recurso humano de enfermería en la región de las américas (Correa-Betancour et al., 2021) y que hay países eminentemente receptores de los profesionales de enfermería latinoamericanos como son Estados Unidos, Canadá y España y recientemente Alemania (Blythe et al., 2009; Mary Lou de León Siantz & Silvina Malvárez, 2008; Moyce et al., 2016b). Muchas iniciativas se han llevado a cabo en los últimos 20 años en Latinoamérica con el objetivo

de analizar y proponer soluciones al problema. De estas iniciativas destacan la publicación de 2006 de OPS Notas preliminares sobre migración y escasez de enfermeras en América Latina, Migración de enfermeras en América Latina: área América del Sur, Migración de enfermeras en América Latina: área América Central, estudios que permitieron cuantificar el fenómeno, “Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países Andinos - Evidencia para la toma de decisiones 2015” y la dimensión de esta movilidad, y en 2019 “Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas” de la OPS que resalta el rol de los enfermeros en el logro de objetivos y metas en salud (Malvárez et al., 2008; Núñez et al., 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 2011; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2019).

En este contexto y entendiendo que en el mundo cada día se requerirán mayor cantidad de enfermeras/os para cumplir con los estándares de calidad propuesto, es que conocer las rutas migratorias de las y los enfermeros de la región es sin duda un primer paso para entender y contextualizar este fenómeno, visualizar causas y proponer un abordaje integral para el futuro.

Marcela Correa - Betancour
Coordinadora
Red Internacional Migraciones, Enfermería y Salud.

Objetivos del estudio

1. Determinar la magnitud y características de la migración de enfermeras y enfermeros formados en países de América Latina mediante la identificación de datos de inmigración de los mismos en países receptores de Norte, Centro y Sudamérica, Portugal, España e Italia, en el período 2010-2019.
2. Determinar la magnitud y características de la emigración de enfermeras y enfermeros formados en países de América Latina en el período 2010-2019.
3. Relacionar el fenómeno de la migración de enfermeras de América Latina con la dotación y brechas de cobertura de personal de enfermería en cada país en el mismo período.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la cantidad de enfermeras y enfermeros formados en América Latina que se desempeñan en países del Norte, Centro y Sudamérica, Alemania y España?
2. ¿Cuál es la cantidad de enfermeras formadas en países de América Latina que emigraron de su país de residencia en el período 2010-2019?
3. ¿Cuáles son las características de la migración internacional de enfermeras y enfermeros de América Latina en el período 2010-2019?

Resúmenes de los principales hallazgos

Alemania: o presente relatório trata-se de um apanhado de dados sociodemográficos quantitativos e qualitativos sobre a Alemanha. Além disso, conta com informações relativas ao campo da Saúde e Enfermagem. O objetivo dessa escrita é conhecer dados sociodemográficos da sociedade alemã, bem como conhecer o sistema de saúde, formação e imigração de enfermeiras. O método de coleta de dados foi uma pesquisa bibliográfica nos principais bancos de dados online do governo alemão. Desta maneira, foi possível identificar que apesar do país possuir um robusto sistema de saúde e estratégias governamentais para a contratação de profissionais da saúde e principalmente enfermeiros (as) ainda existe um importante déficit desses profissionais no atendimento à população principalmente de idosos.

Argentina: los resultados más relevantes (de fuentes secundarias) muestran que la población inmigrante más frecuente viene de países del MERCOSUR, con una variación del aumento significativo de inmigración venezolana y descenso de inmigración paraguaya, asociadas inversamente a los procesos económicos de los países de origen. En los años 2018-2019 se otorgaron 383.599 radicaciones. De ellas, el 35,3% fueron trámites realizados por personas de nacionalidad venezolana, el 19,0% paraguaya y el 16,3% boliviana. En relación a los estudiantes de enfermería, Argentina sigue siendo un país receptor de inmigrantes. La carrera de enfermería es la segunda seleccionada por estudiantes internacionales. En Córdoba, los estudiantes extranjeros representan un 10 %, el número de los mismos ha ido en aumento hasta triplicarse. En relación a la empleabilidad, en el sector salud de Argentina, la mayoría de las enfermeras/os inmigrantes se radican en las grandes urbes. Las emigraciones tienen una leve variación al final del periodo estudiado; los países históricamente seleccionados son España e Italia. En base a estos hallazgos se concluye que las principales dificultades estuvieron centradas en que la información disponible no se encuentra sistematizada en el país, tanto del campo general de la salud como de la propia enfermería, lo cual impide la posibilidad de planificar políticas tanto para la formación como para el ejercicio profesional.

Brasil: en este estudio fueron considerados enfermeros/as inmigrantes, aquellos extranjeros que nacieron y se graduaron en el exterior. Los resultados señalan que, en este período, corresponde a 74 personas, lo que equivale a un 42 % del Censo nacional de enfermeros inmigrantes. Cabe señalar que un estudio del año 2005, los inmigrantes actuales mantienen las mismas características en relación a sus destinos en el territorio brasileiro; permaneciendo la región Nordeste como la primera preferencia de destino, debido a la participación del Estado de Amazonas, seguida de la región Sudeste., con un 56,8 % o 42 enfermeros entre el total de 74 inmigrantes. Los 32 Enfermeros restantes, o 43,2%, están distribuidos en los estados brasileiros y en mayor proporción en Amazonas. Se destaca que los Enfermeros peruanos se establecieron históricamente en un período de 16 años en un flujo

migratorio continuo para Brasil. Los países de origen de los inmigrantes son principalmente de Perú en un 54%, Portugal en un 12,2 %, Bolivia con 6.8 %, Venezuela, Cuba y Francia con un 4,1 %. En relación a los recursos humanos de Enfermería, según el Consejo Federal de Enfermería (COFEN, 2021), Brasil tiene 630.497 enfermeras, 1.495.139 Técnicos, 439.140 auxiliares de enfermería y 334 obstétricas, totalizando 2.565.116 millones de trabajadores de Enfermería. Se concluye de esta manera, que los Enfermeros inmigrantes no impactan en la fuerza de trabajo de Enfermería en el país. En relación a los recursos humanos, históricamente Brasil no se presenta como un país de destino atrayente para la Inmigración de la profesión.

Canadá: Canadá tiene una larga historia de migraciones desde todo el mundo. Esto lo ha transformado en un destino migratorio cotizado no solo para enfermeras/os de Latinoamérica si no que de todo el mundo. Canadá es un país desarrollado considerado de ingresos altos lo que en general atrae mayoritariamente a adultos jóvenes, migrantes recientes, migrantes profesionales lo que contribuye al drenaje de cerebros. Canadá además tiene un sistema de salud que garantiza la atención de salud de urgencia incluso para migrantes sin seguro o no ciudadanos. Hay tres tipos de enfermeras/os en este país, las enfermeras registradas (Registered Nurses) enfermeras practicas registradas (Registered Practice Nurse) y enfermeras registradas en psiquiatría (Registered Psychiatric Nurses). Las enfermeras registradas representan aproximadamente un 75% de la fuerza de trabajo nacional. Es posible obtener el grado de enfermera/o en 4 años. Cada territorio tiene su propio cuerpo regulatorio para la práctica de enfermería. Las enfermeras/os migrantes representan cerca de un 8,9% de la fuerza laboral en 2020. Enfermería es una de las profesiones mejor pagadas en el país, sin embargo, la falta de enfermeras persiste dado lo complejo del trabajo que deben realizar, lo que a su vez motiva que las enfermeras canadienses migren a USA en busca de otros roles y mejores condiciones de trabajo. Canadá no tiene una política activa de contratación internacional para atraer enfermeras migrantes. Si bien hay enfermeras suficientes en Canadá, ellas no desean trabajar en los roles que se les ofrecen, por tanto, estos espacios son llenado por enfermeras migrantes. La mayoría de ellas provienen del sudeste asiático y solo un 13% viene de Latinoamérica, esto puede explicarse por la barrera idiomática. A los factores de atracción que frecuentemente se indican en países de altos ingresos, como mejores condiciones de trabajo, seguridad, estabilidad política, entre otros, se suman factores de atracción para enfermeros migrantes desde LATAM como el poder optar a mejores sueldos que les permitan ofrecer mejores condiciones de vida a sus familias. Si bien Canadá se erige como un destino migratorio interesante para enfermeras/os latinoamericanos, no existen datos o investigaciones que den cuenta del fenómeno u ofrezcan cifras que permitan cuantificarlo y desagregarlo.

Chile: la migración de profesionales de enfermería a Chile es un fenómeno más bien reciente

y se circunscribe a los últimos 20 años. La estabilidad social y política del país, la diferencia de ingresos en relación al resto de los países de la región, la seguridad y la presencia de una estructura estatal que garantiza algunos derechos básicos podrían ser algunos de los factores que propician la migración hacia Chile. Existe un marco legal claro para los profesionales de enfermería con títulos extranjeros que deseen ejercer en el país, el paso a seguir dependerá del país de origen del título y la existencia o no de convenios con dicho país. Existe escasa evidencia disponible en relación a la inmigración de profesionales, sin embargo de acuerdo a la OCDE las enfermeras migrantes representaban un 2% de la fuerza de trabajo de enfermería. Los países de origen serían mayoritariamente de Sud y centro América y la cifra ha ido en aumento sostenido desde el año 2006 en adelante. Se recomienda realizar futuros estudios que exploren el fenómeno en profundidad, así como futuros estudios que permitan conocer la empleabilidad, la integración profesional y la retención de las enfermeras/os extranjeras ejerciendo en Chile.

Costa Rica: es una investigación descriptiva documental, que relata la situación de la migración de enfermeras en Costa Rica, ocurrida en los años del 2010 al 2019. Se basó en fuentes primarias y secundarias, de estudios de migración en el país y el acceso a base de datos. Se realizaron consultas telefónicas a informantes claves. En cuanto al carácter del estudio: la caracterización de la migración de enfermería en Costa Rica, no existen nuevos estudios que evidencien aspectos relacionados con esta situación, respecto a la emigración e inmigración, no se tiene una base de datos que reúna la información requerida. La información encontrada no permite distinguir la situación que se presenta en los países centroamericanos. Las desigualdades, inequidades, desempleo, subempleo son detonantes del aumento de migraciones de enfermeras, con efecto negativo en los sistemas de salud, en los cuales existe falta de una planificación de recursos humanos en salud, especialmente en enfermería profesional y su relación con una migración calificada. Se carece de información en los registros oficiales del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y en el Observatorio de Recursos Humanos de salud, del Ministerio de Salud, con respecto a la emigración e inmigración de las enfermeras y de los enfermeros en Costa Rica. La migración del personal de salud, en el caso de enfermería no evidencia ser un asunto de estudio en el país, de acuerdo a la indagación realizada.

Ecuador: la movilidad humana se sustenta en el ejercicio de la libre circulación, y es un fenómeno de especial interés si atañe al profesional enfermero, por las consecuencias que puede generar a las organizaciones de salud la dotación adecuada o escasez de este importante integrante del equipo de salud. Objetivo: detallar la migración de profesionales de enfermería en el Ecuador. Método: se realizó una revisión integrativa incluyendo revisión documental que abarcó bases de datos LILACS, SCIELO, CINHALL; para la información de datos estadísticos se revisaron páginas web oficiales nacionales. La fundamentación sobre datos de títulos revalidados se obtuvo de la Secretaría

Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENESCYT). Como criterios de selección de artículos y datos se tomó la cohorte 2010-2019 y el primer semestre del 2020. El análisis de datos se estableció a través de las variables: perfil socio sanitario y migración de profesionales de enfermería. Conclusiones: la migración de profesionales enfermeros es un fenómeno que incide en la disponibilidad de este recurso humano en el país. Si bien se han realizado algunas investigaciones sobre el tema, aún la información es inespecífica de manera que sea posible establecer cifras exactas de cuántos enfermeros entran y salen del país con el propósito de radicarse en él. En esta revisión se ha determinado movilidad en los dos sentidos, situación que deberá considerarse con miras a satisfacer la demanda interna de enfermeros y reducir la pérdida de ese recurso si se pretende estrechar la brecha existente en la actualidad.

España: La migración de enfermeras/os es un fenómeno globalmente extendido, con un impacto tanto en los países de origen como de destino, en la medida en que transformen los sistemas sanitarios al dotarlos o desproverlos de sus recursos humanos en salud. Objetivos: Examinar la migración de enfermeras de América Latina a España durante la década de 2010 a 2019, determinando la magnitud, describiendo el proceso de homologación, identificando los motivos de migración, y determinando el impacto en los países de origen y destino. Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, LILACS, CINAHL, Web of Science, Cochrane Library, Scielo, EnFis-Po y el buscador de Google Académico a partir de términos MeSH combinados. Cerca ampliada a las principales organizaciones internacionales en enfermería, salud y migración. Resultados: Se han encontrado veintitrés documentos que han resultado ser útiles para verificar los objetivos planteados, siendo: trece estudios multicéntricos, tres estudios de casos, dos informes, dos leyes, un artículo original, una carta al editor, una guía, un manual y una revisión bibliográfica. Conclusiones: Resulta difícil determinar la magnitud del flujo migratorio de enfermeras por carencia de registros oficiales, abiertos y con criterios unificados. La homologación, que dependerá del criterio del Ministerio de Educación y Formación Profesional, no es un tema investigado y deja en entredicho que los convenios bilaterales con países latinoamericanos aumenten y faciliten la aprobación de credenciales. Las motivaciones por emigrar de las enfermeras son económicas, laborales, familiares y sociales. El mayor impacto es negativo y se produce en los países emisores, que no logran suplir el desabastecimiento de personal de salud. Deberían compartirse responsabilidades y costes entre países de origen y receptores.

Guatemala: se ha identificado con mayor frecuencia que jóvenes de países como Belice, Nicaragua, Honduras y Venezuela emigran a Guatemala para estudiar enfermería en sus diferentes niveles. Actualmente se desarrolla el proyecto de Movilidad Laboral en conjunto con la embajada de Alemania y el Ministerio de Trabajo permitiendo que personal de enfermería con grado de licenciatura pueda ser

contratado por dos años por países como España, Estados Unidos y Alemania, ofreciendo condiciones laborales atractivas lo que hace que los profesionales participen en el reclutamiento de personal. Entre los beneficios reciben apoyo en la gestión legal para trámite de visa. Para llevar a cabo el proceso se han tomado en cuenta a todas las universidades del país con el fin que compartan las bases de datos de egresados y ellos participen. Se ha identificado que los factores que influyen en la movilidad del personal de enfermería son los bajos salarios; ellos determinan el pluriempleo encontrándose que de 45% a 65% del recurso humano tiene más de un empleo y consecuentemente se traduce en poca motivación, baja productividad, mala calidad en la atención en salud, alto costo de vida y violencia. Actualmente la pandemia por COVID-19 ha generado nuevos puestos de trabajo de forma temporal, situación que determina que el personal de enfermería se encuentre en constante movimiento interno. Guatemala registra un porcentaje de 0.89 enfermeras por 1000 habitantes, uno de los porcentajes más bajos de América Latina. Bolivia y Paraguay, por ejemplo, cuentan con 1.2 por 1000 habitantes, respectivamente. Debido a la falta de control no existe un registro fiable de migración de enfermeras, no se sabe cuántos profesionales emigran del país en busca de mejor educación o trabajo y cuantas regresan o de cuántas emigran en busca de una mejor calidad de vida. Sobre el personal que emigra al extranjero por especialización, no se mantiene registro de cuántos regresan y que especialización realizaron.

Honduras: en Honduras, entre el 2010 – 2019 la emigración fue de 21 enfermeras registradas en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, habiendo subregistro, porque no todas siguen el trámite correspondiente ni en la Universidad ni en el colegio profesional. En el extranjero, muchas enfermeras trabajan en campos diferentes a la profesión de enfermería y por eso no logran registrarse. Los países a los que emigran, son Estados Unidos de América, España, Colombia y México. Antes del año 2007 había más solicitudes para emigrar y debido a las mejoras salariales en el país, hubo un decrecimiento significativo. En la inmigración, se recibieron 19 solicitudes de diferentes universidades del extranjero, las cuales fueron homologadas, quienes usualmente llegan por razones de matrimonio; a la vez encontramos subregistro de datos. Los países de origen son Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Cuba, USA y México. En Honduras, se espera socializar los resultados de este estudio con las diferentes instituciones involucradas, para establecer la sistematización del registro de la inmigración y emigración.

México: la migración de enfermeras es un fenómeno del que no se tienen registros oficiales referente al número de enfermeras/os formados en el país que emigraron, año de salida, nivel académico, país de destino, o situación laboral que desempeñan, estos y otros más son datos con los que no se cuenta. Lo mismo ocurre con la inmigración, los datos de migración e inmigración de enfermeras en México no son suficientes para establecer un diagnóstico claro sobre el fenómeno. En años recién

tes, autoridades de salud de Alemania han buscado reclutar enfermeras graduadas de universidades directamente de las escuelas.

Es importante realizar estudios sobre el fenómeno de migración que nos permitan obtener datos para la toma de decisiones y de políticas específicas que protejan la inversión pública que hace el país en la formación de enfermera/os sin que esto implique restar posibilidades a los individuos de buscar oportunidades laborales en otros países. Se propone la creación de un Observatorio Regional de Migración para enfermería a fin de recopilar y ordenar información de forma continua sobre el tema, en particular identificar factores expulsivos de personal.

Panamá: Panamá es un país de tránsito por su posición geográfica, donde la migración es un fenómeno importante. En el informe migratorio presentado se pretende aportar una panorámica general de la migración, en especial de las enfermeras de Panamá. Para ello se hizo un estudio documental con información de fuentes secundarias y documentos sustentadores que permitieron conocer el proceso migratorio de enfermeras del 2010-2019. Panamá es un país territorial y poblacionalmente pequeño (74,177.3 Km² y 4 millones de panameños aproximadamente). En relación con el recurso humano de salud (médicos y enfermeras) había diferencia, siendo más médicos que enfermeras del 2010-2018, para el 2019 se equiparó; al igual que la densidad de estos profesionales por cada 10,000 habitantes. Para describir el fenómeno migratorio de enfermeras, no se encontró ningún documento, sin embargo, la mayoría de los enfermeros formados en el país que desean emigrar a otros países, hacen solicitud del programa de estudio apostillado a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá y el llenado de un formulario que el país de destino solicita. Se revisaron los libros donde se registran estas solicitudes y se encontraron solamente 14 enfermeras en este período, de las cuales 4 solicitudes se dieron en el 2018, dos en el 2015, dos en el 2020 y el resto de los años se dió una solicitud en cada uno. El país a donde migraron la mayoría fue a los Estados Unidos en diversos estados (93%); solamente una (7%) emigró a Colombia. En cuanto a la inmigración de enfermeras a Panamá no se localizó información. Cabe resaltar que para trabajar en Panamá la enfermera tiene que estar nacionalizada, esto hace que la inmigración sea casi nula. Es importante señalar la necesidad de hacer un estudio y de establecer registros sistemáticos sobre la migración en el país y en especial del recurso humano en salud.

Paraguay: El movimiento de profesionales de enfermería en Paraguay se remonta a la década de los años 2000-2010. A partir de este momento la opción de trabajar fuera del país se convierte en una alternativa para muchos jóvenes recién egresados de las instituciones de educación superior IES. En el país, la carrera de enfermería se dicta en el nivel universitario y el título que se otorga es Licenciado o Licenciada en Enfermería. El plan de estudios vigente tiene una duración de 4 años u 8

semestres con una carga horaria de 4000 horas como mínimo. El perfil de egresado propuesto por el modelo nacional de certificación de calidad para la carrera, apunta a un profesional generalista capaz de insertarse efectivamente en el ámbito hospitalario o comunitario. En cuanto a las condiciones laborales; la profesión de enfermería cuenta con una Ley que regula su ejercicio y formación; recientemente, se ha aprobado un marco normativo para la carrera profesional el cual establece cinco niveles profesionales a los cuales se accede y progresa por meritocracia. En el país no existe una organización que haya asumido el compromiso de llevar el registro de los profesionales de enfermería que emigran; por lo tanto, los datos se obtienen de personas que han regresado o de aquellos que están pensado en salir del país para trabajar. Ante esta situación, el seguimiento de la movilidad de enfermeros y enfermeras en Paraguay es un terreno propicio para instalar la cultura de la investigación en el país y contar con datos fiables sobre este problema de relevancia internacional.

Perú: La investigación integrativa tuvo como objetivo: Analizar la magnitud de la migración de enfermeros en el Perú en los años 2010 al 2019. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de artículos científicos publicados en los años establecidos, en PubMed, LILAC, Scopus, Scielo, Google Scholar, Alicia, Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Banco Mundial, Organización de Estados Americanos, Colegio de Enfermeros del Perú, además de la literatura gris de repositorios de universidades e instituciones públicas. Los resultados mostraron que el Perú es un país vulnerable, con escasos recursos humanos y que la tendencia a la migración permanece constante, debido a las deficientes condiciones laborales que tienen las enfermeras. La población peruana sigue vulnerable sobre todo en zonas rurales, amazónicas, las que tienen los servicios fundamentales, con escasos recursos humanos, cuyas condiciones laborales son deficientes, con bajos salarios, desempleo lo que favorece la emigración. La densidad de enfermeros es baja en especial en el primer nivel de atención, existiendo brechas de enfermeras a nivel nacional de 17.2% cifra que se incrementan en zona rurales, es cierto que ha existido variación con respecto al estudio anterior, cuyas brechas eran muy altas, pero aún persisten ocasionando que la morbimortalidad sea elevada con una casuística similar al decenio. El flujo migratorio de las enfermeras que emigraron a diversas zonas del mundo fue inferior al estudio pasado, cuya magnitud fue mayor. En este decenio se tiene que para en el año 2010, emigraron 12,771, año a año se ha incrementado, es así, que para el 2019, emigraron 20,911 enfermeras, como se dijo, los destinos han variado, se mantienen Europa con España, Italia, en América del Sur a Chile, Argentina y Brasil y los nuevos destinos son Estados Unidos y Canadá. A diferencia del primer estudio que fue para Italia, España. El flujo migratorio se incrementará hacia países desarrollados mientras no cambie la situación laboral en el país, elegirán países cuya facilidad se encuentre en la reválida de títulos. El estado peruano invierte en la formación de recursos humanos, en este caso enfermeros, la suma de 40,000

dólares, la mayor parte provienen de universidades públicas, los cuales emigran perdiendo ese costo y ante la ausencia de política de regulación para las agencias reclutadoras de recursos humanos, se instalan en el país para proceder a llevarlas a diversos destinos, uno de los mecanismos es la subvención en cuanto a costos se refiere, también no existen políticas de retención a los recursos humanos y es un derecho de los enfermeros buscar mejores opciones laborales ante la falta de incentivos para trabajar en su país.

República Dominicana: la República Dominicana está ubicada en el archipiélago de las Antillas Mayores en la parte oriental de la Isla Española. Tiene una extensión territorial de 48.449 Km² y una población general de 10.953.700 habitantes. Los constantes movimientos migratorios en la Región de las Américas y a nivel mundial, de los cuales República Dominicana no está exenta, es muy notoria en lo referente a enfermería. Dada esta situación, se realiza una investigación con el objetivo de determinar la magnitud y características de la migración de enfermeras formadas en República Dominicana en el período 2010-2019. Con tal objeto se realizó una encuesta dirigida a profesionales de enfermería que se desempeñan en el área de la gestión del cuidado, en la docencia y en el gremio. Como resultado se obtuvo que emigraron 178 profesionales de enfermería a diferentes países, siendo las razones más señaladas las siguientes: aspectos económicos, mejora de las condiciones de vida y trabajo, facilidad para insertarse en el mercado laboral, homologación de título, solicitud de residencia para familiares. Las recomendaciones emanadas de dichos resultados orientadas a los tomadores de decisiones incluyen aumentar la inversión en formación de recursos humanos de enfermería, mejorar las condiciones salariales y laborales, promover entre los jóvenes el estudio de la carrera de enfermería, aumentando el número de bacac para el nivel de grado y de postgrado.

Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas del análisis de este estudio destinadas a mejorar la retención y contratación de enfermeras/os, se dividen en recomendaciones a nivel político-gubernamental y recomendaciones a nivel organizacional.

a) Dentro de las recomendaciones a nivel político- gubernamental se destacan:

- La planificación de los recursos humanos en salud en cada país es una tarea urgente
- Mejorar la disposición y acceso a datos relacionados con la migración de enfermeras/os
- Establecer mecanismos de revalidación, convalidación u homologación claros, fortaleciendo convenios de cooperación internacional entre los países de la región
- Acordar salarios mínimos para el recurso enfermería especialmente en el sistema público y en áreas rurales que tienden a ser los sectores más desprotegidos en los sistemas de salud
- Aumentar estrategias de retención, atracción de enfermeras formadas en el extranjero o aquellas que eviten la renuncia de enfermeras que ya estén insertadas en la fuerza laboral en cada país
- Se evidencia en muchos países participantes en este estudio la presencia de agencias que promueven y facilitan la migración del recurso enfermero, éstas muchas veces actúan sin comunicación con los ministerios de salud o entidades formadoras, lo que no permite tener un registro real del flujo migratorio de enfermeras/os a determinados países.

b) Recomendaciones a nivel organizacional: son clave las medidas que pueden tomar para la retención y reclutamiento de enfermeras/os dentro las organizaciones públicas y privadas.

Mejorar la satisfacción laboral: este es un fenómeno complejo que habitualmente se vincula al ambiente laboral, las características del recurso humano, de la organización y de sus líderes (Bryant-Hampton et al., 2010; Duru & Hammoud, 2022; Leurer et al., 2007; McClain et al., 2022). Algunas estrategias para mejorar la satisfacción laboral pueden ser:

- Mantener proporción enfermera/o-paciente adecuados, cautelando cargas de trabajo justas, así como la cantidad de personal de salud adecuado

- Evitar el burnout y dar apoyo psicoemocional cuando es requerido especialmente focalizado en salud mental
- Reconocer la labor de las/los enfermeros, especialmente de parte de supervisores y gerentes. El reconocimiento directo verbal y escrito de su esfuerzo y dedicación mejora la lealtad con la organización, la retención y con ello la satisfacción laboral
- Aumentar la participación de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones de las organizaciones
- Desarrollar liderazgos positivos que promuevan la participación, la cohesión del equipo de salud y la colaboración mutua, en lugar de la competitividad
- Tener políticas anti bullying, antidiscriminación y anti-racistas estrictas
- Ofrecer alternativas para el desarrollo y progresión profesional
- Dar apoyo y fortalecer mentoría a enfermeras/os con menor experiencia en determinada área
- Dentro de lo posible ofrecer flexibilidad en horarios y turnos
- La compensación financiera y mejora de los salarios puede tener alto impacto en la retención de enfermeras/os, al ser un factor reconocido al momento de tomar la decisión de migrar o de cambiar de organización.

Se proyecta que la escasez de profesionales de enfermería será cada día mayor, por lo que retener y atraer a estos profesionales, especialmente en la región de las Américas, es un desafío urgente.

Conclusiones

Los datos obtenidos por los investigadores nos permiten tener una visión general de la migración de profesionales de enfermería en estos 16 países entre los años 2010-2019. En general se mantiene la tendencia de mayor migración de profesionales sur-norte.

Según datos de la Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica, en el año 2015-16 en promedio un 16% de las/los enfermeros había sido formado en el extranjero (Socha-Dietrich & Dumont, 2021), destacando en los primeros tres lugares Israel en donde un 48% de las enfermeras/os fue formado en el exterior, Australia con un 35,3% y Suiza con un 31,6% de las/los profesionales de enfermería formados fuera de ese país. De los países presentes en nuestro estudio, destacan Canadá con 24,4% del total de los/las enfermeras formadas fuera de dicho país, Estados Unidos con un 16,4% y Alemania con 16,2% (Organisation for Economic Co-operation and Development., 2019).

Además, los principales países de origen de las enfermeras/os migrantes en países de la OCDE se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Top 10 países de origen de enfermeras/os formados en el exterior registradas en países de la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

PAÍS	NÚMERO DE ENFERMERAS/OS
Filipinas	39.130
India	34.114
Polonia	22.897
Reino Unido	21.621
Rumania	21.509
Bélgica	11.915
Rusia	10.845
Alemania	9.876
Francia	9.719
España	9.673

Fuente: elaboración propia con datos de la OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development., 2019).

La distribución del recurso humano de enfermería profesional en la región es desigual. Existen diferencias enormes en la cantidad del recurso enfermero por 10 mil habitantes, concentrándose especialmente en América del Norte, en este caso en Estados Unidos, Canadá y México, mientras que en países como Honduras, Argentina o Guatemala, en donde la proporción es menor a 6 enfermeros/as por cada 10 mil habitantes. Por estas y otras razones, la migración de estos profesionales debería ser atentamente vigilada y/o planificada tanto por países emisores como receptores. La tabla 2 muestra los datos correspondientes a los países americanos participantes de este estudio con mayor detalle.

Tabla 2. Densidad de personal de enfermería en la Región de las Américas 2017.

PAÍS	ENFERMEROS/AS POR 10.000 HAB.	ENFERMEROS/AS LICENCIADOS/AS
Estados Unidos de America (2012)	111,4	3.316.111
Canadá (2012)	106,4	296.731
México (2011)	25,1	120.603
Costa Rica (2014)	24,4	16.640
Chile (2015)	22	35.670
Paraguay (2013)	14,6	19.980
Panamá (2014)	13,6	5.138
Perú (2014)	12,7	76.835
El Salvador (2014)	11,2	5.451
Ecuador (2014)	10,10	16.931
Brasil (2011)	7,1	471.924
Nicaragua (2014)	6,3	2.593
Guatemala (2014)	6	2.212
Argentina (2015)	4,24	19.729
Honduras (2013)	3,8	1.486

Fuente: elaboración propia en base a datos de Cassiani et al (2018).

La pandemia causada por el COVID vino a encender las alarmas respecto de la carencia de recurso enfermera a nivel global dada la relevancia de su labor en los distintos espacios de los sistemas de salud. Por esto, tener un registro de estos profesionales, contar con un marco legal claro y accesible que permita la movilidad y garantice la seguridad y calidad de la atención de los/las usuarios será un desafío que los países de América Latina deberán mirar con atención en los años venideros. Sabemos que existe una necesidad creciente de profesionales de enfermería en países desarrollados y que por ello se llevan a cabo campañas competitivas destinadas a atraer enfermeras/os formadas en el extranjero. Por esta razón es que mejorar las condiciones laborales, salariales y el reconocimiento social de la profesión será de vital importancia para retener a las enfermeras formadas en sus países de origen.

Los reportes de cada uno de los países participante entregan valiosas conclusiones en las cuales es posible identificar algunos factores comunes. Primero, el difícil acceso a los datos de migración de profesionales de enfermería en la mayoría de los países participantes en el estudio. La dificultad parece ser mayor en países en que no existe una institucionalidad asociada a la revalidación o reconocimiento de títulos. En estos casos, son organizaciones internacionales como Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto a publicaciones científicas, que resultan también ser escasas, las que dan cuenta de algunos de estos datos.

Un segundo factor en común es el desconocimiento público sobre la existencia o no de planes para la formación, atracción o retención de recursos humanos en salud en los países de la región, pese a la adherencia al código de prácticas de la OMS.

Tercero, es posible concluir en base a las tendencias entregadas, que México y los países de centro y Sudamérica son más bien países que exportan profesionales de enfermería más que receptores, pues si bien existe migración interna en la región, esta es más bien escasa y gatillada por temas de la contingencia como lo ha sido la masiva migración de profesionales venezolanos a muchos países de la región.

La migración (y el movimiento), a pesar de ser condición(es) de definición histórica de la humanidad, se configura como un fenómeno, a veces, dramático y fundamental para la comprensión de complejidad de nuestras sociedades, al mismo tiempo en que se presenta como un gran desafío. Vivimos en la era de las movilidades, en una escala sin precedentes en la historia de la humanidad. Pero, como las personas migrantes se presentan como una oposición al orden, una amenaza que puede romper

ciertas estructuras estáticas, como las fronteras, muchas veces son tratadas sin el debido cuidado, tanto en relación con las posibles facilidades de ingreso, la documentación y registro, así como el acompañamiento para su inclusión y mayor conocimiento de sus necesidades.

Al fin, los datos sobre migración de personas son tan imprecisos e informales como el propio acto de migrar: las personas salen, se cambian de país o de región, algunas informan a las autoridades nacionales cuando parten, otras no e ingresan incluso como indocumentados, algunas informan a las autoridades cuando ingresan a los países, otras no. Y es justamente este continuo movimiento – informal y absolutamente libre de las personas que quieren cambiarse (o que necesitan cambiarse) por cuestiones personales o profesionales – el que buscamos retratar en este reporte/informe.

Referencias

Blythe, J., Baumann, A., Rhéaume, A., & McIntosh, K. (2009). Nurse Migration to Canada: Pathways and Pitfalls of Workforce Integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 202–210. <https://doi.org/10.1177/1043659608330349>

Bryant-Hampton, L., Walton, A. M., Carroll, T., & Strickler, L. (2010). Recognition A Key Retention Strategy for the Mature Nurse. In *JONA* (Vol. 40, Issue 3). <http://bhpr>.

Buchan, J. (2008). Migration of health workers. 1–220. <https://doi.org/10.1787/228550573624>

Cassiani, S., Hoyos, M. C., Barreto, M., Sives, K., & da Silva, F. A. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–10. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.72>

Castro-Palaganas, E., Spitzer, D. L., Kabamalan, M. M. M., Sanchez, M. C., Caricativo, R., Runnels, V., Labonté, R., Murphy, G. T., & Bourgeault, I. L. (2017). An examination of the causes, consequences, and policy responses to the migration of highly trained health personnel from the Philippines: The high cost of living/leaving-a mixed method study. *Human Resources for Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0198-z>

Correa-Betancour, M., Carstens-Riveros, C., & Soledad Reyes-Soto, M.-. (2021). Revalidación de títulos extranjeros en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Educacion Medica Superior*, 35(2), 1–15. <https://orcid.org/0000-0002-4784-6842>

De Leon Siantz, Mary Lou & Malvárez, Silvina. (2008). Migration of Nurses: A Latin American Perspective. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(2).

Duru, D. C., & Hammoud, M. S. (2022). Identifying effective retention strategies for front-line nurses. *Nursing Management* (Harrow, London, England : 1994), 29(1), 17–24. <https://doi.org/10.7748/nm.2021.e1971>

Dywili, S., Bonner, A., & O'Brien, L. (2013). Why do nurses migrate? - a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 511–520. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01318.x>

George, G., Rhodes, B., & Laptiste, C. (2019). What is the financial incentive to immigrate? An analysis of salary disparities between health workers working in the Caribbean and popular destination countries. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3896-5>

Leurer, M. D., Donnelly, G., & Domm, E. (2007). Nurse retention strategies: Advice from experienced registered nurses. *Journal of Health, Organisation and Management*, 21(3), 307–319. <https://doi.org/10.1108/14777260710751762>

Lofters, A. K. (2012). The “Brain Drain” of Health Care Workers: Causes, Solutions and the Example of Jamaica. 8–11. <https://doi.org/10.1007/BF03404445>

Malvárez, S., Famer Rocha, C., Cometo, M. C., & Gomez, P. F. (2008). Serie 55: Notas Preliminares Sobre Migración y Escasez de Enfermeras en América Latina. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/serie_55_migracion.pdf

Martineau, T., Decker, K., & Bundred, P. (2004). “ Brain drain ” of health professionals : from rhetoric to responsible action. 70, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.006>

McClain, A. R., Palokas, M., Christian, R., & Arnold, A. (2022). Retention strategies and barriers for millennial nurses: a scoping review. In *JBI Evidence Synthesis* (Vol. 20, Issue 1, pp. 121–157). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00577>

Moyce, S., Lash, R., & de Leon Siantz, M. lou. (2016a). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. In *Journal of Transcultural Nursing* (Vol. 27, Issue 2, pp. 181–188). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1043659615569538>

Moyce, S., Lash, R., & de Leon Siantz, M. lou. (2016b). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. In *Journal of Transcultural Nursing* (Vol. 27, Issue 2, pp. 181–188). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1043659615569538>

Núñez, M., Barbery, C. J., Álvarez, L., Román, C., Bustos, V., Guillou, M., Ortiz, L. C., Cubides, H., Pinto, M., García, H., Suárez, R., Díaz, P., Carpio, W., Ávila, D., Salaverry, O., Khan, D., Fuentes, R. C., Chang, C., Sepúlveda, H., ... Gamboa, M. (2015). Política andina de planificación y gestión de recursos humanos en salud. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.10967>

Código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud sobre la contratación internacional de personal de salud, 1 (2009).

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Migración de enfermeras de América Latina- área América Central, México y el Caribe Latino.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Migración de enfermeras de América Latina. Área de América Central, México y el Caribe Latino (OPS, Ed.). OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31077/9789275332603-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2019). Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. (1st ed.). <http://132.248.141.62/webaladefe18/docs/Orgestrateg.pdf>

Pittman, P., Aiken, L. H., & Buchan, J. (2007). International migration of nurses: Introduction. *Health Services Research*, 42(3 II), 1275–1280. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00713.x>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students.

Shaffer, F. A., Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). Sustain and Retain in 2022 and Beyond Chief Executive Officer, International Council of Nurses. www.intlnursemigration.org

Socha-Dietrich, K., & Dumont, J.-C. (2021). International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries-2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. In *OECD Health Working Papers (Issue 125)*. <https://doi.org/10.1787/b286a957-en>

Segunda parte: Informes de países

Alemania

Monalisa da Silva Pinheiro.

1. Dados gerais sobre o números da população alemã

Em 30 de setembro de 2021, 83,2 milhões de pessoas viviam na Alemanha. Isso é cerca de 93.000 (+0,1%) a mais do que no final do 2º trimestre de 2021. Em comparação com o ano anterior (30 de setembro de 2020), no entanto, a população permaneceu quase constante (+32.000 ou +0,0%). Desde o início de 2020, a população só aumentou no 3º trimestre de 2020 (+68.000) e no 3º trimestre de 2021 (+93.000). Nos outros trimestres, a população manteve-se constante ou diminuiu ligeiramente. De 2011 a 2019, a população cresceu quase continuamente. O desenvolvimento a partir de 2020 deve-se principalmente a uma diminuição no número de migrações registradas em conexão com as restrições causadas pela pandemia corona e, em menor grau, a um aumento da taxa de mortalidade. GENESIS-Online: População: Anos de Idade, Sexo (04/2020).

Um total de cerca de 42 milhões de mulheres vivem na Alemanha, cerca de um milhão a mais que os homens. Enquanto a expectativa de vida média das mulheres na Alemanha é de cerca de 83,4 anos, a idade média dos homens é de cerca de 78,6 anos. Abaixo podemos ver uma tabela que mostra projeções de idade por estado para o ano de 2060.

Estado federal	População em 2060					
	Contudo	menor de 20 anos	20 - 66 anos	65 - 79 anos 67 - 79 anos	80 anos e mais velhos	67 anos e mais velhos 100 20 - a 66 anos
	milhões	percentagem ¹				
Baden Wuerttemberg	11,1	17,8%	54,9%	16,0%	11,3%	50
Bavaria	12,9	17,7%	54,5%	16,3%	11,4%	51
Berlim	4,0	17,7%	56,3%	16,5%	9,5%	46
Brandenburg	2,1	18,2%	49,9%	18,3%	13,6%	64
Bremen	0,7	18,5%	56,8%	14,6%	10,0%	43
Hamburgo	2,1	18,3%	56,8%	15,3%	9,6%	44
Hesse	6,2	18,0%	55,1%	15,7%	11,2%	49
Mecklenburg-Western Pomerania	1,3	17,5%	52,1%	17,5%	12,9%	58
Baixa Saxônia	7,5	18,3%	54,9%	15,5%	11,3%	49
Renânia do Norte-Vestfália	16,5	18,1%	55,0%	15,8%	11,2%	49
Renânia-Palatinado	3,8	17,9%	54,4%	16,1%	11,6%	51

Sarre	0,8	17,5%	54,4%	16,4%	11,6%	52
Saxônia	3,5	18,7%	52,8%	16,5%	11,9%	54
Saxônia-Anhalt	1,6	18,2%	52,2%	17,0%	12,6%	57
Schleswig-Holstein	2,6	17,7%	53,7%	16,2%	12,5%	53
Turingia	1,7	18,4%	52,1%	17,0%	12,5%	57
Cidades-estados	6,8	17,9%	56,5%	15,9%	9,6%	45
Territórios ocidentais	61,3	18,0%	54,8%	15,9%	11,3%	50
Países da área a leste	10,2	18,3%	51,9%	17,2%	12,6%	57

1 Desvios de 100% são devidos a arredondamentos.

A Alemanha é um Estado federativo. Tanto a Federação como os 16 estados federados têm as suas próprias competências. A competência nos setores da segurança interna, escolas, instituições do ensino superior, cultura, bem como da administração municipal, é dos estados. As administrações estaduais ficam incumbidas de aplicar não somente suas próprias leis, como também as da Federação. Os governos estaduais participam diretamente na legislação federal através de sua representação no Conselho Federal. O federalismo na Alemanha é mais do que um sistema de Estado. Ele reproduz a estrutura cultural e econômica descentralizada do país e tem origem em uma longa tradição. Muito além de suas funções políticas, os estados representam identidades marcadamente regionais. Com a reunificação em 1990, foram criados mais cinco estados: Brandemburgo, Mecklemburgo-Pomerânia Ocidental, Saxônia, Saxônia-Anhalt e Turingia. O estado mais populoso é a Renânia do Norte-Vestfália, com 17,9 milhões de habitantes; a Baviera tem a maior extensão, com 70.540 km²; e Berlim, a capital, tem a maior densidade demográfica, com 4.012 habitantes por km². Uma peculiaridade são as três cidades-estados. Seus territórios limitam-se respectivamente às metrópoles de Berlim, Bremen e Hamburgo. O menor estado é Bremen, com 420 km² e 679 mil habitantes. Baden-Württemberg faz parte das regiões economicamente mais fortes da Europa.

O presidente federal é o mais alto representante da Alemanha em termos protocolares. Em segundo lugar está o presidente do Parlamento. O representante do presidente federal é o presidente do Conselho Federal, um cargo ocupado por um dos governadores em revezamento de um ano. O cargo de chanceler detém o maior poder político. O presidente do Tribunal Constitucional Federal faz igualmente parte dos altos representantes (TATSACHEN ÜBER DEUTSCHLAND, 2022).

Sobre escolaridade da população alemã.

Três aspectos caracterizam o polo de conhecimento na Alemanha: uma densa rede de 400 escolas superiores, os quatro centros de pesquisa extra universitária de renome internacional e a significativa pesquisa na indústria. Que a Alemanha tenha um lugar cativo no grupo dos líderes em inovação na União Europeia (UE) é consequência do excelente desempenho na pesquisa. Internacionalmente, está entre os poucos países que investem cerca de 3% do seu Produto Interno Bruto em pesquisa e tecnologia; até 2025, os investimentos devem aumentar para no mínimo 3,5% do PIB. A política e as escolas superiores tomaram a iniciativa de desenvolvimento contínuo e internacionalização do

polo científico através de inúmeras medidas e reformas. Delas faz parte a iniciativa de qualificação aprovada em 2008 tendo por lema “Ascensão pela formação”, que oferece incentivos durante toda a vida. Outras medidas de sucesso são a Iniciativa de Excelência, que resultou em grande número de centros de pós-graduação e de excelência e que tem continuidade com a Estratégia de Excelência, o Pacto para as Escolas Superiores 2020, a Estratégia de Alta Tecnologia, o Pacto em prol da Pesquisa e Inovação e a Estratégia de Internacionalização. Em geral o sistema de ensino na comparação internacional está relativamente bem adaptado às necessidades do mercado de trabalho. 87% dos adultos no país têm o curso colegial completo ou concluíram um curso profissionalizante.

Segundo a Conferência dos Reitores, em 2017 os estudantes podiam escolher entre 399 instituições de ensino superior na Alemanha (120 universidades, 221 escolas superiores de ciências aplicadas, 58 escolas superiores de música ou arte). Ao todo, elas oferecem 19.011 cursos.

A taxa de pessoas com curso técnico ou diploma de ingresso na universidade na faixa etária de 20 a 24 anos foi de 53% em 2017. Em fevereiro de 2019, na cidade de Colônia, 58% das mulheres e 49% dos homens nessa faixa etária tinham um diploma de ensino superior técnico ou universitário. Na faixa etária de 60 a 64 anos, apenas 26% possuíam diploma de nível técnico ou vestibular, incluindo mais homens (30%) do que mulheres (23%). No geral, cerca de 32% das pessoas com 15 anos ou mais na Alemanha tinham uma faculdade técnica ou um diploma de entrada na universidade em 2017. Outros 23% tinham um certificado de conclusão do ensino médio e 30% tinham um certificado de conclusão do ensino médio como o certificado de conclusão do ensino geral mais alto (TATSACHEN ÜBER DEUTSCHLAND, 2022).

Renda per capita em salário mínimo na Alemanha

O país introduziu um salário mínimo ao nível nacional há 6 anos, ou seja, desde 2015, foi preciso debates acalorados dentro do governo para que o valor fosse declarado como mínimo para os trabalhadores. O valor do salário mínimo na Alemanha em 2021 é de 9,50 euros por hora, mas deve chegar a 10,45 até 2022, de acordo com site Minimum Wage. O que resulta em um salário mínimo mensal na Alemanha (bruto – sem desconto de impostos) de 1.609,62€.

Além das horas trabalhadas, os valores dos salários na Alemanha podem variar bastante, dependendo da profissão. Segundo o site Country Economy, o salário médio da Alemanha em 2020 chegou a 52.104€ no ano, uma média de 4.342€ por mês.

Os professores universitários estão entre os que recebem a maior média salarial, com salários que podem chegar até a 10.800€ mensais. Profissionais de áreas como indústria química e de petróleo,

farmacêutica, aeronáutica, espacial, automotiva, bancária, telecomunicações, tecnologia da informação e construções de máquinas e da saúde também são bastante procurados e bem remunerados no país.

Os salários de médicos e juristas estão entre os melhores salários na Alemanha. Um médico pode ganhar, aproximadamente, de 6.520€ a 22.500€ por mês e um juiz de 5.480€ a 18.900€.

As estatísticas mostram o rendimento nacional bruto (RNB) per capita na Alemanha de 1991 a 2020. Em 2020, o rendimento nacional bruto per capita era de cerca de 41.621 euros. Nas contas nacionais, o rendimento nacional bruto representa o desempenho de uma economia tendo em conta impostos, subsídios, depreciação, impostos, etc. Até 1999, o rendimento nacional bruto era também denominado produto nacional bruto (PIB) (TATSACHEN ÜBER DEUTSCHLAND, 2022).

O clima na Alemanha

O clima na é ameno. Em julho as temperaturas médias são de 21,8 graus no máximo e de 12,3 graus no mínimo. Em janeiro, a média máxima é 2,1 graus e a mínima -2,8 graus. A temperatura máxima desde o início das medições meteorológicas foi registrada em 05 de julho de 2015 em kitzingen em Maio : 40,3 graus. (TATSACHEN ÜBER DEUTSCHLAND, 2022)

Política de imigracao

A Alemanha galgou o topo mundial como destino de imigrantes. A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) constatou em 2017 que a Alemanha continua sendo mundialmente, depois dos EUA, o país predileto de imigração. Em nenhum dos 35 países da OCDE, a imigração aumentou tão fortemente nos últimos anos, como na Alemanha. Em 2015, o número de imigrantes foi tão grande como nunca, com dois milhões de pessoas. Muitas delas vieram em busca de proteção: sobretudo guerras e conflitos, como por exemplo na Síria e no Iraque, fizeram com que muita gente deixasse sua pátria, a fim de buscar proteção em outro lugar. Em 2016, a Alemanha registrou ainda cerca de 1,7 milhão de imigrantes. Desde então, o número está baixando novamente.

Em 2016, viviam na Alemanha cerca de 10 milhões de pessoas com passaporte estrangeiro. 18,6 milhões de pessoas tinham raízes migratórias. Delas fazem parte imigrantes, estrangeiros nascidos na Alemanha e pessoas com um dos pais imigrante ou estrangeiro. Esse grupo corresponde a uma cota de mais de 22 % da população total. 9,6 milhões de pessoas com raízes de migração possuíam um passaporte alemão. Delas, 42 % possuíam a nacionalidade alemã desde seu nascimento. Outros 33 % migram para a Alemanha como retornados e os restantes 25 % foram naturalizados. Somente em 2016, foram naturalizados quase 110.400 estrangeiros e estrangeiras.

De acordo com a lei de residência, os estrangeiros que vivem legal e permanentemente em território alemão têm o direito a ajudas de integração do governo federal. Tais ajudas visam o aprendizado da língua, a integração na formação profissional, no trabalho e na educação, bem como a integração social. A meta é incluir as pessoas e possibilitar a sua participação na sociedade. Como medida principal é oferecido o curso de integração, formado por um curso de língua e um curso de orientação.

Mais de 30 % dos adultos estrangeiros de 20 a 34 anos de idade não possuem diploma profissional. Uma importante meta do governo federal é aumentar sua participação na formação profissional. Com a reforma da lei da cidadania em 2014, foi introduzida a dupla cidadania. Para filhos de pais estrangeiros, nascidos depois de 1990 e criados na Alemanha, foi anulada a “obrigação de opção”: antes, tinham de decidir-se por uma nacionalidade antes de completar os 23 anos de idade. Proteção para refugiados e perseguidos políticos A Lei Fundamental garante o direito básico de asilo aos perseguidos políticos. Com isso, a Alemanha ressalta a sua responsabilidade histórica e humanitária. No ano de 2015 – no transcorrer da chamada “crise dos refugiados” – 890 mil pessoas vieram para a Alemanha em busca de proteção; em 2016, cerca de 746 mil apresentaram um requerimento de asilo político. (GESUND PERSONAL - STATISTISCHES JAHRBUCH, 2019)

Dados campo da saúde

O sistema de saúde na Alemanha é um dos mais antigos do mundo, datado da década de 1880. **Contudo, não existe um Sistema Universal de Saúde na Alemanha, a exemplo do nosso SUS ou do National Health Service do Reino Unido.** Por esse motivo é **obrigatório que quem more na Alemanha tenha um seguro de saúde.** Nesse sentido, caso o cidadão não tenha condições de arcar com os custos desse serviço o governo alemão cobre essa despesa por meio do seguro desemprego ou auxílio social.

O chamado Gesetzliche Krankenversicherung ou GKV atende a 90% dos habitantes da Alemanha e se baseia no princípio da solidariedade. Assim, todas as pessoas seguradas por uma seguradora de saúde pública recebem a mesma assistência médica, independentemente da sua situação financeira.

Isto é conseguido através de um fundo comum baseado na renda, para o qual todos contribuem. **O valor desta contribuição é de 14,6% da renda bruta e é estabelecido por lei,** portanto, não importa qual a seguradora pública, você sempre pagará o mesmo.

O sistema de saúde também conta com o Private Krankenversicherungen ou PKV são planos de saúde privados cujo valor depende da empresa contratada, da idade e dos serviços oferecidos. Um

usuário pode fazer um seguro privado se: for um funcionário que ganhe mais de €64.350 por ano; freelancer/autônomo ou artista; trabalhador em meio-período e ganhar menos de €450 por mês; um funcionário público;

Os empregadores na Alemanha também contribuem para as taxas de seguro de saúde privado até um máximo de €317,55 por mês.

No caso dos atendimentos, o sistema de saúde na Alemanha começa com o Hausarzt, o médico de família. Estes profissionais são aqueles que atendem as pessoas primeiro em casos de emissão de atestados para apresentar ao empregador e casos leves de doença. Caso eles julguem necessário, você receberá um Überweisung ou encaminhamento, que te permite consultar um especialista. Este passo é necessário algumas vezes, outras não. Depende de cada caso. Se você precisar comprar remédios, é sempre mais barato comprar com receita médica. Os planos de saúde tendem a cobrir todos os remédios para crianças e grande parte do valor dos remédios para adultos.

Atualmente 56.107 médicos estrangeiros estão trabalhando na Alemanha (a partir de 2020) sendo destes 29.000 vindo de países não pertencentes à União Europeia. (MAKE IT IN GERMANY,2022)

Formação e função das enfermeiras

Atualmente na Alemanha 1,7 milhão de pessoas estão empregadas no setor de enfermagem, incluindo a enfermagem geriátrica, mesmo assim mais de 40 mil postos de trabalho ainda estão vagos.

Ao contrário do emprego como um todo, continuou a crescendo nos anos Corona. As profissões de enfermagem ainda são de domínio feminino: grande parte da vaga é feminina. Depois que o desemprego em enfermagem e cuidados geriátricos vinha caindo há anos, aumentou em 2020 devido à coroa. No entanto, o aumento foi inferior ao do desemprego global.

Juntos, **enfermeiros e enfermeiros geriátricos representam quase um terço dos mais de 5 milhões de funcionários em todo o sistema de saúde** e social que estão sujeitos a contribuições previdenciárias.

A formação de enfermagem dura três anos e é considerada de nível técnico. É também possível fazer essa formação em tempo parcial, mas demora mais. A teoria e a prática são feitas em combinação. Os futuros enfermeiros fazem um **curso de 2.100 horas de aulas** em uma escola profissional. **Além disso, eles trabalham 2.500 horas em um hospital ou em uma instituição de cuidado de idosos**, aprendendo sua profissão sob condições reais. Para concluir sua formação, eles têm de ser aprovados em um exame nacional. A partir de 2020, os cursos de formação de cuidador de idosos,

de cuidador de doente, de enfermeiro, de cuidador de saúde e de enfermeiros pediátricos serão unificados nos dois primeiros anos em um só curso básico, sendo que no terceiro ano cada aluno escolherá a sua especialização.

Enfermeiros geriátricos na Alemanha ganham significativamente menos do que enfermeiros generalistas. Isso é mostrado pelo gráfico Statista baseado em dados da Agência Federal de Emprego . O salário bruto médio dos profissionais de enfermagem de tempo integral é de 3.539 euros por mês, cerca de 500 euros a mais do que para os enfermeiros geriátricos. O mesmo se aplica aos auxiliares de enfermagem: o salário bruto médio mensal dos auxiliares de enfermagem é de 2.675 euros, o dos auxiliares de cuidados a idosos 2.146 euros (para efeito de comparação, todos os auxiliares: 2.334 euros). Além disso, de acordo com a Agência Federal de Emprego, existem diferenças regionais significativas na remuneração, e o tipo de estabelecimento de atendimento também desempenha um papel importante no valor da remuneração.

Na pandemia do corona, o debate sobre o pagamento adequado da equipe de enfermagem ganhou força novamente. Os políticos agora estão reagindo: pouco antes das férias parlamentares de verão, a grande coalizão quer lançar uma reforma da Enfermagem com melhores salários para o pessoal de enfermagem. Para isso, o gabinete federal quer aprovar hoje planos legislativos do ministro da Saúde Jens Spahn (CDU), que devem ser aprovados pelo Bundestag em junho. A partir de setembro de 2022, por exemplo, a aprovação de lares de idosos e serviços de enfermagem passará a depender de salários baseados em acordos coletivos (Make it in Germany, 2021).

Enfermagem na atualidade e Validação de títulos

A pandemia global de Covid-19 evidenciou um problema urgente: a Alemanha e outras nações da Europa carecem de enfermeiros. Isso ameaça não apenas a segurança dos usuários, mas também está levando muitos enfermeiros a ficarem sobrecarregados deixando a profissão, o que agrava ainda mais essa situação. Estudos mostraram que em departamentos hospitalares com níveis mais baixos de pessoal, ocorrem maiores mortalidades de pacientes. No início deste ano, a mídia local informou que o hospital Charité de Berlim necessitou recusar uma criança diagnosticada com leucemia, aparentemente por falta de pessoal.

Em 2018, havia 1,7 milhão de enfermeiros trabalhando na Alemanha. O setor da saúde diz que isso mal chega e uma estimativa projetada que o déficit chegará a 270.000 enfermeiros até 2035. Em algumas regiões alemãs, o sistema de saúde já depende de enfermeiros estrangeiros.

A escassez de trabalhadores qualificados em enfermagem e cuidados a idosos é visível em toda a

Alemanha. Já existem mais vagas de emprego do que trabalhadores qualificados desempregados. Especialistas estimam que cerca de 150.000 funcionários de enfermagem adicionais serão necessários até 2025 (Zentrale Auslands-Und Fachvermittlung, 2021).

Triple win

O recrutamento público de enfermeiros internacionais dispensa agências de recrutamento e contratos opressivos. A Agência Federal de Emprego da Alemanha e a GIZ, agência de ajuda internacional da Alemanha, recrutam enfermeiros desde 2013 em um projeto conjunto chamado Triple Win. O programa Triple Win é dedicado ao recrutamento sustentável de profissionais de enfermagem de países terceiros para o setor de saúde e assistência alemão.

Duas abordagens são adotadas para atender de maneira ideal os requisitos iniciais nos respectivos países de origem e os requisitos dos empregadores alemães:

- Da Bósnia-Herzegovina, das Filipinas e da Tunísia são colocados enfermeiros já formados que passam por uma qualificação de reconhecimento na Alemanha,
- do Vietnã, jovens com experiência anterior em enfermagem são recrutados para treinamento geral de enfermagem de três anos e, posteriormente, emprego continuado

O programa Triple Win para recrutamento de pessoal de enfermagem está em funcionamento desde 2013. A colocação de trainees vietnamitas também foi integrada ao programa Triple Win desde 2019. Esta estratégia de atração de trabalhadores qualificados foi implementada com sucesso pela GIZ de 2012-2018 como parte de um projeto piloto do Ministério Federal da Economia e Energia.

Os dois patrocinadores do programa, o Central International and Specialist Placement Service (ZAV)¹ da Agência Federal de Emprego (BA) e a Sociedade Alemã para a Cooperação Internacional (GIZ), têm muitos anos de experiência e contribuem com sucesso para garantir trabalhadores qualificados em enfermagem .

Os empregadores ganham pessoal de enfermagem bem treinado em termos de linguagem e experiência. A Triple Win apoia os empregadores na Alemanha na seleção, reconhecimento e integração. As instalações se beneficiam disso e podem preencher vagas com pessoal bem qualificado.

¹ A ZAV (Zentrale Auslands- und Fachvermittlung) é um órgão federal de mediação internacional alocado ao ministério do trabalho alemão (Bundesagentur für Arbeit) responsável pelo assessoramento e colocação de profissionais estrangeiros no mercado de trabalho alemão. O nosso enfoque principal está nas áreas de engenharia, TI e da saúde.

As enfermeiras estrangeiras recebem perspectivas profissionais e pessoais. Um processo de mediação que busca ser transparente evitando efeitos colaterais indesejáveis, como dumping salarial e/ou endividamento por parte da equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem do exterior tem os mesmos direitos e obrigações que a equipe de enfermagem alemã.

Os países de origem beneficiam do alívio no seu mercado de trabalho. O projeto é guiado pelo código de conduta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o recrutamento internacional de profissionais de saúde e só recrutam-se enfermeiros de países com excesso de profissionais. Desta forma, evitamos que a escassez de trabalhadores qualificados seja desencadeada nos países parceiros como resultado da migração de pessoal de enfermagem para a Alemanha.

O foco está em apoiar a equipe de enfermagem e empregadores em todo o processo de migração, desde a solicitação de visto no país de origem até o apoio à integração na Alemanha. No caso dos enfermeiros que recebem reconhecimento profissional na Alemanha, a oferta da Triple Win aos empregadores também inclui a supervisão deste processo.

Contudo o programa de recrutamento público fica muito aquém das demandas dos profissionais de saúde alemães. Apenas cerca de 2.600 enfermeiros entraram na Alemanha por meio do programa nos sete anos desde seu início.

E enquanto as agências de recrutamento legítimas, dependendo do que for acordado com o provedor de saúde, geralmente cuidam dos enfermeiros internacionais enquanto eles se instalam na Alemanha, **os críticos dizem que o programa estatal não faz o suficiente a esse respeito, limitando a aceitação do programa pelos alemães. empregadores.**

Contudo a pandemia tem mudado muito essas realidades, o México contava apenas 2,89 enfermeiros por 1.000 habitantes – em comparação com quase 13 por 1.000 na Alemanha. A OMS assume que um país precisa de uma proporção de 4,45, incluindo parteiras e médicos, para ter um sistema de saúde funcional. As Filipinas, país que era um grande fornecedor de enfermeiros para outros países, suspendeu todo o recrutamento internacional em abril de 2020. A Sérvia encerrou sua participação no projeto alemão Triple Win em junho (ZENTRALE AUSLANDS- UND FACHVERMITTLUNG 2021).

Legislação para imigracao de enfermeiras overseas

Alguns requisitos são solicitados para a candidaturas de enfermeiras brasileiras:

Requisitos básicos, obrigatórios gerais:

- Diploma do Bacharel em enfermagem (já em mãos).
- Carteira verde do coren (já em mãos).
- Disponibilidade de aprendizado da língua Alemã em tempo integral por aprox. 7 – 12 meses.
- Através do botão abaixo envie para nós somente os seguintes documentos:
- Diploma do Bacharel (em PDF*)
- uma cópia da sua carteira verde, aberta, do coren (em PDF ou JPEG*)

O curso de alemão

O nível mínimo para ter seu diploma reconhecido na Alemanha é o B2 - pós intermediário. O empregador pode decidir trazer o/a candidato/a para a Alemanha com o nível B1 - intermediário- ou B2 do alemão realizado em uma instituição escolhida e paga por ele. O curso poderá ser online ou presencial. O tempo integral exigindo assim a máxima dedicação de aprendizado da língua. Por este motivo os empregadores geralmente pagam uma bolsa de cerca de 300€ por mês para que o/a candidato/a possa se dedicar somente ao estudo da língua.

Alguns críticos afirmam que o nível do idioma alemão solicitado (B2) é insuficiente para o pleno envolvimento do trabalho de enfermagem, dificultando o acesso de enfermeiras estrangeiras a cargos de melhor prestígio. Vale ressaltar que para o ingresso numa Universidade alemã é necessário possuir um nível C1 que é considerado avançado. (ZENTRALE AUSLANDS- UND FACHVERMITTLUNG 2021)

Independente do nível de Alemão a ser atingido, ao chegar na Alemanha o/a candidato/a terá um vínculo empregatício durante o reconhecimento do diploma recebendo um salário. Depois do reconhecimento o contrato será ajustado com a nova remuneração salarial e passa a ser por tempo indeterminado.

O tempo de reconhecimento só poderá ser informado depois que todos os documentos forem avaliados pelo órgão de reconhecimento. Mas pela experiência, o reconhecimento de diplomas pode demorar entre 3-10 meses, depois da chegada na Alemanha.

Geralmente os empregadores oferecem gratuitamente os seguintes benefícios:

- Primeiro voo para a Alemanha;
- Curso de Alemão até o nível B1 ou B2 (entre aprox. 7 – 12 meses) em tempo integral;
- Pagamento do processo de reconhecimento;
- Normalmente pagamento mensal de uma bolsa até o fim do curso;
- Tradução juramentada dos documentos;

- Organização de uma acomodação durante o reconhecimento na Alemanha;
- Apoio de integração na Alemanha através de tutores;
- Caso necessário, curso de preparação para a prova do reconhecimento;

Além disso, é solicitado ao candidato uma ampla documentação para o reconhecimento, assim que é aceito para uma entrevista com os órgãos do governo.

1. Carteira de identidade OU passaporte
2. Certidão de nascimento
3. Certidão de casamento (somente para aqueles que mudaram o nome)
4. Diploma do Bacharel de Enfermagem (já confeccionado)
5. Certificado do ensino médio.
6. Carteira oficial do coren.
7. Histórico escolar do Bacharel de Enfermagem com diferenças explícitas entre cargas teóricas e práticas.
8. Para aqueles que fizeram Residência, histórico escolar da mesma maneira que do Bacharel.
9. Declaração de trabalhos anteriores, com informações sobre local de trabalho, período de início e fim (ZENTRALE AUSLANDS- UND FACHVERMITTLUNG 2021).

Programas para inserção no mercado de trabalho

Vale ressaltar que o governo alemão possui diversos programas que visam regulamentar, direcionar e auxiliar os imigrantes no processo de validação de seus diplomas e recolocação no mercado de trabalho. No quadro abaixo será apresentado um resumo desses principais órgãos, bem como suas especialidades, e um link de acesso ao respectivo portal.

 <p>RECOGNITION IN GERMANY</p> <p>Information portal of the German government for the recognition of foreign professional qualifications</p>	<p>"Reconhecimento na Alemanha" é um portal do governo para o reconhecimento de qualificações profissionais estrangeiras. Profissionais que querem trabalhar na Alemanha como uma profissão que aprenderam no exterior têm a possibilidade de obter informações em 11 idiomas.</p> <p>O Localizador de Reconhecimento informa Se você precisa de reconhecimento oficial de sua qualificação profissional estrangeira e qual escritório é responsável pelo seu procedimento. Aqui você também pode encontrar um centro de aconselhamento independente na Alemanha ou no exterior. Além disso, "Reconhecimento na Alemanha" oferece a você todas as informações importantes que você precisa para preparar para o procedimento. Empregadores que querem contratar pessoas com qualificações profissionais estrangeiras também obtém informações nesse site. Recognition Portal</p>
 <p>anabin Das Infoportal zu ausländischen Bildungsabschlüssen</p>	<p>Anabin (alemão) é um banco de dados para informações sobre a avaliação da educação estrangeira certificados. Apoia autoridades, empregadores e particulares para classificar um estrangeiro para o sistema de educação alemã.</p> <p>Anabin</p>

	<p>O portal guarda-chuva do governo federal para mão de obra qualificada imigração Make-it-in-Germany fornece uma ampla gama de informações para trabalhadores qualificados e empresas. Make-it-in-Germany fornece uma linha direta onde você pode obter aconselhamento pessoal sobre os seguintes tópicos - em Alemão e em inglês: procura de emprego, trabalho e carreira, reconhecimento de profissionais estrangeiros qualificações, entrada e residência, e aprendendo alemão.</p> <p>Você pode entrar em contato com a linha direta de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 CET na linha direta número: +49 30 1815 - 1111</p> <p>Make it in Germany</p>
	<p>O programa de suporte IQ oferece aconselhamento e Qualificações para pessoas com qualificações adquiridos no exterior. Mais de 70 permanentes e 100 móveis experientes e competentes centros de aconselhamento oferecem suporte gratuito no através do procedimento e informar sobre qualificações de adaptação adequadas ou medidas compensatórias. Além disso, o programa também oferece qualificações.</p> <p>IQ Network</p>

	<p>O BQ-Portal oferece informações completas sobre qualificações profissionais estrangeiras localizadas na Alemanha na área de dupla educação e formação profissional e, juntamente com o portal Recognition in Germany, é um dos três portais centrais de informação sobre o tema Recognition de qualificações profissionais estrangeiras.</p> <p>Bq portal</p>
---	--

Fonte: esse resumo foi realizado pela autora do relatório.

Vale ressaltar que mesmo com essa robusta rede de legitimação de profissionais o processo de validação na Alemanha é considerado burocrático e demorado para os profissionais de saúde e de Enfermagem. Essa demora possibilita o aparecimento de agências de recrutamento predatórias financiadas por hospitais. Os hospitais pagam até 15.000 euros em honorários a agentes que procuram enfermeiros qualificados em todo o mundo. Contudo, juntamente com a promessa de uma nova vida no exterior vem uma carga pesada a ser carregada, na medida que o risco financeiro é colocado sobre os ombros dos profissionais contratados e não dos empregadores ou governo. Quando os enfermeiros desejam mudar de empregador, primeiro têm de reembolsar o custo do seu recrutamento. E assim a vida deles na Alemanha começa endividada.

Referências

Facts about germany 2018. Tatsachen über Deutschland. Disponível em: <<https://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/en>>. Acesso dia 02 de janeiro de 2022.

Gesund personal - statistisches jahrbuch, 2019 - Kapitel 4 Gesundheit, Statistisches Bundesamt (Destatis) | 2022. Disponível em : <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-gesundheit.html>.

Acesso em dezembro de 2021.

Make it in Germany, 2022. Disponível em : <https://www.make-it-in-germany.com/en/> Acesso dia 10 de janeiro de 2022.

Tatsachen über deutschland, 2021. Disponível em : <https://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/en> . Acesso dia 02 de janeiro de 2022.

Zentrale auslands- und fachvermittlung, 2021. Disponível em <https://www.arbeitsagentur.de/> Acesso em 31 de janeiro de 2022.

Argentina

Silvia Catalini
María Cristina Cometto
Patricia Fabiana Gómez
Silvina Malvárez

Introducción

Las migraciones humanas han cambiado el mundo desde la pre-historia, en la actualidad es un asunto político preponderante por y para el desarrollo de los países (OIM, 2018). En esa misma línea, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, [ACNUR] (2015) ha propiciado la gobernanza para controlar las circunstancias desfavorables tanto para los países de origen como los de destino. Si bien, Canales (2019), lo ha descrito, como una experiencia positiva y fortalecedora en relación al derecho a incrementar la calidad de vida, este proceso social, se ha suscitado también por conflictos armados, cambio climático, falta de oportunidades, seguridad humana, mostrando un incremento en las migraciones y desplazamientos humanos en los últimos años (Rodicio y Sarceda, 2019)(Gutiérrez Silva, 2019).

En particular, en Argentina los procesos migratorios han forjado la historia propia del país. Es así, que transcurriendo el siglo XIX y principios del siglo XX, la migración fue básicamente europea ultramarina, hecho que convirtió al país en el segundo receptor, después de Estados Unidos. (Martínez, Solís A, 2019). A fines del siglo XX la inmigración disminuyó, sin embargo, hubo un aumento relativo de países limítrofes específicamente de Paraguay y Bolivia. En el siglo XXI, en los últimos dos años, las radicaciones solicitadas por los anteriores muestran un sostenido descenso, notándose un aumento en las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad venezolana principalmente científicos y técnicos (MIN, 2020).

En contrapartida, se trae a colación los hallazgos de Ibáñez (2014) quien refiere a la República Argentina como uno de los países con trayectoria de migración calificada y técnica, su expansión se asimila con periodos continuos de inestabilidad económica y social desde el inicio de los años sesenta hasta la actualidad.

Dichas situaciones descritas son a las que se enfrentan enfermera/os del país, caracterizados por bajos salarios, persistencia de precarización en las formas de contratación, insuficiente dotación, inadecuada distribución del personal, condiciones y medio ambiente de trabajo desfavorables, falta de políticas de recursos humanos, bajo presupuesto y problemáticas propias del quehacer disciplinar de la enfermería (Micha, 2015), (Cometto, 2014). Al relacionar dichas problemáticas, Silva (2016), con las principales razones por la cual migran, la mayoría de los autores coinciden en la búsqueda

de mejores condiciones de trabajo y calidad de vida, como un común denominador expresado por el colectivo disciplinar de las enfermeras/os latinos (pág. 108).

El presente informe recoge las características de la migración de las enfermeras de la República Argentina y es parte de una investigación multicéntrica liderada por la Red Internacional de Migraciones, Enfermería y Salud.

Objetivos

Determinar la magnitud y características de la migración de enfermeras/os formados en países de América Latina mediante la identificación de datos de inmigración de los mismos en países receptores de Norte, Centro y Sudamérica, Portugal, España e Italia, en el período 2010-2019.

Determinar la magnitud y características de la emigración de enfermeras/os formados en países de América Latina en el período 2010-2019.

Relacionar el fenómeno de la migración de enfermeras de América Latina con la dotación y brechas de cobertura de personal de enfermería en cada país en el mismo período.

Material y método

El estudio presenta un diseño descriptivo de recopilación documental longitudinal 2010-2019. La metodología fue cuantitativa. La técnica fue revisión integrativa de literatura científica, consulta a las fuentes de base de datos LILACS, PubMed, Scopus, y sitios web de: Centro Internacional de Migración de Enfermeras del CIE, OIT, OIM, OPS (regional y subregional), OMS. Otras páginas web como Ministerio de la Nación Argentina de Salud, Ministerio Nacional de Educación, otras de Organismos de reválida Colegios y Consejos de Universidades, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, Ministerio del Interior Obras y Servicios Públicos, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina y Ministerio del interior. Dirección Nacional de Población. La recopilación documental refiere a inmigración y emigración de enfermeras/os formados en países de América Latina y en los países receptores mencionados, desde 2010 hasta 2019.

Las estrategias de Búsqueda y palabras claves fueron: Enfermería, migración internacional, movilidad internacional de enfermeras, inmigración, emigración, fuga de cerebros. Nursing, international nurse migration, international nurse mobility, brain drain. Enfermagem, migração internacional de enfermeiras, mobilidade internacional de enfermeiras, emigração, evacao de cérebros. Assistenza infermieristica, migrazione infermieristica internazionale, mobilità infermieristica internazionale,

fuga di cervelli. Enfermera-nurse-enfermeira-enfermeira-infermiera. Los idiomas: español, portugués, italiano, inglés. El período: 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019.

Los criterios de inclusión: estudios documentos y bases de datos en idioma español, inglés, portugués e italiano, publicados entre 2010 y 2019, presentes en las bases de datos y segundas fuentes listadas. Los datos se analizaron según la estadística descriptiva presentados en tablas y gráficos de frecuencia y distribución.

Resultados

Los resultados alcanzados de esta investigación se presentan a continuación en el orden de la organización de las variables estudiadas.

1. Perfil Socio Sanitario De Argentina

La Tabla 1 que presenta datos sobre población total y su composición por género comprende el periodo 2010 al 2019. Los hallazgos muestran que el crecimiento natural o vegetativo poblacional en esta década representa el 9,31% promedio. Según proyecciones frente a la próxima década el cambio poblacional estará dado fundamentalmente por el componente vegetativo, ya que el aporte migratorio proyectado es muy leve en el tiempo (INDEC, 2013).

Tabla 1. Total, de la Población argentina y su composición por género en el periodo 2010 al 2019.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Población	Total	40.117.096 ⁽¹⁾	40.134.425 (1)	40.518.951 (2)	40.900.496 (3)	41.733.271 (4)	42.202.935 (5)	42.669.500 (6)	43.131.966 (7)	44.494.502 (7)	44.938.812 (8)
	Composición por género	V: 19.523.766 M: 20.593.330 (1)	V: 19.657.086 M: 20.477.339 (2)	V: 19.846.671 M: 20.672.280 (3)	V: 20.034.781 M: 20.865.715 (4)	V: 20.420.391 M: 21.312.880 (5)	V: 20.659.037 M: 21.543.898 (6)	V: 20.896.203 M: 21.773.297 (7)	V: 21.131.346 M: 22.000.620 (91)	V: 21.824.372 M: 22.670.130 (8)	V: 21.595.623 M: 22.449.188 (8)

Fuente: propia de la investigación.

Con respecto a la composición por género en la población argentina, el índice de masculinidad desde mediados del siglo 20 muestra un constante descenso. El último censo realizado en el país del año 2010 arrojó un 51,3 % de mujeres y un 47,6 de varones. En el año 2019 según el INDEC los varones representan el 48% del total de la población y las mujeres el 52% (INDEC, 2010).

Al respecto de las corrientes migratorias en la República Argentina en el periodo estudiado 2010 a 2019, las radicaciones otorgadas a personas migrantes proceden del continente latinoamericano 92,8% se mantienen en el tiempo, frente a América 3,0%, países europeos 2,2%, asiáticos, EE. UU. y Canadá que arrojan datos menores 1,9% y África 0,2% (DMN,2020).

Según datos aportados por la Dirección Nacional de Población (DNP), los flujos de inmigrantes radicados en el país a partir del año 2016 muestran un notable ascenso, en primer lugar, personas de nacionalidad venezolana, muestra una curva ascendente desde el 2012 con un 0,7% a 39,3% en el 2019, en tanto, muestra un descenso en las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad paraguaya el 42,8% en el 2012 al 18,4% en el 2019. Igualmente, decrecen las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad boliviana de 25,7% a 13,8% y peruana de 16,0% a 6,1%. Manteniéndose estables las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad colombiana 8%.

Datos aportados por DNM, 2020, se describe a personas venezolanas quienes solicitaron residencias el 56% posee estudios universitarios completos, en total suman 13000 trámites iniciados de las cuales, las profesiones más disonantes son 5000 Admiración, 3000 Docencia, Contaduría y Derecho respectivamente, en menor medida Medicina y Enfermería 1000 cada una. A partir del año 2018, al aprobarse la Resolución Ministerial n°2094-2018, el Ministerio de salud de la provincia de Jujuy logró convalidación de título universitario a 20 médicos y médicas, seguido por la provincia de Buenos Aires logró incorporar a 50 médicos venezolanos, hasta el momento. A partir de allí, otras provincias como Río Negro, Neuquén, Tierra del Fuego y Corrientes han dado inicio a dicho trámite.

En tanto, la asociación de enfermeros venezolanos de argentina con más de 1000 integrantes afirma que varios enfermeros han iniciado trámites en provincias de Córdoba, Santa Fe, Mendoza, La Plata sin embargo aún no lo han finalizado. Algunos pocos enfermeros/os han revalidado sus títulos a través de una universidad privada al reconocer las asignaturas cursadas en Venezuela y autorizo cursada de las asignaturas restantes, de tal modo, obtuvieron el título habilitante emitido por una institución argentina. Hace un año, quienes han logrado convalidar el título a partir del convenio argentino están trabajando en clínicas y hospitales, especialmente en CABA, en tanto que quienes aún no tienen convalidado su título ejercen la profesión en entes privados, en general a cargo del cuidado a personas ancianas (Pacecca, 2019).

2. Perfil Geográfico

La extensión en Km² del territorio de la República Argentina es de 3.761.274 km². (Ministerio de Gobierno de la República Argentina,2020). Se ubica dentro de la zona subtropical-templada en escala general. Sin embargo, su extensión latitudinal americana, entre los 22° y los 55° S aproximadamente,

supone el desarrollo de una gran diversidad climática que abarca desde los climas tropicales de las ecorregiones chaqueña, tucumano-oranense y misionera, hasta los climas fríos del sur. Por otro lado, excepto en el Noroeste, el clima es principalmente oceánico. En el Oeste, la cordillera de los Andes es un gran condicionante del clima regional, ya que los picos altos desde 40° S y hacia el norte, junto con la lejanía del Atlántico, determinan características continentales en el noroeste y Chaco. Hacia el Sur, en cambio, la cordillera es baja y el ascenso de los vientos del Oeste produce precipitaciones del lado chileno y sobre una angosta franja del lado argentino, aunque luego los vientos continúan secos hacia la meseta patagónica (MGR,2020).

La República Argentina es un Estado soberano, organizado como república representativa y federal. Su territorio está dividido en 23 provincias y una ciudad autónoma, Buenos Aires, que es la capital de la nación y sede del gobierno federal (Ministerio de Defensa. División Política, 2020).

3. Perfil Social

La escolaridad medida por la tasa de alfabetización en el periodo estudiado oscila entre el 98 y el 99,8 (INDEC, 2010). La actividad económica según el PBI (Banco Mundial, 2019), expresa su fluctuación en la capacidad de crecimiento y/o de retracción económica. Estos datos influyen en las migraciones como país de destino en los periodos que la economía no es favorable.

Tabla N 3. Evolución del producto bruto interno (PBI) de la República Argentina en el periodo 2010 al 2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Actividad económica PBI	10,125 ⁽¹⁴⁾	6,004	-1,026	2,405	-2,503	2,731	-2,08	2,819	-2,563	-2,008

Fuente: propia de la investigación.

El Índice de pobreza aumentó paulatinamente en el periodo a partir del 2011, llegando al 2019 con un 40,8% de pobres en el país (Bonfiglio, 2020).

El salario mínimo en la década estudiada subió aproximadamente 6 veces, de manera escalonada (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2019).

Los datos de los últimos cuatro años estudiados más del 64% de la población tiene acceso a la energía por gas, más del 888% de acceso al agua potable y más del 65% de acceso a cloacas (INDEC, 2017, INDEC, 2020).

Tabla N 2. Composición de los flujos migratorios por país de origen a la R. A. en el periodo 2011 al 2018.

Composición por país de origen	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Paraguay	3.281.484 57.034 (10)	3.317.655 56.635 (11)	5.056.887 82.972 (11)	5.217.690 45.164 (11)	4.524.241 58.225 (11)	7.506.967 (11)	7.637.208 47.391 (12)	7.052.448 25.445 (13)
Bolivia	428.566 36.331	367.350 31.963	468.087 34.083	560.969 26.889	862.892 31.996	3.047.403 48.165	2.597.034 37.207	2.545.899 18.724
Perú	227.799 17.284	213.264 17.909	211.344 20.070	216.992 15.405	223.460 16.074	456.760 20.270	477.504 37.203	477.198 18.216
Colombia	178.933 2.733	183.720 3.036	188.074 4.614	188.501 4.020	166.327 8.496	325.835 16.175	368.709 16.114	405.737 17.692
Brasil	3.384.817 3.675	3.149.981 4.260	3.444.888 4.133	4.303.293 4.158	4.003.834 5.317	7.223.729	8.055.223	8.156.975
Uruguay	1.803.472 1.809	1.911.276 2.065	2.356.894 2.381	2.588.122 1.960	2.212.543 2.391	3.073.203	3.005.955	3.619.843
Chile	1.383.827 1.990	1.150.062 2.060	1.454.313 2.177	1.597.946 1.879	1.578.861 2.082	2.830.014	2.566.832	2.698.056
España	223.069 734	189.160 930	192.321 962	199.914 847	200.205 816	414.352	416.692	432.362
Venezuela	90.525 500	93.343 779	112.771 991	117.505 859	77.857 1.091	129.260 1561	145.302 4992	238.419 9844
Ecuador	57.480 514	49.400 616	56.771 723	67.310 540	82.298 959	---	113.589	126.060
Estados Unidos	388.034 724	351.389 726	350.942 627	334.091 567	340.698 683	786.463	798.918	881.645
Italia	169.489 293	161.165 335	163.504 335	159.609 309	157.597 346	328.280	322.657	321.365
México	92.488 330	82.269 325	90.993 253	107.571 274	98.929 377	202.589	207.682	209.873
Francia	161.195 241	141.936 199	146.728 201	159.524 168	159.086 212	325.823	328.131	334.594
Cuba	142	132	170	189	325			
Alemania	158.219 146	154.345 124	148.234 126	156.502 97	148.519 128	292.871	296.022	307.410
Rusia	84	75	95	75	112			
Ucrania	58	49	64	44	82			
Gran Bretaña	121.664	102.481	105.875	109.812	108.924	230.163	218.227	244.872
Filipina	72.812	74.086	83.745	74.048	72.698	170.256	162.328	148.323
China						125.514	144.468	171.293
Canadá	63.417	60.439	60.728	55.683	53.125	114.971	---	131.009
Australia	69.020	63.244	59.308	57.254	48.255	114.390	118.509	---
Otras						1.845.033	1.848.913	1.966.087
Corriente migratoria	12.356.310 128.322	11.816.565 125.557	14.752.407 138.219	16.372.336 106.788	15.100.349 133.554	29.543.876	29.829.903	30.469.468

Fuente: propia de la investigación. NOTA: Los valores escritos en negro representan la cantidad total de inmigrantes y número escrito en rojo la cantidad de residencias otorgadas en ese año.

4. Perfil Sanitario

En el perfil sanitario se muestran los datos del año 2019, las diez primeras causas de muerte, fueron: 1) Enfermedad coronaria: El tabaquismo, la hipertensión, el sedentarismo, las condiciones genéticas previas, pueden ser algunas de las causas, 2) Accidentes Cerebrovasculares: Los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) con un porcentaje del 33,68%. 3) Cáncer: 217 de cada 100.000 argentinos aún mueren por esta enfermedad, según el Mapa de Investigaciones del Cáncer en Argentina (MICA). 4) Accidentes de tránsito: 20 personas por día debido a accidentes de tránsito y las cifras aumentan año a año. 5) EPOC: En Argentina se estima que hubo alrededor de cinco mil muertes en 2017, según fuentes del Ministerio de Salud de la Nación. 6) Diabetes: El tabaquismo y la obesidad han aumentado los casos de muertes por diabetes en Argentina. Con uno de cada diez ciudadanos viviendo con la enfermedad, los casos de muerte se han elevado a más de cinco mil. 7) Enfermedades mentales: Las enfermedades mentales como la depresión tienen un índice de 8 a 10 enfermos que no acceden a un diagnóstico preciso. Esto causa un alto índice de muerte por suicidio, drogadicción, alcoholismo. 8) VIH/Sida: 17 argentinos se contagian VIH por día, mientras que cinco fallecen a causa del sida, estima la Fundación Huésped. 9) Tuberculosis: mueren alrededor de 55 personas por mes y hay unos 11.000 casos anuales, estima la Asociación Argentina de Enfermedades Respiratorias y en el lugar decimo. 10) Diarrea: El Ministerio de Salud determinó que 9 % de los menores de 5 años fallecen debido a la diarrea (Ministerio de Salud, 2017).

Con relación a los problemas de salud mental se observa que la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

El Sistema Nacional de Salud de la Argentina es altamente segmentado y fragmentado. Por la estructura federal del país cada jurisdicción tiene su propio sistema, que se ordena en base a tres subsistemas con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. La inversión-país en el sector salud es de aproximadamente 1000 dólares por habitante y por año: esto es alrededor de un 8,5% del PBI, aunque el esfuerzo económico no pareciera alcanzar los resultados esperables, siendo muy significativa la diferencia en el gasto por beneficiario entre las jurisdicciones provinciales y municipales en el subsector público, como asimismo entre los beneficiarios de las distintas obras sociales. El acceso universal a la atención de salud se determina para esta población del 63,9 % (OPS-OMS, 2017).

Tabla N° 4. Perfil de recursos humanos para la salud: cantidad de médicos y enfermeras en la R A en el periodo 2010 al 2019

P E R F I L D E R E C U R S O S H U M A N O S P A R A L A S A L U D	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
	Total, de médicos	-----	-----	-----	160.041, (15)	166.187 (16)	-----	166.187 (17)	172.502 (18)	-----	182.189 (16)
	Total, de enfermería	-----	-----	-----	-----	179.175	182.370 ⁽¹⁸⁾	-----	192.829	-----	234.527
	Densidad por 10.000 de médicos	-----	-----	-----	38,8	39,3	-----	39,8	39,6	-----	40,5
	Formación de Enfermeras Escuelas Universitarias	2011 ⁽¹⁹⁾	4228	3826	3769	2922	3267	-----	-----	-----	-----
	Escuelas Técnicas	2643 (19)	4704	3438	3457	3505	3601	-----	-----	-----	-----
	Número totales de estudiantes INGRESOS	16722 ⁽¹⁹⁾	18806	18689	19842	20426	21019	-----	-----	-----	-----
	Tasa de empleo	-----	-----	-----	-----	-----	-----	41,9 ⁽²⁰⁾	43,0	42,5	43,0
	Tasa de desempleo	-----	-----	-----	-----	-----	-----	7,6	7,2	9,0	8,9
	Jornada Laboral más frecuente	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8 hs.	8hs.	8 hs.

Fuente: propia de la investigación.

En el país esta carrera se estudia en 53 universidades y 250 escuelas técnicas, sumando casi 30.000 nuevas inscripciones por año. El total aproximado de estudiantes que cursan la carrera en estos centros es de 107.000 personas (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

Con una densidad entre 20 y 29 enfermeras y enfermeros por cada 10.000 habitantes, Argentina se ubica en un puesto medio-bajo en América Latina, junto con Paraguay, Perú y Ecuador (OMS, 2020). Al respecto, hay que tener en cuenta la gran heterogeneidad territorial en cuanto a la densidad del personal técnico de enfermería y con título de grado entre provincias, que oscila entre las bajas densidades de Santiago del Estero, Catamarca y Corrientes (5,1, 10,8 y 17,5 por cada 10.000 habitantes respectivamente) y los valores netamente mayores de Neuquén, Entre Ríos y CABA (49,9, 50,3 y 61,2 respectivamente).

El empleo en el sector se organiza en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas y

está caracterizado por una gran heterogeneidad. La fuerza de trabajo con menor calificación representa un porcentaje elevado en la profesión. Concretamente, el 34,7 por ciento son auxiliares en enfermería, el 49 por ciento tiene formación técnica y el 16,3 por ciento posee licenciatura en Enfermería.

Salario de inicio medio: en esta tabla que sigue a continuación se observa una comparación de sueldos de acuerdo al área y lugar de trabajo. Pero lo que más influye en las cifras salariales es el lugar, siendo el sueldo promedio de una enfermera en Argentina en el 2020 de pesos 39.500 mensuales (corresponde a dólares 360 aproximadamente).

Tabla 5. Salarios de inicio medio, según área de trabajo, educación, experiencia y lugar de trabajo, en la R.A.

Área de trabajo	Educación	Experiencia	Lugar de trabajo	Sueldo ^{21_22}
Internación general	Enfermería Universitaria	6 años	Córdoba	\$ 47.000
Maternidad	Terciario	2 años	GBA Zona Sur	\$ 41.300
Terapia Intensiva	Enfermería Universitaria	4 años	Buenos Aires	\$ 43.000
Pediatría	Enfermería Universitaria en curso	2 años	CABA	\$ 50.000
Hemodinamia	Enfermería Universitaria en curso	4 años	CABA	\$ 40.373
Internación General	Enfermería Universitaria	12 años	CABA	\$ 61.800
Terapia Neonatal	Enfermería Universitaria	2 años	Neuquén	\$ 74.000
Terapia Intensiva	Terciario	12 años	Santa Fe	\$ 46.000

Fuente: propia de la investigación.

La Organización profesional en la RA muestra 13 Asociaciones profesionales (Federación Argentina de Enfermería, 2021) Colegios de Enfermeros (Salta, Jujuy, del Sur de la Provincia de Santa Fe y Misiones) y diferentes Gremios de salud que nuclean entre sus afiliados a el personal de enfermería junto con otros recursos humanos de salud.

Migración De Enfermeras Y Enfermeros De América Latina Antecedentes de estudios, adhesión al Código de Prácticas para la Contratación Internacional de personal de salud de la OMS.

En la 73.a Asamblea Mundial de la Salud de noviembre de 2020, en su Punto 12

– Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud Doc. A73/9.

Argentina toma nota del documento y de las recomendaciones realizadas por el Grupo Consultivo de expertos encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Estamos de acuerdo con estas recomendaciones. La formación y el empleo de los trabajadores sanitarios, que son el capital humano del sector de la salud, son fundamentales para el acceso a los servicios de salud. Estamos de acuerdo en que los datos recientes confirman una dependencia sustancial y creciente de los trabajadores sanitarios migrantes, y en que es creciente la necesidad de mejorar la gestión de la movilidad de los trabajadores de la salud. Argentina apoya la confirmación realizada de la gran pertinencia que siguen teniendo los objetivos, principios y artículos del Código para monitorear y sustentar las soluciones relacionadas con la migración y la movilidad internacionales del personal sanitario, y para crear un personal sanitario sostenible dentro de unos sistemas de salud reforzados. La creciente movilidad internacional de los trabajadores sanitarios reafirma la pertinencia cada vez mayor del Código. Estamos de acuerdo con que el Código tiene un potencial importante para hacer avanzar los elementos básicos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: por ejemplo, la migración segura, ordenada y regular; el programa de desarrollo del capital humano; y el comercio internacional. Apoyamos, por tanto, el proyecto de decisión propuesto, sobre todo la parte que sugiere instar a todos los Estados Miembros e invitar a todos los interesados pertinentes a que apliquen plenamente las recomendaciones del Grupo Consultivo de Expertos de la OMS. (OMS, 2020)

MERCOSUR

Frente al crecimiento del flujo de personas venezolanas que arriban a la República Argentina, el Estado adoptó medidas migratorias tendientes a facilitar el ingreso y la radicación de estas personas. Conservando los instrumentos que ya estaban vigentes en el marco del MERCOSUR, se adoptaron cambios en cuanto a la convalidación de títulos académicos y se flexibilizaron los requisitos para la obtención de documentos nacionales de identidad. Por su parte, cada organismo del Estado involucrado en la puesta en práctica de estas medidas desplegó a su vez iniciativas que ayudaron a su difusión y aplicación por parte de los migrantes.

La DNM a través de su Dirección de Asuntos Sociales Migratorios impulsó actividades que, de hecho,

la llevaron a facilitar el acceso al mercado de trabajo, al mediar entre gobiernos provinciales y municipales, asociaciones de profesionales de la República Argentina y las organizaciones constituidas entre los refugiados y migrantes venezolanos. La Ley 25.903, que regula estos aspectos es: Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Parte del Mercosur, suscripto en Brasilia el 6 de diciembre de 2002. (Ley 25.903, 2004)

Argentina

Un nuevo paradigma en políticas migratorias, se gesta a partir de la Ley 25.871 que regula la Política Migratoria Argentina y establece los Derechos y obligaciones de los extranjeros, admisión de extranjeros a la República Argentina y sus excepciones entre otros, fue sancionada en diciembre 17 de 2003 y su Decreto modificatorio Migraciones Decreto 70/2017 Modificación. Ley N° 25.871. Con la aprobación de la norma jurídica en se promueve la protección de sus derechos buscando hacer efectivos los, a su vez, los consagrados en la Constitución e incorporando los estándares de la Organización Internacional del Trabajo y de la Convención sobre la Protección de los Derechos de los trabajadores Migrantes y sus familias de la Naciones Unidas (Giustiniani 2004, citado por Bonita 2013).

Son objetivos de la ley: ARTICULO 3° — Son objetivos de la presente ley: a) Fijar las líneas políticas fundamentales y sentar las bases estratégicas en materia migratoria, y dar cumplimiento a los compromisos internacionales de la República en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes; b) Contribuir al logro de las políticas demográficas que establezca el Gobierno Nacional con respecto a la magnitud, tasa de crecimiento y distribución geográfica de la población del país; c) Contribuir al enriquecimiento y fortalecimiento del tejido cultural y social del país; d) Garantizar el ejercicio del derecho a la reunificación familiar; e) Promover la integración en la sociedad argentina de las personas que hayan sido admitidas como residentes permanentes; f) Asegurar a toda persona que solicite ser admitida en la República Argentina de manera permanente o temporaria, el goce de criterios y procedimientos de admisión no discriminatorios en términos de los derechos y garantías establecidos por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, los convenios bilaterales vigentes y las leyes; g) Promover y difundir las obligaciones, derechos y garantías de los migrantes, conforme a lo establecido en la Constitución Nacional, los compromisos internacionales y las leyes, manteniendo en alto su tradición humanitaria y abierta con relación a los migrantes y sus familias; h) Promover la inserción e integración laboral de los inmigrantes que residan en forma legal para el mejor aprovechamiento de sus capacidades personales y laborales a fin de contribuir al desarrollo económico y social de país; i) Facilitar la entrada de visitantes a la República Argentina para los propósitos de impulsar el comercio, el turismo, las actividades culturales, científicas, tecnológicas y las relaciones internacionales; j) Promover el orden internacional y la justicia, denegando el ingreso y/o la permanencia en el territorio argentino a personas involucradas en actos reprimidos penalmente por

nuestra legislación; k) Promover el intercambio de información en el ámbito internacional, y la asistencia técnica y capacitación de los recursos humanos, para prevenir y combatir eficazmente a la delincuencia organizada transnacional.

Revalidación o convalidación de títulos extranjeros

La convalidación de Títulos provenientes de países con los que Argentina posee convenio de reconocimiento de estudios universitarios es de reconocimiento mutuo: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba (solo argentinos becarios), Ecuador, España, México, Perú y Ucrania.

En el caso de los títulos de Venezuela y Siria, se habilitó la convalidación para facilitar a los profesionales el ejercicio de su profesión en nuestro país o la continuidad de sus estudios. En estos casos, el reconocimiento se realiza a través del procedimiento de convalidación y se canaliza a través del Ministerio de Educación de La Nación; en la Dirección Nacional de Gestión y Fiscalización Universitaria (DNGyFU).

En el caso de títulos otorgados en países con los cuales Argentina no tiene convenio de reconocimiento mutuo de certificaciones, se debe realizar la reválida, que se canaliza a través de una Universidad Nacional (no privada) que tenga una carrera que otorgue un título igual o similar al solicitante.

Inmigración de enfermeras/os:

Entre 2012 y 2020, se otorgaron en total 1.916.884 radicaciones y en promedio se realizaron 212.987 por año. En cuanto a las radicaciones otorgadas entre 2012 y 2020, es destacable que principalmente fueron otorgadas a personas migrantes procedentes de países de América del Sur, 92,8% del total de las radicaciones otorgadas entre el periodo estudiado.

Cabe señalar que el peso porcentual por nacionalidad fue variando a lo largo del tiempo, evidenciando un notable aumento de las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad venezolana, que pasa a representar el 0,7% en el 2012 al 39,3% en el 2020, mientras que las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad paraguaya muestran un marcado descenso, pasando a representar el 42,8% en el 2012 al 18,4% en el 2020 (entre los años 2015 y 2019 se observa un descenso más pronunciado).

Entre los años 2018-2019 se otorgaron 383.599 radicaciones. De ellas, el 35,3% fueron trámites realizados por personas de nacionalidad venezolana, el 19,0% paraguaya, el 16,3% boliviana, el 7,2% colombiano y el 7,0% peruana. Mientras que el 8,0% de los trámites de radicación fueron otorgados a personas que provienen de otros países de América del Sur y el 7,2% de países del resto del mundo. Por el contrario, la población migrante paraguaya se concentra principalmente en los partidos de Buenos Aires que forman parte del AMBA (61,7%) y en la Ciudad de Buenos Aires (19,1%). Asimismo,

el 10% constituyó su domicilio de radicación en la región centro, siendo el interior de Buenos Aires el que presenta una mayor proporción. En menor medida, el 5,7% constituyó su radicación en la región noreste, siendo las capitales de Formosa y Misiones los destinos más elegidos. (MI, 2012)

En un estudio realizado por investigadores del CONICET Argentina (2018), la mayor parte de las mujeres vinculadas a lo largo del trabajo de campo se desenvuelve, trabaja y se socializa en el mundo de los “sectores populares”. En este sentido, los procesos migratorios sudamericanos hacia el AMBA y la ciudad de Córdoba muestran algunos puntos en común.

Para el caso de la migración boliviana y paraguaya, se trata de fenómenos de carácter histórico que acompañaron, desde la segunda mitad del siglo XX, el proceso de crecimiento del área de influencia de la ciudad de Buenos Aires y otras zonas urbanas del país, como la Ciudad de Córdoba, debido a la concentración de industrias manufactureras y de servicios que resultaron polos de atracción para estas poblaciones (Benencia, 2012).

En el marco de las migraciones Sur-Sur, haciendo especial referencia a los procesos que se gestan al interior de América Latina, son menos abundantes los trabajos que abordan las especificidades de la relación entre empleos de cuidado y migración femenina (Borgeaud-Garciandía, 2017; Dutra, 2013; Goldsmith, 2007; Herrera, 2016; Mallimaci, 2016).

En particular, se destacan las entrevistas en profundidad realizadas durante dos períodos: 2008-2011 y 2014-2017. Se entrevistaron a trabajadoras de cuidado (enfermeras y empleadas domésticas) y a estudiantes de enfermería.

Las estudiantes no siempre eran trabajadoras del cuidado al momento de ser entrevistadas, pero su inclusión permitió analizar las formas de acceso a la profesión y su relación con las representaciones sociales sobre el trabajo de enfermería y de cuidado en general. En el AMBA se realizaron 21 entrevistas en profundidad a empleadas domésticas, estudiantes de enfermería y enfermeras. Entre las trabajadoras, 5 eran bolivianas, 4 peruanas y 4 paraguayas. Entre las estudiantes de enfermería, 5 eran bolivianas, 2 paraguayas y 1 peruana (Mallimaci y Maglian, 2018).

Estudios de investigadores venezolanos (2019) utilizando la información provista por la base de datos de la Dirección Nacional de Migraciones Argentina (junio de 2017) se analizaron los trámites de radicación otorgados a personas venezolanas desagregando por profesión, lugar de radicación y aspiraciones laborales. De esa muestra de trámites, donde 593 fueron solicitados por personas que declararon ser profesionales vinculados al campo de la salud, el 83% se encontraba radicado en la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que, menos de un 11% se encontraba en el resto de la provincia de Buenos Aires, seguido las provincias de Córdoba y Santa Fe (en porcentajes muy reducidos) (OIM 2019).

Respecto de las profesiones, en esa muestra, un 26% declararon ser psicólogos 78% son mujeres, seguidos por un 20% de médicos generalistas con 74% de mujeres, un 20% odontólogos 74% mujeres, un 18% enfermeros con un 78% del género femenino (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

En Córdoba se llevaron a cabo un total de 15 entrevistas en profundidad con empleadas domésticas y estudiantes de enfermería: 5 de ellas bolivianas, 2 paraguayas y 8 peruanas. Entre las migrantes peruanas, 4 se dedicaban al trabajo doméstico a la vez que estudiaban enfermería. y la no especificación dentro del sistema estadístico nacional del trabajo de enfermería que queda subsumido dentro de la categoría amplia de trabajadores de la salud En términos estadísticos según datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) en el año 2013, a nivel nacional, el 6% de los y las enfermeros/as activos/as en la Argentina eran extranjeros/as.

El censo del año 2010 (INDEC, 2010) muestra que la proporción de extranjeros/as desempeñándose en el sector salud es del 10,7% en el Gran Buenos Aires y el 11,7% en la ciudad de Buenos Aires (CABA). Sin embargo, si se enfoca la mirada en la población que estudia enfermería, los datos construyen un escenario muy diferente respecto de la presencia migrante. Según la Dirección Nacional de Información y Estadística de la Calidad Educativa (DiNIEE) del Ministerio de Educación, en la matrícula del año 2015 de estudiantes en escuelas de enfermería no universitaria de la CABA, el 32% nació en otro país. El principal origen es boliviano (14%), luego peruano (11%) y paraguayo (4%). Por otra parte, entre las instituciones universitarias de gestión estatal y privada de esta misma ciudad, el porcentaje de extranjeros/as es del 10,4%, siendo el principal origen nacional el peruano (5%), le sigue el boliviano (3%) y el paraguayo (1%). En el Conurbano, el porcentaje de estudiantes extranjeros/as alcanza el 11% con similar distribución según origen nacional.

Según datos aportados por la Secretaría de Política Universitaria desde el año 2015, la población de 57953 estudiantes extranjeros que cursaron en distintas universidades del país, esa cifra representa el 3,05%. Durante el 2016, la población estudiantil extranjera disminuyó a 55402 cifra equivalente a un porcentaje de 2,85%. Al siguiente año, los estudiantes extranjeros fueron 74013, representando un porcentaje de 3,15%, para el 2018, la cifra porcentual aumentó a 3,6% y al 2019 siguió en ascenso llegando a 100.382 estudiantes de la comunidad extranjera la cual representa el 4%.

Del Departamento de Información Universitaria DNPeIU-SPU 2012, se desprende que un 79% uni-

versidad estatal y un 24% universidad privada, en 2016 el 75,2% seleccionó universidades estatales mientras 24,8% una universidad privada, en su mayoría se ubican en el área metropolitana de Bs As. Este dato se revierte en el año 2019, al mostrar 4,9% de elección por universidades privadas y un 4,1% a universidades públicas. En su mayoría los estudiantes universitarios provienen de países de Brasil, Perú, Colombia, Paraguay, Bolivia y Venezuela.

Al precisar las carreras más elegidas se destacan Medicina, Enfermería, Administración de Empresas y Abogacía. En la siguiente tabla se resumen las principales carreras seleccionadas según gestión estatal y privada del último año.

Tabla 6. Carreras seleccionadas por los estudiantes extranjeros, según gestión estatal o privada año 2019.

Carrera	Gestión Estatal	Gestión Privada
Medicina	8402	3670
Enfermería	3545	1045
Administración de Empresas	2571	1094
Abogacía	1589	530

Fuente: Departamento de Información Universitaria- SPU 2019.

Para el caso de Córdoba, de acuerdo con los Anuarios Estadísticos de la Universidad Nacional de Córdoba, desde el año 2010 el número de estudiantes extranjeros/as de enfermería, en especial de origen peruano, ha aumentado considerablemente. En tal sentido, del total de alumnos/as registrados/as para el período 2013-2016, entre el 7% y el 8% habían nacido en otro país, de los cuales cerca del 75% eran peruanos/as y del 18% bolivianos/as. A su vez, el anuario estadístico de la misma institución del año 2015 indica que el 9,5% del total de los estudiantes extranjeros de la universidad se concentran en la carrera de Enfermería (Mallimaci Barral, 2016).

A continuación, se muestran diez años del movimiento de estudiantes por el país en la Escuela de Enfermería de la FCM Universidad Nacional de Córdoba.

El tema de las mujeres migrantes en la enfermería surgió como un potencial objeto aún poco explorado. Estudios hacen referencia a la presencia de enfermeras migrantes y entre las mujeres migrantes empleadas domésticas, así fue como el tema de la enfermería comenzó a insinuarse como vía de entrada para analizar potenciales circulaciones laborales entre las mujeres migrantes. La noción am-

plia de empleos de cuidados como aglutinador de diferentes actividades feminizadas y relacionadas con la reproducción de la vida permitía establecer un marco acotado de actividades en las que las mujeres migrantes podrían ‘moverse’.

Ahora bien, el empleo en el servicio doméstico, destino de las mujeres migrantes desde principios del siglo XX, se ubica en las posiciones más bajas de estas tareas de cuidados, tanto por sus condiciones de empleo como por su valorización social. La enfermería, por el contrario, se ubica en una posición privilegiada (aun cuando dentro del campo de las profesiones de la salud, sea una de las más desvalorizadas): se ejerce en el ámbito público y privado y su ejercicio requiere de credenciales académicas.

Tabla 7. Alumnos extranjeros ingresados y egresados por país a la Escuela de Enfermería de la FCM Universidad Nacional de Córdoba de la R.A., período 2010-2019.

AÑO	TOTAL	ARGENTINA	BRAZIL	CHILE	BOLIVIA	PARAGUAY	PERÚ	URUGUAY	OTROS AMÉRICA	OTROS DE EUROPA	ESTUDIANTES INCRITOS EXTRANJEROS	NUEVOS INCRITOS EXTRANJEROS	EGRESADOS EXTRANJEROS
2010	2167	944	1	4	20	1	47	1	0	1	79	29	1
2011	1790	852	0	4	14	0	47	1	0	1	68	22	2
2012	1785	1068	1	3	20	0	73	1	0	0	96	39	8
2013	2714	2132	2	9	29	1	122	2	8	2	164	75	0
2014	2870	2338	2	7	31	2	137	1	19	3	186	70	27
2015	2924	2532	3	9	33	2	120	1	9	4	170	17	16
2016	2946	2581	7	10	30	1	111	1	8	5	170	17	16
2017	3321	2920	4	10	34	4	125	1	13	4	202	55	13
2018	4005	3517	4	10	38	5	165	1	12	2	205	80	7
2019	4283	3783	4	11	63	6	166	1	19	3	234	79	4

Fuente: propia de la investigación.

En el año 2011 se muestra que la proporción de extranjeros/as desempeñándose en el sector salud es de 10,7% en el Gran Buenos Aires y 11,7% en la ciudad de Buenos Aires. Según datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) en el año 2013 (Observatorio Federal de Recursos humanos en salud, 2016), el 6% de los y las enfermeros/as activos en Argentina son extranjeros/as. Sin embargo, el dato estadístico más relevante es el análisis de la matrícula para el año 2013 de estudiantes en escuelas de enfermería no universitaria de la ciudad de Buenos Aires que revela que 42,8% no ha nacido en Argentina, los orígenes principales son boliviano (19,7%), peruano (13,4%) y paraguay (5,9%) (Relevamiento Anual 2013, DINIECE, Ministerio de Educación, procesamiento especial no publicado). De esta manera, si bien está lejos de ser una inserción típica de la población inmigrante en el país, la proporción de extranjeros/as en el rubro es altamente significativa, aún mayor que en el empleo doméstico.

La relación entre migraciones y enfermería en Argentina no ha sido trabajada en profundidad en el contexto argentino. Si bien algunos informes, como el de Wainerman y Geldstein (1990), mencionan la importancia de migrantes (externas e internas) entre las y los enfermeros/as, no se trata de una temática profundizada en el estudio (Mallimaci Barral, 2016).

Emigración de enfermeras/os.

La migración de enfermeras a España: Los datos del Marco Español de Cualificación para la Educación Superior (MCES) muestran que de 2006 a 2016, 6505 enfermeras reconocieron sus títulos oficialmente en ese país. De estos, 4059 se otorgaron a enfermeras sudamericanas y 501 a enfermeras de América Central.

Cincuenta y siete por ciento de las solicitudes de credencial reconocimiento fueron de América Latina. Con respecto a la tasa de éxito de las solicitudes entre 2006 y 2016, el porcentaje de solicitudes concedidas a los latinoamericanos cayeron fuertemente en 2015 (37,09%) y 2016 (15,74%). En estos años, hubo una disminución correspondiente en la tasa de éxito de las enfermeras de países no latinoamericanos (18,05% en 2015 y 3,22% en 2016). Tanto el total de solicitudes como el total de títulos oficiales reconocimientos otorgados a postulantes latinoamericanos alcanzaron su punto máximo en 2008. El número total de solicitudes comenzó a disminuir año tras año hasta 2014, luego aumentó nuevamente en 2016. En total, el éxito de las solicitudes de reconocimiento de credenciales de enfermería en el extranjero se desplomó de un pico de 1384 en 2007 a 55 en 2016.

De la migración de enfermeras latinoamericanas a España por país, el mayor número de solicitantes para reconocimiento oficial entre 2006 y 2016 fue de Perú y Colombia, seguido por Cuba, Venezuela y Argentina. Entre 2014 y 2016, Perú, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile fueron los países con

aplicaciones más exitosas para el reconocimiento de credenciales, mientras enfermeras de Venezuela, Perú, Colombia, Argentina y Chile hicieron la mayor cantidad de solicitudes. No obstante, las enfermeras de América del Sur tuvieron menos éxito en los últimos años. (Pastor-Bravo y Nelson, 2019)

Discusión

De los datos disponibles se encuentra que las modificaciones poblacionales en la República Argentina están asociadas con el crecimiento vegetativo, dado que el impacto migratorio es menor al 1% (CEPAL 2007).

De la población migrante se observa que los flujos migratorios más frecuentes son del Mercosur. Otra observación está dada por una variación a partir del aumento de inmigración venezolana y descenso de la inmigración paraguaya, ambas asociadas inversamente a los procesos económicos de los países de origen (OIM 2019).

En el 2012, según la información de la oficina internacional de migraciones, los inmigrantes en la Argentina representan un 4,5% de la población total, de la cual 84,6% corresponde a países limítrofes. También se plantea que existe una vinculación entre la corriente migratoria de la región con el crecimiento del producto bruto interno, demandante de mano de obra, y las políticas migratorias inclusivas, la ley 25.871 y el programa de normalización documentaria Migratoria Patria Grande del 2005. Se puede señalar que el peso porcentual por nacionalidad ha variado a lo largo del tiempo, evidenciando un notable aumento de las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad venezolana, que pasa a representar el 0,7% en el 2012 al 39,3% en el 2020, mientras que las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad paraguaya muestran un marcado descenso, pasando a representar el 42,8% en el 2012 al 18,4% en el 2020 (entre los años 2015 y 2019 se observa un descenso más pronunciado). Asimismo, disminuyen las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad boliviana (de 25,7% a 13,8%) y peruana (de 16,0% a 6,1%). En tanto que las radicaciones otorgadas a personas de nacionalidad colombiana se mantienen estables, cabe señalar que del año 2015 al 2018 llegan a representar alrededor del 8% de las radicaciones otorgadas (MIN, 2020).

Entre los años 2018-2019 se otorgaron 383.599 radicaciones. De ellas, el 35,3% fueron trámites realizados por personas de nacionalidad venezolana, el 19,0% paraguaya, el 16,3% boliviana, el 7,2% colombiano y el 7,0% peruana. Mientras que el 8,0% de los trámites de radicación fueron otorgados a personas que provienen de otros países de América del Sur y el 7,2% de países del resto del mundo (MIN, 2020).

En relación a los estudiante de enfermería, se puede afirmarse que Argentina sigue siendo un país

receptor de migrantes desde la colonización hasta hoy, a partir del año 2004, posterior a la aprobación de la ley 25871, la movilidad estudiantil internacional marca una tendencia en ascenso, razón de ello, es la garantía de apertura en materia de inclusión ,integración y respeto por los derechos Humanos, además de promover otras políticas específicas de integración social y educativa, (Benito, 2013) esto coincide con los registros de matriculación y de ingreso reportados en este informe.

En ese mismo aspecto se puede también observar la diversidad de oferta de formación profesional. Convirtiendo al país en una opción de privilegios con ofertar estudios universitarios de grado y posgrado en centros universitarios, becas científicas otorgadas destinada a jóvenes latinoamericanos y programas de cooperación internacional (Sassone,2020).

Se estima que en Argentina la matrícula de nivel superior no universitario de estudiantes extranjeros se ha incrementado el 100%, el 6 de cada 10 estudiantes y pertenece a la ciudad de Buenos Aires. En cuanto a la carrera de enfermería es la segunda seleccionada por estudiantes internacionales tanto en la formación universitaria estatal como universitaria a nivel privado, CABA representa un porcentaje de más del 30% de la comunidad estudiantil (MECYTPU, 2019).

Un estudio cualitativo sobre la población migrante afirma sobre las trayectorias educativas de la/os jóvenes provenientes de familias migrantes bolivianas, logran acceder, transitar, permanecer y egresar en estudios de ciclo superior en provincias de Córdoba, Mendoza, Río Negro, Santa Fe, Capital Federal y provincia de Buenos Aires en la última década. Dato relevante al diferenciarse del 1% que logró acceso a ciclo educativo superior, en las décadas anteriores. Las aspiraciones y expectativas de las familias agricultoras son el logro de posiciones económicas y mejora en el acceso al trabajo formal; esto afirma expresar que la profesión de enfermería ayuda a las poblaciones migrantes a mejorar su condición de acceso tanto laboral como social (Morzilli, 2020).

En relación a la región centro del país, en Córdoba, los estudiantes extranjeros representan un 10 %. Específicamente en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, el número de estudiantes extranjeros ha ido en aumento hasta triplicarse, las personas con nacionalidad peruana, boliviana. Es preciso aclarar que a partir del 2014 las cifras ascendentes de estudiantes venezolanos se asemejan a las de nacionalidad chilena y brasileña respectivamente (UNC, 2019).

Otro aspecto a destacar en relación a la empleabilidad en el país en el sector salud, la mayoría de las enfermeras migrantes se radican en las grandes urbes como CABA, La Plata, en tercer y cuarto lugar otras grandes ciudades como Córdoba y Santa Fé (CONICET, 2018).

En cuanto a emigraciones se registra una modificación de destino de la misma en relación a estudios previos. Históricamente España e Italia fueron lugares seleccionados para migrar vinculado a las raíces históricas con Argentina, como también E.E.U.U. y Canadá por las características de las altas remuneraciones y opciones de diversificar su desarrollo profesional (Pastor Bravo, 2019).

Conclusiones

Las migraciones que recibe la República Argentina en el periodo estudiado en los primeros años se concentraban en los países de Perú, Paraguay y Bolivia, mientras que en los últimos años se incorpora Venezuela en primer lugar seguido de los otros países, este flujo tiene relación con la evolución de la economía de los países migrantes y receptores.

En cuanto a la comunidad estudiantil extranjera está compuesta por peruanos y bolivianos.

Los profesionales de enfermería extranjeros se insertan laboralmente en instituciones sanitarias en las principales capitales del país, comportándose de igual manera que el colectivo disciplinar de las enfermeras argentinas. La emigración tiene una leve variación al final del periodo estudiado a los países históricamente seleccionados como España e Italia.

Las principales dificultades que se encontraron en la realización de esta investigación estuvieron centradas en que la información disponible no se encuentra sistematizada, tanto del campo general de la salud como de la propia disciplina de enfermería, lo cual impide la posibilidad de planificar política tanto para la formación como para el espacio del ejercicio profesional.

Sería interesante profundizar el conocimiento sobre las condiciones de vida de los migrantes, su acceso a la formación de grado y postgrado, así como el impacto en el sistema sanitario argentino.

Bibliografía

Banco Mundial. (2019) Crecimiento de PBI (% anual) Argentina. <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=AR>

Benito, Karina (2013). A diez años de la ley 25871. Desafíos pendientes. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-0>

Benencia, R. (2012). Apéndice: La inmigración limítrofe. En Fernando Devoto, Historia de la inmigración en Argentina (pp. 433-484). Buenos Aires: Editorial Sudamericana. <http://catalogo.uces.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=47250>

Bonfiglio J. I. (2020) La pobreza más allá de los ingresos nuevo informe sobre pobreza multidimensional 2010-2019 Introducción de datos fundados en un Enfoque de Derechos. [http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio Deuda](http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda)

[Social/Documentos/2020/2020-OBSERVATORIO-DOCUMENTO-TRABAJO-NUEVO-INFORME-PM-ENFOQUE-DERECHOS.pdf](#)

Borgeaud-Garciandía, N. (2017). Puertas adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires. <https://www.scielo.br/j/ea/a/MP3X3QdsRsfVgQW-bRJKgzxq/?lang=es&format=pdf>

Canales, A. Fuentes, J y Escribano, C. (2019). Desarrollo y migración: desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica (LC/MEX/TS.2019/7), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454_es.pdf

CEPAL (20007) Migración y Desarrollo: el caso de Argentina <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/roxanamaurizio.pdf>

Cometto, M. C. (2013). Situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en los países de América Latina. https://repositoriosdigitales.mincyt.gov.ar/vufind/Record/RDUUNC_12eddfc01eba8b6beaf503be99bdac3

Dutra, D. (2013). Migração internacional e trabalho doméstico. Mulheres peruanas em Brasília. Brasília: CSEM; Sorocaba.

Federación Argentina de Enfermería (2021) <http://www.fae-web.com/>

Geldstein, R. y Wainerman C. H. Las trabajadoras de la salud, Buenos Aires: Cuaderno del CENEP 42, 1989.

Goldsmith, M. (2007). Disputando fronteras: la movilización de las trabajadoras del hogar en América Latina. En Les Cahiers ALHIM, N° 14. <http://alhim.revues.org/index2202.html>

Magliano, M. J.; Perissinotti M.V. y Zenklusen D. (2016). Los nudos ciegos de la desigualdad. Diálogos entre migraciones y cuidados. Buenos Aires: CONICET.

Gutiérrez, Silva J.M Borré J.R 2020. Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica Revista de Ciencias Sociales (Ve), XXVI (2), 299-313, Universidad del Zulia <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431024/html/>

Martínez, Solís A (2019). Salud y Migración. Revista salud regional, año 2, número 2, enero-junio. Salvador. https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/revista_salud_regional_segunda_edicion.pdf

Micha, Ariela. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del trabajo*, (49), 61-90. Recuperado en 01 de abril de 2022. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2545-77562015000100003&lng=pt&tlng=es

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Políticas Universitarias (2019). Instituciones Universitarias de Gestión Estatal <https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion-universitaria/instituciones-universitarias>

Morzilli, M. (2021). Educación superior y migración boliviana. Trayectorias educativas de jóvenes provenientes de familias migrantes bolivianas. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 21(2), e146. <https://doi.org/10.24215/2314257Xe146>

Ibañez Martín, M. M., & Delbianco, F. (2014). Fuga de cerebros en el sector salud: ¿Un fenómeno que condiciona el desarrollo en América Latina? *Estudios económicos*, 31(62), 3–26. <https://doi.org/10.52292/j.estudecon.2014.746>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2010) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Resultados definitivos. Serie B N° 2. Tomo 1. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040.

Total, del país. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2017). Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos Segundo semestre de 2017. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_02_17.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2020). Indicadores de condiciones de vida. Hogares y población. Coeficiente de variación e intervalos de confianza al 90%. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2016-segundo semestre de 2019. 2019. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_2020FA92E916.pdf

Ley 25.871 Política Migratoria Argentina. Derechos y obligaciones de los extranjeros. Atribuciones del Estado. Admisión de extranjeros a la República Argentina y sus excepciones. Ingreso y egreso de personas. Obligaciones de los medios de transporte internacional. Permanencia de los extranjeros. Legalidad e ilegalidad de la permanencia. Régimen de los recursos. Competencia. Tasas. Argentinos en el exterior. Autoridad de aplicación. Disposiciones complementarias y transitorias. Diciembre 17 de 2003. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm>

Ley 25.903. ACUERDOS RESIDENCIA - NACIONALES DEL MERCOSUR. Publicada en el Boletín Ofi-

cial del 16-jul-2004 Número: 30443. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/96650/norma.htm>

Mallimaci Barral, A.I. (2016) Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. CONICET. Universidad de Buenos Aires. Argentina https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/105692/CONICET_Digital_Nro.c3cd1bcf-3453-4cf9-a8b4-4716f5be255_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Mallimaci, A. I. y Maglian, M.J. (2018) Mujeres migrantes sudamericanas y trabajo de cuidado en dos ciudades argentinas. Odisea. Revista de Estudios Migratorios N° 5. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/odisea/article/view/3083>

Ministerio de Defensa. División Política. (2020) Superficie y Población. Instituto Geográfico General. <https://www.ign.gob.ar/NuestrasActividades/Geografia/DatosArgentina/DivisionPolitica>

Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Gestión y Fiscalización Universitaria (2022) Convalidar título universitario extranjero. <https://www.argentina.gob.ar/educacion/tramites/convalidaciones-universitarias-extranjeros>

Ministerio de Gobierno de la República Argentina. (2020) Clima. Argentina.gov.ar. 2020. <https://www.argentina.gob.ar/pais/territorio/clima>

Ministerio de Gobierno de la República Argentina. (2020) Extensión. Argentina.gov.ar. 2020. <https://www.argentina.gob.ar/pais/territorio/extension>

Ministerio de Salud. (2017) Estadística de Mortalidad. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2019) Índice de Salario Mínimo. <https://www.trabajo.gob.ar/estadisticas/Bel/ingresos.asp#ingresos>

Ministerio del Interior, Obras y Servicios Públicos. Presidencia de la Nación. (2015) Panorama Radicciones 2011-2015. http://www.migraciones.gov.ar/pdf/estadisticas/radicaciones_2011-2015.pdf

Ministerio del interior. Dirección Nacional de Población. (2021). La migración reciente en la Argentina entre 2012 y 2020. Nov 2021. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/11/migracion_reciente_en_la_argentina_2012-2020_final.pdf

Observatorio Federal de Recursos humanos en salud (s.f.). (2016) Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. <http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/indicadores-de-rrhh>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados - ACNUR (2015). ACNUR Migración, derechos humanos y gobernanza: Manual para parlamentarios <https://www.ohchr.org>

org/sites/default/files/Documents/Publications/MigrationHR_and_Governance_HR_PUB_15_3_SP.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (2019) Integración laboral en el sector salud de la población venezolana de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/integracion-laboral-en-el-sector-salud-pob-venez-en-argentina.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2020) Informe Técnico. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/08/covid-19-y-la-situacion-de-las-trabajadoras-de-la-salud-en-argentina#view>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019) Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Integraci%C3%B3n%20laboral%20en%20el%20sector%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20venezolana%20en%20la%20rep>

%C3%BAblica%20argentina.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (2016). Hoja informativa sobre las tendencias de la migración mundial de 2015. Ginebra. Recuperado el 29 de marzo de 2021:https://publicaciones.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2019) Integración laboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Integraci%C3%B3n%20laboral%20en%20el%20sector%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20venezolana%20en%20la%20rep%C3%BAblica%20argentina.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Punto 12 – Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud Doc. A73/9. https://apps.who.int/gb/statements/WHA73_RESUMED/PDF/Argentina-12.pdf

Organización Panamericana de la Salud -Organización Mundial de la Salud (2017) Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2017-2021 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34360>

Organización Panamericana de la Salud. (2012) Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=236

Organización Internacional para las Migraciones (2017). Salud de los Migrantes: Restablecimiento de la Agenda. Informe de la 2ª Consulta Global. Ginebra, Suiza. https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_SriLanka_Informe_2017_FINAL_22.09.2017_Internet.pdf

Pacecca, M.I; Liguori, A.G (2019). Venezolanos/as en Argentina: un panorama dinámico: 2014-2018

.1a ed .Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CAREF - Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes; OIM - Organización Internacional para las Migraciones; ACNUR - Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Disponible en:https://www.acnur.org/publications/pub_inf/5ddc66b04/venezolanos-y-venezolanas-en-argentina-un-panorama-dinamico-2014-2018.html

Pastor-Bravo, M. y Nelson, S. (2019) Migration of Latin American nurses to Spain 2006–2016: a case study. The Authors. International Nursing Review published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Council of Nurses. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12511>

Resolución Ministerial 2094 de 20218 [Ministerio de Justicia de la Nación. Poder ejecutivo Nacional]. Por la cual efectúa la convocatoria de profesionales provenientes de las instituciones universitarias de modo regular en la Resolución Ministerial N° 3720/17, 1 agosto, 2018. Disponible en: http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/RM_341-19.pdf

Secretaría de Políticas Universitarias (SPU),Ministerio de Educación,Argentina. (2015). Anuario de Estadísticas Univesitarias. Buenos Aires, Argentina:SPU https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario_2015_2.pdf

Secretaría de Políticas Universitarias (SPU),Ministerio de Educación,Ciencia y Tecnología de Políticas Universitarias(2017).Anuario Estadísticas Universitarias.Buenos Aires:SPU. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario_2017_2.pdf

Silva KL, Sena RR, Tavares TS, Belga SMMF, Mass LWD. Enfermeros migrantes en Brasil: características demográficas, flujos migratorios y relación con el proceso de formación. Rev. Latino-Am.

Enfermagem. 2016;24: e2686. Acceso 29 de noviembre 2021; Disponible en:<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XRxL6TkT4WQKn79JkqNhFbB/?format=pdf&lang=es>

World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/106>

Referencias de tablas y figuras.

1 Organización Panamericana De La Salud. (2011) Indicadores Básicos Argentina 2011 <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/indiba2011.pdf>

2 Organización Panamericana De La Salud. (2012) Indicadores Básicos Argentina 2012 <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>

3 Organización Panamericana De La Salud. (2013) Indicadores Baciscos Argentina 2013 <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/indiba2013.pdf>

4 Organización Panamericana De La Salud. (2014) Indicadores Básicos Argentina 2014 http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/indicadores_2014.pdf

5 Organización Panamericana De La Salud. (2015) Indicadores Básicos Argentina 2015 http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/indicadores_2015.pdf

6 Organización Panamericana De La Salud. (2016) indicadores Básicos Argentina 2016 <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2016.pdf> 7 Organización Panamericana De La Salud. (2018) Indicadores Básicos Argentina 2018

<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf> 8 Organización Panamericana De La Salud. (2019) Indicadores Básicos Argentina 2019 <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf> 9 Organización Panamericana De La Salud. (2017) Indicadores Básicos Argentina 2017 <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2016.pdf>

10 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Presidencia de la Nación. (2015) Panorama Radicaciones 2011-2015 http://www.migraciones.gov.ar/pdf/estadisticas/radicaciones_2011-2015.pdf

11 Ministerio del Interior Obras y Servicios Públicos. Presidencia de la Nación. (2016) Radicaciones Resueltas 2016 http://www.migraciones.gov.ar/pdf/estadisticas/radicaciones_resueltas_2016.pdf

12 Ministerio del Interior Obras y Servicios Públicos. Presidencia de la Nación. (2017) Radicaciones Resultas 2017 http://www.migraciones.gov.ar/pdf/estadisticas/radicaciones_resueltas_2017.pdf

13 Ministerio del Interior Obras y Servicios Públicos. Presidencia de la Nación. (2018) Operativo de Control de Permanencia 2018 http://www.migraciones.gov.ar/pdf/estadisticas/operativos_control_permanencia_2018.pdf

14 Banco Mundial. Crecimiento de PBI (% anual) Argentina [Internet]. 2019. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=AR>

15 Sanitaria DN de R, MS y C en S de S. (2012) Médicos en Argentina Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_medicos_2012_argentina_04.08.2014.pdf 16 Observatorio de Recursos Humanos M de S. (2020) Indicadores de RHUS <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

17 Observatorio de Recursos Humanos M de S. (2015) Los recursos humanos de salud en Argentina <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento6.pdf>

18 Recursos OF de, Salud H en. (2018) Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf>

19 Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2017). La formación de grado y posgrado en Argentina Año 2017. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oferhus_la_formacion_de_grado_y_posgrado_en_argentina_ano_2017.pdf

20 INDEC. (2019) Encuesta permanente de hogares (EPH) total urbano. Principales tasas de los terceros trimestres 2016-2019. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-58>

21 Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. (2019) Institución gremial de primer grado. (A.T.S.A.) que la componen. https://enfermeriabuenosaires.com/salario-de-enfermeros/#-Cual_es_el_sueldo_de_una_Enfermerao_en_Argentina

22 Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina. (2019) Asociación sindical de segundo grado, creada con el objeto de asegurar la defensa gremial, política, social, mutual y cultural de los casi 200.000 trabajadores de la actividad de la salud agrupados en los sindicatos de primer grado.

23 Universidad Nacional de Córdoba. (2010 AL 2019) Anuarios estadísticos. Córdoba Argentina. <https://www.unc.edu.ar/programa-de-estad%C3%ADsticas-universitarias/anuarios-estad%C3%ADst>

Brasil

Ana Luiza Stiebler Vieira
Maria Helena Machado
Antônio Marcos Freire Gomes
Betania Maria Pereira dos Santos
David Lopes Neto
Andréa Lanzillotti Cardoso
Neyson Pinheiro Freire
Wilson Aguiar Filho

Introdução

A migração de enfermeiros, tem sido objeto de interesse em estudos individuais e nas redes intra-regionais e internacionais, como, a exemplo, a Red Observatórios de Recursos Humanos em Salud e a Red Internacional de Migración de Enfermeras (Red MigrEn). A principal preocupação está relacionada com a perda de enfermeiros nos países em desenvolvimento, aliada ao mesmo tempo, à sua escassez, tanto nos países exportadores quanto nos receptores. A migração de enfermeiros tem-se caracterizado pela demanda desses profissionais não para o desenvolvimento tecnológico e científico, mas essencialmente para o suprimento da força de trabalho em saúde nos países desenvolvidos. Ademais, na migração interna desses profissionais na América Latina, tem prevalecido a busca de melhores condições de vida e trabalho nos países subcênticos.

Atualmente, a Red Internacional de Migración de Enfermeras avalia que a migração internacional de enfermeiros ainda prepondera como um dos problemas para diversos países, especialmente aqueles com baixos números de graduados anuais, os quais passam pela diminuição da sua força laboral e consequente comprometimento da cobertura na saúde relativa a assistência de enfermagem. A Red MigrEn aponta estudos importantes já desenvolvidos, com vistas a estabelecer compromissos entre países emissores e receptores para a regulação da contratação desse profissional nos países. Tais como as publicações da OPS, “Notas preliminares sobre migración y escasez de enfermeiras em América Latina” (Malvárez, et al., 2008); “Migración de Enfermeras em América Latina: área América del Sur” (Malvárez, et al., 2011); “Migración de Enfermeras em América Latina: área América Central” (OPS, 2011); Além de estudos que permitiram quantificar o fenômeno, como as publicações “Política Andina de planificación y gestión de recursos humanos em salud” (Nunez, et al., 2015); e o estudo “Orientación estratégica para enfermeira em la región de las Américas” (OPS/OMS, 2019).

Com o estrito propósito de análise dos enfermeiros imigrantes no Brasil vale destacar o último levantamento dos enfermeiros imigrantes no Brasil, o estudo publicado em 2006 (Vieira, et al.) “Imigrantes no Brasil: o caso da Enfermagem”. Em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) os dados foram coletados e analisados em 2005 e o estudo republicado pela OPS em 2011 na anteriormente citada “Migración de Enfermeras em América Latina: área América del Sur” (Malvárez, et al.,

2011). A publicação da OPS abrangeu além do Brasil, a análise da migração na Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai, e Venezuela, sendo muitos destes estudos, originários da metade da década de 2000.

Importante é apontar que a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Machado, et al., 2016) com a participação ativa do Conselho Federal de Enfermagem, emergiu aspectos relevantes relacionados a migração da enfermagem no Brasil: quantitativo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem imigrantes, suas origens, trabalho temporário de profissionais brasileiros no exterior, desejo de emigrar, e como principal característica da migração, o caráter intrarregional.

Desta forma, a Red Intenacional de Migración de Enfermeras entende a necessidade de atualização de estudo, no período de 2010 a 2019, sobre a mobilidade internacional de enfermeiros, relacionando os resultados com a dotação de pessoal e as brechas de cobertura nos países, para contribuir com a melhoria das condições desse fenômeno que limita a acessibilidade aos serviços de saúde em muitos países.

E assim, em colaboração com este estudo mais amplo e atualizado, envolvendo vinte e cinco países, o Brasil se faz representar através do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, e com coparticipação do Conselho Federal de Enfermagem, na análise específica dos enfermeiros imigrantes no país, no período apontado pela Red Internacional de Migración de Enfermeras (2010 a 2019).

Na atual pesquisa, tendo como Objeto Central, analisar a participação do Brasil como país receptor de enfermeiros no contexto da migração profissional internacional, e assim, como todos os países, apresentamos o Brasil, sob os seus aspectos estruturais, além das características dos RHS, da enfermagem, e dos imigrantes. Subsidiamos, portanto, a Red MigrEn, na análise comparativa migracional internacional, além de representar importantes aspectos, que podem atuar ou não, como fatores de atração ou de expulsão, para o movimento migratório profissional, quer seja de caráter intrarregional ou extrarregional.

Metodologicamente, a caracterização do Brasil, ou seja, do seu perfil sociossanitário, dos RHS, e da enfermagem, são pautadas com base em dados de acesso público e irrestrito de instituições oficiais e de pesquisas. Quanto ao quantitativo dos enfermeiros imigrantes no Brasil, e seus países de origem, na década de 2010 a 2019, os dados são originários da instituição coparticipante, ou o Conselho Federal de Enfermagem. Exclusivamente, são considerados enfermeiros imigrantes no Brasil, aqueles que nasceram e se graduaram no exterior.

O projeto foi aprovado em 18/08/2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de

Saúde Pública Sergio Arouca, da FIOCRUZ, sob o CAAE 50389821.3.000.5240.

Perfil sociosanitário do Brasil

Perfil Demográfico

Em 2019, segundo o IBGE (2019), a população brasileira foi estimada em 210,1 milhões de habitantes, sendo que em 2021, a estimativa atingiu o valor de 213,3 milhões. Entre a população residente em 2009, de 209,5 milhões de pessoas, 18,3% da população contavam com menos de 13 anos de idade e com 65 anos ou mais, 10,8%. Considerando a cor ou raça, em 2019, a população declarada de cor branca representava 42,7%, ao passo que a de cor preta era de 9,4% e de pardos, 46,8%. Ainda em 2019, a região Nordeste (11,9%) tinha a maior proporção de pessoas declaradas da cor preta, seguida da Sudeste (9,9%), Centro-Oeste (9,2%) e Norte (7,3%). A população de cor parda apresentava os maiores valores nas Regiões Norte (72,2%) e Nordeste (62,5%). A região Sul tinha o predomínio de população de cor branca (73,2%), enquanto a Norte (19,1%) apresentava a menor estimativa desta população.

Em 2021, o Brasil conta com uma população estimada de 213.317.639 habitantes (IBGE, 2021a). Cabe esclarecer que o último Censo é de 2010, pois, devido a pandemia da Covid-19, o Censo Populacional sempre feito de dez em dez anos, em 2020, como também em 2021, ele não foi executado. Desta forma, o IBGE, órgão executor dos Censos (já programando a execução do Censo para 2022), estimou a população habitante no Brasil tanto para 2019, quanto para 2021.

Assim, a população em 2021, se divide em 48,88% de homens (104.271.843) e por 51,12% de mulheres (109.045.796). O país apresenta uma densidade demográfica de 25,07 habitantes por Km², variando, evidentemente, conforme a distribuição geográfica e populacional entre os estados e regiões.

Como se verifica no Quadro 1, a distribuição da população entre as regiões e os estados brasileiros é bastante diversa. Apenas quatro estados da região Sudeste, concentra 42,0% da população nacional, destacando-se o estado de São Paulo, o mais populoso, com 21,9% do total dos habitantes do país. Em nove estados, a região Nordeste, detêm 27,0% da população brasileira, destacando-se o estado da Bahia (7,0%). Embora a região Sul detenha 14,3% da população nacional, os seus três estados apresentam maior população proporcional do que os nove estados nordestinos, e ainda, dos sete estados da região Norte (com apenas 8,9% dos habitantes) e do Centro-Oeste com somente 7,8% da população brasileira, distribuída em três estados e no Distrito Federal.

Em relação a migração em geral, de acordo com o Observatório das Migrações Internacionais (OB-Migra, 2020), de 2010 a 2019, foram registrados no Brasil, 660.349 imigrantes de longo termo no

Brasil, sendo 268.674 mulheres ou 41,0%. Predominaram os fluxos oriundos da Venezuela (142.250), Paraguai (97.316), Bolívia (57.765) e Haiti (54.182), todos estes representando 53,0% do total dos registros (ou 351.513 imigrantes). Os restantes, ou praticamente a outra metade, são correspondentes pelos naturais, em ordem decrescente das Filipinas, EUA, Índia, China, Itália, Japão, Reino Unido, França, e outros pequenos grupos de uma diversidade de países. Vale ressaltar que os fluxos de venezuelanos e de haitianos tem seu componente singular de refúgio e ou de deslocamento forçado. O estado de Roraima, fronteiro com a Venezuela, vem recebendo intensamente os imigrantes da Venezuela, e diante disto, o Brasil procura viabilizar estratégias de recepção dos venezuelanos nos estados brasileiros dada a sua grande precariedade humana.

QUADRO 1- Número de habitantes estimados no Brasil em 2021 segundo regiões e estados.

Brasil/Regiões/Estados	N. de habitantes - % hab.	
Brasil	213.317.639	100,0
Região Norte	18.906.962	8,9
Acre	906.876	0,4
Amapá	877.613	0,4
Amazonas	4.269.995	2,0
Pará	8.777.124	4,1
Rondônia	1.815.278	0,9
Roraima	652.713	0,3
Tocantins	1.607.363	0,8
Região Nordeste	57.667.842	27,0
Alagoas	3.364.895	1,6
Bahia	14.985.070	7,0
Ceará	9.241.366	4,3
Maranhão	7.153.262	3,4
Paraíba	4.059.905	2,0
Pernambuco	9.675.249	4,5
Rio Grande do Norte	3.560.903	1,7

Sergipe	2.338.688	1,0
Piauí	3.288.504	1,5
Região Sudeste	89.632.912	42,0
Espírito Santo	4.108.508	1,9
Minas Gerais	21.411.923	10,0
Rio de Janeiro	17.463.349	8,2
São Paulo	46.649.132	21,9
Região Sul	30.402.587	14,3
Paraná	11.597.484	5,5
Rio Grande do Sul	11.466.630	5,4
Santa Catarina	7.338.473	3,4
Região Centro-Oeste	16.707.336	7,8
Distrito Federal	3.091.667	1,4
Goiás	7.209.247	3,4
Mato Grosso	3.567.234	1,7
Mato Grosso do Sul	2.839.188	1,3

Fonte: IBGE, 2021a

As principais regiões de destino de 86,0% dos imigrantes no Brasil, no período de 2010 a 2019, foram a região Sudeste (44,0%) principalmente o estado de São Paulo; a região Sul (22,0%), distribuídos igualmente nos seus três estados, ou Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e a região Norte (20,0%), concentrados nos estados do Amazonas e de Roraima (OBMigra, 2020).

No que se refere a distribuição dos trabalhadores por faixas de remuneração (não correspondendo necessariamente à formalidade no mercado de trabalho), o OBMigra (2020) indicou, que os sul-americanos, centro-americanos, caribenhos e africanos, situaram-se na faixa correspondente a valores entre 1 a 2 salários mínimos. Já entre os norte-americanos e os europeus, a faixa predominante encontrava-se igual ou superior a 5 salários mínimos. Em valores atuais, ou em setembro de 2021, com o salário mínimo brasileiro a 1.100,00 reais, e a cotação do dólar comercial a 5,24 reais, o salário mínimo corresponde apenas a 210 dólares.

Perfil geográfico

A República Federativa do Brasil, de governo Presidencialista, conta com uma área territorial de 8.510.345,538 Km² e com uma divisão administrativa composta por 5 Regiões, 26 Estados e 1 Distri-

to Federal, e 5.570 municípios. Como pode-se visualizar na Figura 1, as Regiões são compostas pelos seguintes Estados: região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins); região Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe e Piauí); região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo); região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina); e região Centro-Oeste (Distrito Federal Nordeste, Goiás Mato Grosso e Mato Grosso do Sul).

Importante é destacar que o Brasil faz fronteira com diversos países sul americanos, ou seja, com as Guianas, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai. Tal fato, ou a proximidade geográfica, aliada à cultural, e ao maior desenvolvimento econômico do Brasil, teoricamente, poderiam atuar como fatores facilitadores para o movimento migratório dos enfermeiros.

Destacamos ainda que o Brasil com dimensões continentais, ou o 5o maior país do mundo, depois da Rússia, Canadá, EUA, e China, comportaria na sua extensão geográfica, de acordo com o Google (2021), diversos países. Ou seja, na região Norte: Guiana, Tadjiquistão, Mongólia, Angola, Nepal, Laos, Nova Zelândia; na região Centro-Oeste: Venezuela, Alemanha, Trinidad e Tobago, Finlândia; na região Nordeste: Itália, Grécia, Bósnia, Croácia, Guiné, Portugal, Haiti, Israel, França; na região Sudeste: Espanha, Suíça, Reino Unido, Dinamarca; e na região Sul: Senegal, Hungria e Equador.

Clima

Segundo Medina (2021), em virtude da imensidão do território brasileiro, são identificados seis tipos de clima, sendo: Equatorial, Tropical, o Tropical de altitude, o Tropical Atlântico, Semiárido e Subtropical. A maior parte da área do Brasil (93,0%) está localizada na Zona Intertropical, exceto a região Sul. O Clima Equatorial de acordo com a autora, é identificado em quase todos os estados da região Norte, na Amazônia, além de parte do Mato Grosso e Maranhão. Caracteriza-se pela elevada temperatura, grande umidade e baixa amplitude térmica, variando entre 24o C e 26o C ao ano. Já o Clima Tropical influencia grande parte do centro do país, especialmente os estados do Centro-Oeste, e partes do Maranhão, Piauí, Ceará Bahia e Minas Gerais. As temperaturas são elevadas, com média de 24o C, a amplitude térmica, oscila entre 5o C a 6o C ao ano, e tem duas estações bem definidas, a seca (de maio a setembro) e a chuvosa (outubro a abril). O clima Tropical de altitude é presente em regiões serranas e de planaltos, especialmente na região Sudeste. Há baixa amplitude térmica, oscilando a temperatura entre 17o C e 22o C. O clima Tropical Atlântico está presente na região litorânea desde o Rio Grande do Norte (Nordeste) ao Paraná (Sul). A temperatura é elevada, em torno de 25 o C, e as chuvas são regulares e bem distribuídas, sendo mais intensas no Sul e no Sudeste durante o verão, e no Nordeste, durante o inverno. O clima Semiárido é típico da região Nordeste, em especial no interior, que por escassez de chuva, é conhecido como polígono da seca. Tem temperaturas elevadas

o ano todo com média anual variando de 26 o C a 28 o C. O clima Subtropical, por sua vez, ocorre unicamente na região Sul, com chuvas bem distribuídas e apresenta médias anuais em torno de 18 o C com alta amplitude térmica (Medina, 2021).

Perfil social

No Brasil, em **2019**, de acordo com o IBGE, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade foi estimada em 6,6% (11 milhões de analfabetos), com tendência de queda. Destes, 56,2% (6,2 milhões de pessoas) viviam na região Nordeste e 21,7% (2,4 milhões de pessoas) no Sudeste. Comparado com 2018 (6,8%), houve uma redução de 0,2 pontos percentuais no número de analfabetos no país, o que corresponde a uma queda de pouco mais de 200 mil analfabetos em 2019. É importante ressaltar que o analfabetismo está diretamente associado à idade, sendo que, quanto mais velho o grupo populacional, maior a proporção de analfabetos. Assim, em 2019, 18% dos analfabetos (6 milhões de pessoas) estavam na faixa de 60 anos ou mais, 11,1% entre pessoas com 40 anos ou mais, 7,9% entre os com 25 anos ou mais e 6,6% entre a população de 15 anos ou mais, indicando que a população mais jovem está tendo maior acesso à educação e sendo alfabetizadas ainda crianças (IBGE, 2019).

Da mesma forma, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios -PNAD, mostram que a grande diferença entre pessoas brancas e pretas ou pardas no que concerne à questão. Com efeito, em 2019, 3,6% das pessoas de 15 anos ou mais de cor branca eram analfabetos, enquanto entre pardos e pretos, o percentual chega a 8,9%. Já no grupo etário de 60 anos ou mais, a taxa de analfabetismo das pessoas de cor branca alcançou 9,5% e entre as de cor parda ou preta, 27,1% (IBGE, 2019).

Nível de Instrução e Anos de Estudos.

Com relação ao nível de instrução, a PNAD aponta que em 2019, a proporção daqueles com 25 anos ou mais de idade que terminaram a educação básica obrigatória -ensino médio- alcançou 48,8%, sendo que o percentual de pessoas com ensino superior completo passou de 15,5% em 2018 para 17,4% em 2019.

Em relação a média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais, foi 9,4 anos em 2019. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores médias, acima da média nacional (10,1, 9,7 e 9,8 anos, respectivamente), enquanto que as regiões Nordeste e Norte tiveram as menores médias, abaixo da média nacional (8,1 e 8,9 anos, respectivamente). O número médio de anos de estudo das mulheres foi maior que o observado entre os homens – 9,6 e 9,2, respectivamente. E com relação à cor ou raça, a diferença foi considerável, sendo 10,4 anos de estudo para as pessoas de cor branca e de 8,6 para as de cor parda ou preta.

Atividade Econômica

Em 2019, 94.642 milhões de pessoas estavam inseridas no mercado de trabalho, sendo 58,4% em ocupações formais e 41,6%, informais. O comércio respondia com 17.914 milhões de ocupados, enquanto o setor da indústria, com 12.231 milhões. Já os trabalhadores da atividade agropecuária totalizavam 8,652 milhões de pessoas, enquanto o setor de construção empregava 6,823 milhões de trabalhadores. Cabe ressaltar que as atividades da administração pública, educação, saúde e serviços sociais empregavam 16,459 milhões de pessoas.

O Produto Interno Bruto (PIB) fechou 2019 com crescimento de 1,1%, totalizando R\$ 7.257 trilhões. O PIB per capita variou 0,3%, em termos reais, alcançando R\$ 34.533 em 2019. O setor de serviços cresceu 1,3%, puxado por atividades de informação e comunicação (4,1%), atividades imobiliárias (2,3%), comércio (1,8%), outras atividades de serviços (1,3%), atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados (1,0%) e transporte, armazenagem e correio (0,2%). A atividade de administração, defesa, saúde e educação públicas e seguridade social (0,0%) se manteve estagnada no ano. Na indústria, a atividade de eletricidade e gás, água, esgoto, atividades de gestão de resíduos aumentou 1,9% em relação a 2018, puxada pelo crescimento de 1,6% na construção. Já o destaque negativo ocorreu em indústrias extrativas, com queda de 1,1% no ano. Indústrias de transformação ficaram estáveis em, 0,1%. E na agropecuária, os destaques foram lavouras como o milho, que registrou crescimento de 23,6%; algodão (39,8%), laranja (5,6%) e feijão (2,2%). Entretanto, ocorreu variação negativa em culturas como café (-16,6%), arroz (-12,6%), soja (-3,7%) e cana (-1,0%).

Índice de Pobreza

O índice de pobreza é classificado entre os países com renda média-alta, para os quais sugere-se a linha de US\$ 5,50 PPC para classificar as pessoas na pobreza. Em 2019, a população brasileira abaixo dessa linha representava 24,7% (IBGE, 2020a). Já a extrema pobreza (US\$ 1,90 PPC) se manteve em 6,5% da população, sendo mais da metade de nordestinos e 39,8% das mulheres pardas e pretas. Importante destacar que nesse ano, o salário mínimo era de R\$ 998,00 (IBGE, 2020a).

Acesso a Habitação

Foram estimados 72,4 milhões de domicílios particulares permanentes no Brasil em 2019, segundo o IBGE. Regionalmente, se distribuíam em 43,5% na região Sudeste (31,5 milhões), 26,2% na região Nordeste (19,0 milhões), 15,1% (10,9 milhões) na região Sul, 7,7% (5,6 milhões) na região Centro-Oeste e 7,5% (5,4 milhões) na região Norte.

Do total de domicílios, 66,4% (48,1 milhões) eram próprios já pagos, 6,1% (4,4 milhões) próprios em quitação, 18,3% (13,3 milhões) alugados, 8,9% (6,4 milhões) cedidos e aqueles em outra con-

dição totalizavam 0,2% (173 mil). As maiores estimativas de domicílios já pagos estavam nas regiões Norte (74,1%) e Nordeste (73,6). Os alugados tinham percentuais acima de 20,0% nas regiões Sudeste (20,8%) e Centro-Oeste (23,0%) e os cedidos estavam principalmente no Norte (10,3%) e Centro-Oeste (11,1%).

Classificando os domicílios particulares permanentes em casa, apartamento ou habitação de em casa de cômodos, cortiço ou “cabeça” de porco, observou-se o predomínio de casas no total de unidades domiciliares, sendo a média nacional de 85,6% (62 milhões). Se analisado por regiões, os percentuais variam de 80,3% (25,3 milhões) na região Sudeste até 93,1% (5,0 milhões) na região Norte. Em relação a 2018, a região Sudeste teve a principal variação no tipo apartamento (de 18,4% para 19,5%) e a Centro-Oeste no tipo casa (de 89,0% para 90,5%). Comparado com 2018, a região Norte teve a principal variação do percentual de domicílios cedidos 9,6% para 10,3%; no Nordeste, os domicílios próprios já pagos cresceram de 72,7% para 73,6%; no Sudeste, o principal movimento foi entre os domicílios próprios ainda pagando (de 6,5% para 7,5%) e na região Sul, os alugados foram de 16,8% para 17,4%.

Energia

Em 2019, 99,8% dos domicílios tinha acesso à energia elétrica, seja fornecida pela rede geral, seja por fonte alternativa. Em 99,5% do total de domicílios (72,2 milhões) a energia elétrica era proveniente da rede geral e a disponibilidade era em tempo integral em 99,2% dos casos (71,4 milhões). Esse elevado percentual de acesso à energia elétrica ocorria em todas as Grandes Regiões, variando de 98,8% no Norte a 99,9% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste as estimativas de cobertura de rede geral ou fonte alternativa (IBGE, 2019).

Água Potável

De acordo com o IBGE (2019), em 2019, 97,6% (70,7 milhões) dos 72,4 milhões de domicílios possuíam água canalizada e 88,2% (63,8 milhões) tinham acesso à rede geral de abastecimento de água. Em 85,5% das unidades, a principal fonte de abastecimento de água era a rede geral de distribuição, com variação regional de 58,8% na região Norte até 92,3% no Sudeste. Na região Norte, 21,3% dos domicílios tinham abastecimento de água através de poço profundo ou artesiano e 13,4% por meio de poço raso, freático ou cacimba. Na região Nordeste, 6,1% dos domicílios tinham outra forma de abastecimento de água (IBGE, 2019). Dentre os domicílios que possuíam a rede geral como principal forma de abastecimento de água, em 88,5% deles a disponibilidade era diária, e em cerca de 5,0% a frequência era de 4 a 6 vezes na semana ou de 1 a 3 vezes na semana. A região Nordeste apresentava a menor cobertura diária de abastecimento (69,9%), enquanto a Sul, com 97,0%, tinha a maior. Em relação a 2018, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram avanço na disponibilidade diária,

principalmente o Centro-Oeste, cuja cobertura passou de 87,1% para 94,9% (IBGE, 2019).

Perfil sanitário

O país possui um sólido e complexo sistema de saúde, denominado de Sistema Único de Saúde -SUS, assegurado pela Constituição Federal de 1988 e sua primeira lei orgânica, ou a Lei 8.080 (Brasil, 1990). Desta forma: a 'Saúde é direito de todos e dever do Estado' e tem como princípios, a universalidade de acesso, a integralidade e a igualdade da assistência. Desta forma, tem como princípios de reconhecimento pleno do cidadão, independentemente de vínculo empregatício, contribuição financeira ao sistema e de qualquer nacionalidade. Uma parcela da população tem seu plano individual, coletivo, ou empresarial de saúde, para um atendimento mais ágil em diversas instituições privadas de saúde. Parcela esta que sofre alterações constantes seja de mudanças de planos mais acessíveis financeiramente, ou mesmo a própria saída desta modalidade de assistência à saúde, dependendo do cenário socioeconômico. Além da grande população a ser assistida por Direito, o SUS, é um sistema altamente sobrecarregado e demandado, ocorrendo grandes filas para os atendimentos de saúde, em especial aqueles dependentes de maior tecnologia. Mas importante é destacar que o SUS garante a saúde coletiva do Brasil com programas públicos e sólidos, entre outros, de assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente, do idoso, em DST, o Programa Nacional de Imunizações, urgências e emergências, programa contra a tuberculose, a hanseníase, transplante de órgãos, hemoterapia.

O sistema de saúde atualmente é constituído de 329.854 estabelecimentos, com e sem internação (hospitais e ambulatórios), 447.510 leitos, dos quais mais de 34 mil são de Unidade de Terapia Intensiva -UTI. Para operar toda essa estrutura, o SUS gera 3.594.596 empregos de saúde (Brasil, 2021a).

Atendimento nos Serviços de Saúde

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde -PNS, realizada em 2019 (IBGE, 2020b), quando precisavam de atendimento de saúde, 76,5% das pessoas costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde.

Quase a metade das pessoas (46,8%) indicou a Unidade Básica de Saúde como o estabelecimento que costumavam procurar, mais frequentemente, quando precisavam de atendimento de saúde. A busca por consultório particular ou clínica privada foram indicados por 22,9% e as Unidades de Pronto Atendimento Público (UPAs), pronto socorro ou emergência de hospital público, por 14,1%. Em todas as Grandes Regiões, a Unidade Básica de Saúde foi a mais citada como o local de frequência mais constante, especialmente nas regiões Norte (55,3%) e Nordeste (54,1%). Os motivos de procura de atendimento de saúde mais citados foram: doença ou tratamento de doença (48,2%) e cuidados

de rotina, tais como: vacinação, prevenção, check-up médico ou acompanhamento com outro profissional de saúde (25,1%), sendo esse padrão bastante similar em todas as regiões do Brasil.

A PNS 2019 também apontou que nos 12 meses anteriores a data de realização da pesquisa, que 159,6 milhões (76,2%) de pessoas haviam realizado consulta médica no país. No que concerne a proporção de pessoas que consultaram um dentista no mesmo período, a pesquisa mostra que menos da metade da população (49,4%) teve acesso aos serviços odontológicos, o que pode indicar que a atenção com a saúde bucal ainda é incipiente no país.

Principais Causas de Morte no Brasil em 2020

Os dados preliminares sobre as causas de mortes no Brasil em 2020 mostram que as doenças do aparelho circulatório foram as principais responsáveis por óbitos em 2020, com 354.093 ocorrências, seguido das doenças infecciosas e parasitárias (264.666) e as neoplasias (227.519). O quadro abaixo mostra as principais causas levantadas, e por se tratar de dados ainda em análise, alguns valores poderão ser alterados no decorrer do estudo, entendendo-se que os impactos causados pela pandemia decorrente da Covid-19 em nosso país, no que concerne às mortes causadas pela doença, ainda não estão inseridos no quadro abaixo.

Quadro 2- principais causas de morte no Brasil em 2020

AS 10 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO BRASIL	
CAUSA: CID-BR 10	
Doenças do aparelho circulatório	354.093
Doenças infecciosas e parasitárias	264.666
Neoplasias	227.519
Doenças do aparelho respiratório	150.374
Causas externas de morbidade	144.382
Síntomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	97.436
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	91.055
Doenças do aparelho geniturinário	44.944
Doenças do sistema nervoso	44.881
Afecções originárias no período perinatal	18.815

Fonte: Brasil, 2021b.

OS profissionais de saúde no contexto da pandemia: a enfermagem em foco

O SUS, como já referenciado, engloba mais de 3.500 milhões de trabalhadores da saúde, e tem uma parte significativa, voltada para o combate à pandemia no Brasil. Vale destacar o enorme e fundamental contingente de profissionais de enfermagem, constituindo na maior e hegemônica categoria profissional do sistema de saúde, totalizando em setembro 2021, 2.565.116 milhões de profissionais (Cofen, 2021).

Desde da constituição do SUS, a questão da gestão do trabalho e da educação tem sido motivo de grande polêmica e de difícil entendimento e acordos, entre trabalhadores e empregadores, sejam, públicos ou privados.

Machado e Ximenes Neto (2018), que analisaram a evolução da FTS no âmbito do SUS, mostraram a persistência de problemas estruturais, em especial, na gestão do trabalho. Além de apontarem que o trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde, indicaram o desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da mão de obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros).

De acordo com os autores, alia-se aos problemas estruturais no campo da gestão do trabalho, a recente incorporação na estrutura curricular da formação profissional, a modalidade do ensino a Distância -EaD. Acrescentaram que esta situação está associada à flexibilização do ensino superior no país, expandindo a oferta nas instituições de ensino privadas. Atingindo os cursos de Enfermagem, Educação Física, Biomedicina, Ciências

Biológicas, Nutrição e Serviço Social, os quais passaram também a ser ofertados na modalidade EaD (Machado e Ximenes Neto, 2018).

Para entender melhor a situação da FTS no Brasil, é importante delimitar os períodos denominados de: pré-pandêmico e pandêmico.

O período pré-pandêmico, compreendido nos últimos anos, em que o retorno de premissas neoliberais passou a ser reinventadas no cenário da gestão, configurando-se em um cenário para os trabalhadores, de fragilidade e instabilidade quanto a empregabilidade, traduzida por perdas de direitos trabalhistas, rebaixamento salarial, desvalorização da FT, aumento do subemprego e do desemprego aberto, entre outros. É possível afirmar que o trabalho precário tem sido aquele em que o trabalhador é mal pago, inseguro, desprotegido, e com renda insuficiente para sustentar a si próprio e a um domicílio.

O período pandêmico compreende desde março de 2020 até os dias atuais (por hora, até setembro de 2021), que no caso do Brasil já dura 1 ano e 6 meses. Para melhor compreender este período é importante mencionar a pesquisa realizada pela Fiocruz: “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” que retrata a realidade daqueles que estão na linha de frente no combate a COVID-19.

A questão central do estudo versou sobre as condições de vida e de trabalho dos profissionais de saúde das 14 profissões, e outros, que se apresentaram à pesquisa. E que atuam na linha de frente, na assistência e no combate da COVID-19, nos estados com maior incidência da pandemia no país. São eles: Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina Veterinária, Biomedicina, Biologia, Educação Física, Serviço Social. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, de abrangência nacional, que permitirá conhecer a realidade regionalmente, e cuja população alvo, é constituída por profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos de saúde, voltados para o combate a pandemia da Covid-19.

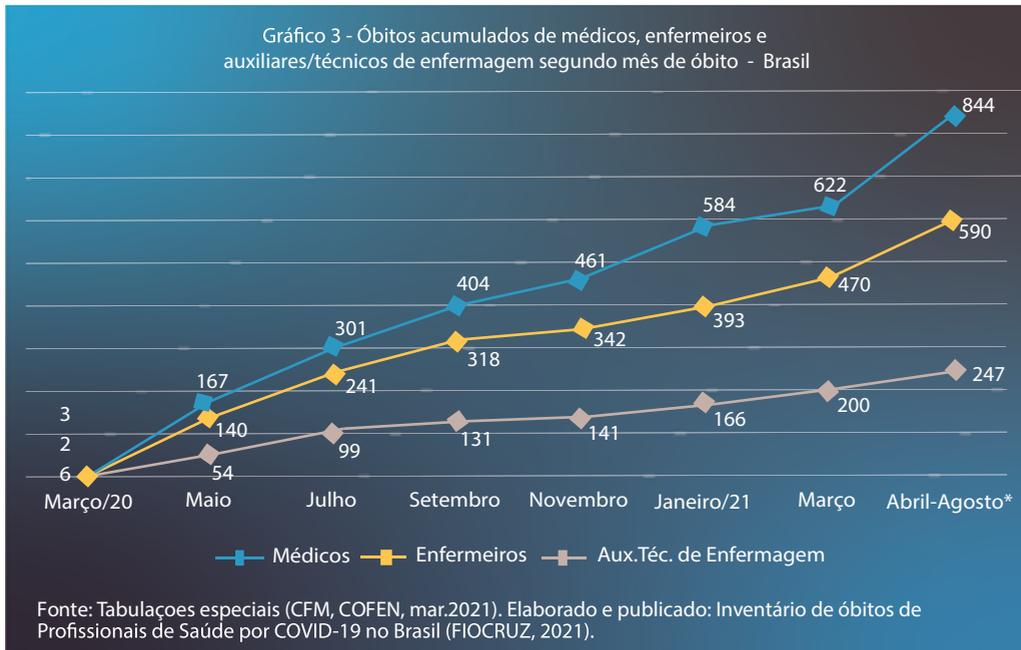
O protocolo desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da ENSP/FIOCRUZ, sendo aprovado em 10/06/2020 recebendo o CAAE: 32351620.1.0000.524. A pesquisa obteve financiamento por meio do Edital Inova Fiocruz. A Pesquisa de campo foi realizada em todas as capitais e áreas metropolitanas, atingindo mais de 2.200 municípios. Inteiramente ‘online’ utilizando os recursos tecnológicos da internet, redes sociais e contatos institucionais a das instituições parceiras e apoiadoras, sejam as acadêmicas como as entidades sindicais como instâncias de gestão.

Totalizaram mais de 15.000 questionários das 14 profissões, com maior participação de enfermeiros e médicos, contudo, houve expressiva participação das demais profissões que atuam no sistema de saúde em todo o país.

Com base na análise dos dados da pesquisa desvenda-se um cenário crítico que requer adoção de medidas protetivas para essa FTS, especialmente no período pós-pandemia. Primeiro, chama atenção que 63,3% dos profissionais atuam no combate à Covid-19 em Hospitais Públicos ou Hospitais de Campanha e na Atenção Primária à Saúde, sendo que nos Hospitais privados/filantrópicos somam 16,2%. Tais dados revelam um alto grau de coesão e de compromisso com o SUS, mantendo a premissa constitucional de prestar assistência integral à população. Segundo, em contradição com os dados acima, no qual a maioria atua em estabelecimentos público de saúde, onde requereria o vínculo estatutário, observa-se que apenas a metade, 34% informam que seu vínculo é estatutário, de servidor público. Nota-se também que 28,9% têm vínculos precários/temporários encontrados

na soma de trabalho temporário e trabalho autônomo/prestador de serviços. Terceiro, os dados da pesquisa referente à jornada de trabalho, constata-se que 47,7% declaram ter jornadas elevadas com clara sobrecarga de trabalho.

Por outro lado, a pesquisa aponta para uma ausência de preparo técnico para lidar com a pandemia, quando pouco mais da metade (53,8%) teve treinamento simples para uso adequado dos EPI. Também chama atenção que 43,2% não se sentem protegidos no ambiente de trabalho no combate à COVID-19. Os motivos mais alegados referem-se a: falta, escassez e inadequação do uso de EPIs (23%), medo generalizado de se contaminar (18%), e estruturas/infraestruturas inadequadas para o trabalho (14,9%). Registra-se que 23,9% já se contaminaram por coronavírus. Além disso, os profissionais alegam mudança na rotina profissional em decorrência da pandemia, salientando: o constante trabalho extenuante, as exigências de biossegurança e contradições no ambiente de trabalho onde a escassez e a falta de equipamentos e materiais de proteção no trabalho são frequentes, sempre estão no limite da exaustão, com iminente risco de contaminação, e medo da morte.



Não podemos deixar de mencionar os dados de óbitos por Covid-19 das duas categorias profissionais: médicos e equipe de enfermagem (Gráfico 3). Segundo estudo realizado pela Fiocruz (2021), através dos dados do Conselho Federal de Medicina, até junho de 2021 (última atualização), dentre os médicos, já havia um total 844 mortes, ou seja, um incremento de 222 óbitos nestes meses, ou

apenas desde março de 2021. Já o site do Conselho Federal de Enfermagem (com dados atualizados em agosto de 2021), informou à pesquisa, que havia 799 óbitos no total da equipe de enfermagem até junho de 2021, ou seja, 120 a mais quando comparado apenas aos números desde março de 2021. O mencionado estudo continua ativo e irá abordar as demais categorias profissionais da saúde, permitindo assim, conhecer a situação total dos óbitos da FTS no Brasil.

Perfil Dos Recursos Humanos Em Saúde No Brasil

Organizações Profissionais dos Enfermeiros

Na atualidade, três principais entidades representam a enfermagem brasileira, no que concerne aos eixos de educação, fiscalização do exercício profissional e do mundo do trabalho, ou seja, a Associação Brasileira de Enfermagem -ABEn, o Conselho Federal de Enfermagem -COFEN e a Federação Nacional dos Enfermeiros -FNE.

A Associação Brasileira de Enfermagem, a mais antiga dessas entidades em território brasileiro, foi criada em 1926 com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas -ANED, tendo a Escola de Enfermagem Anna Nery papel de grande importância nesse processo. Em 1929, passou a denominar-se Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras -ANEDB, com o objetivo de filiar-se ao International Council of Nurses. Esse nome permaneceu até 7 de agosto de 1944, quando se torna a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas -ABED, sendo que em 21 de agosto de 1954, ela passa a designar-se Associação Brasileira de Enfermagem -ABEn, nome que permanece até os dias atuais.

Composta inicialmente por apenas um núcleo central, a ABEn, no período pós-guerra, reestruturou sua organização, com a criação de seções, sendo a de São Paulo a primeira, seguindo-se de outras, acarretando sua expansão para os demais estados da federação. Segundo seus estatutos, congrega sócios efetivos (enfermeiros e enfermeiras), sócios especiais (auxiliares e técnicos de enfermagem) e temporários (estudantes). Essa condição que é colocada em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem faz com que a participação deles seja muito limitada na estrutura da entidade, não permitindo que façam parte da diretoria, quer ao nível nacional, quer estaduais. Mas além de integrar sociedades de especialistas da Enfermagem, a entidade tem acompanhado todas as questões referentes ao ensino de enfermagem em nosso país, do nível médio à pós-graduação. Durante sua história, a ABEn atuou em diversas ações, visando o fortalecimento da Enfermagem no Brasil, destacando-se a realização dos Congressos Brasileiros de Enfermagem (tendo o primeiro ocorrido em 1947), a criação do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em 1971 e a publicação da Revista Brasileira de Enfermagem, a primeira e mais antiga publicação na área, ainda hoje em circulação no país.

O Conselho Federal de Enfermagem –COFEN e os CONSELHOS REGIONAIS -CORENs foram criados pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, formando o Sistema COFEN/CONSELHOS REGIONAIS, estruturado como autarquia federal. Cabe ao COFEN conceder a autorização para o exercício profissional, assim como a responsabilidade de normatizar, fiscalizar e disciplinar, ética e legalmente, o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando, dessa forma, pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional. Para o exercício profissional, é necessário um título -diploma ou certificado- fornecido por escola legalmente autorizada e reconhecida pelo sistema educacional brasileiro (no caso de título obtido no estrangeiro, o mesmo deverá ter sua revalidação feita por instituição credenciada para tal), e seu registro e devida autorização para o exercício profissional, concedida pelo CONSELHO REGIONAL do estado em que o profissional irá atuar.

A entidade participa de lutas em questões de grande relevância para a Enfermagem, como seu posicionamento contrário ao credenciamento dos Cursos de Formação na área realizadas na modalidade a distância -EaD e a abertura desenfreada de cursos de enfermagem no país, piso salarial mínimo e 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem, entre outras. E baseados nos resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem do Brasil, outros temas começam a ser pautados na agenda de trabalho do Cofen, destacando-se a ausência de condições de descanso adequadas para a equipe de enfermagem, o que resultou na proposição de um projeto de lei para garantir esse direito aos profissionais que atuam nas instituições de saúde, sejam públicas ou privadas (PL nº 597/2015, de autoria do ex-Senador Valdir Raupp). Também edita importante periódico, Enfermagem em foco, bem como patrocina a realização dos Congressos Brasileiros dos Conselhos de Enfermagem, considerado o maior evento da enfermagem brasileira na atualidade.

A Federação Nacional dos Enfermeiros -FNE, tem sua história de organização sindical da enfermagem brasileira com início em 1932, quando todos os profissionais estavam ligados ao Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante e ao Sindicato dos Enfermeiros Terrestres. Tentativas de criação de sindicatos específicos por parte dos enfermeiros não foram bem sucedidos, tendo em vista a determinação do governo de Getúlio Vargas da existência de apenas um sindicato por categoria, como forma de melhor controlar os trabalhadores. Foi necessário esperar mais de 40 anos para que fosse estabelecido o primeiro sindicato, em 1976, no Rio Grande do Sul. Apesar da instituição de sindicatos próprios, a categoria teve dificuldades de encaminhar reivindicações, especialmente pela sua pouca participação. Assim, buscou-se uma articulação entre os sindicatos de enfermeiros de todo o país, resultando na realização, em 1982, do I ENESPE ou Encontro de Entidades Sindicais e Pré-Sindicais da Enfermagem, em São Paulo, sendo que em 1987, no VII ENESPE, em Porto Alegre (RS), foi decidida a criação da Federação Nacional dos Enfermeiros, o que ocorreu em novembro do mesmo ano, em Salvador (BA).

Como podemos verificar, esse processo não contemplou a criação de entidades que representassem todas as categorias presentes na Enfermagem, existindo sindicatos específicos para os enfermeiros e outros, poucos por sinal, que representam os demais trabalhadores da Enfermagem, sendo que estes não podem se filiar à FNE. Esta divisão enfraquece a própria história de lutas no papel de defesa dos direitos trabalhistas dos profissionais de enfermagem, considerando que os sindicatos filiados à FNE, e a própria FNE, representam apenas o interesse dos enfermeiros, que constituem parcela minoritária dentro da Força de Trabalho da Enfermagem. Ademais, interesses políticos levam a que nem todos os sindicatos de enfermeiros do país estejam filiados à FNE, o que contribui para enfraquecer o movimento sindical. Também se encontra muitos profissionais de enfermagem filiados aos sindicatos da área da saúde e enfermeiros filiados a outros sindicatos, como os que representam os professores universitários.

Entretanto, a FNE se constitui na entidade nacional de maior representatividade no âmbito sindical da enfermagem, tendo como grandes bandeiras de sua atuação a defesa dos direitos dos trabalhadores, a valorização do profissional de enfermagem na sociedade, a luta contra a flexibilização e desregulamentação dos direitos trabalhistas e pela redução de jornada de trabalho sem redução de salário, a exigência do concurso público para ingresso de profissionais no serviço público, participação e reforço da implantação do plano de cargos e carreiras na saúde -PCCS baseado nas discussões da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e Normas Operacionais Básicas -NOB de RH e a luta pelas 30 horas para a enfermagem brasileira, entre outras. E para consultas sobre sua atuação basta acessar o site: <http://www.portalfne.com.br/nossas-lutas>. A FNE participa da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, sediada no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Nestas múltiplas organizações que representam a enfermagem, cada uma com sua missão, objetivo, escopo, funcionamento e abrangência, mecanismo de representação, modalidades de arrecadação e cultura específicas, nem sempre existem acordos quanto às demandas que representem o grupo como um todo, em consonância e respeito às singularidades de cada categoria envolvida. Muito embora as categorias da enfermagem apresentem suas reivindicações de forma consolidada, existem características -escolaridade, competência, escopo, autonomia, qualificação profissional, renda- que as tornam distintas, de tal forma que algumas das demandas refletem situações que afetam mais profundamente uma categoria e que não incide da mesma forma em todas elas.

A Capacidade da Graduação em Enfermagem no Brasil

A formação de enfermeiros segue as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem, definidas pela Resolução CNE/CES No 3, de 07 de novembro de 2001 (Brasil, 2001), a qual define os princípios,

fundamentos, condições e procedimentos de formação. E a aderência dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem por meio de componentes curriculares e bases tecnológicas, que estabelecem o perfil profissional generalista do enfermeiro egresso de um curso de graduação, preparando-o para atuar na rede de atenção à saúde (Lopes Neto, et al., 2007). Por sua vez, a Resolução CNE/CES No 4, de 6 de abril de 2009, define entre outras profissões, 4.000 horas mínimas para o curso de enfermagem, com limite mínimo de integralização em 5 anos de estudos (Brasil, 2009). Desde 2020, como pós-graduação lato sensu, o Cofen reconhece 60 especializações para os enfermeiros, divididas em três grandes áreas do conhecimento, ou seja: I- Área da assistência por grupos populacionais, II- Gestão, III- Educação e pesquisa (pode-se consultar em: atualizacursos.com.br/blog/especialidades-de-enfermagem/). O Brasil tem uma grande rede de ensino específica da enfermagem, com oferta de cursos lato sensu e stricto sensu (mestrado acadêmico, mestrado profissional, doutorado e pós-doutorado), além do fato do enfermeiro poder disponibilizar da imensa oferta das outras áreas do conhecimento e das outras profissões, no sistema de ensino brasileiro.

Como aproximação da grandeza da dimensão do ensino da graduação em enfermagem, o estudo de Vieira (2017), apontou que de 1995 a 2015 os cursos de graduação cresceram de 108 para 887 e o número de concluintes anuais, inicialmente com média de 5.000 egressos até o ano de 2000, passou para uma média de mais de 30.000 graduados anuais a partir da segunda metade dos anos 2000 (a exemplo, em 1995 formaram 4.733 enfermeiros e em 2015, graduaram 34.640 destes profissionais). Mas segundo as últimas informações do INEP, **o número de cursos superior presenciais de enfermagem cresceu em 2019, para o total de 1.099 (942 privados e 157 públicos), e ainda, o número de egressos da graduação em enfermagem somente em 2019 atingiu o total de 41.015 sendo 35.667 de instituições privadas de ensino e de 5.348 de escolas públicas (INEP, 2019)**. Ainda em 2019, o INEP revela a existência de 7 cursos de enfermagem na modalidade a distância -EAD, todos em instituições privadas de ensino, e à revelia do Conselho Nacional de Saúde, e assim, do Ministério da Saúde, o qual, através do SUS tem legalmente, o dever de ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Entretanto, o Ministério da Educação e o seu respectivo Conselho Nacional, na contramão, desde o início, vem aprovando os cursos EAD no país. Desta forma, em 2019, além dos 7 cursos de enfermagem, já existiam 74 cursos EAD para o Serviço Social, 50 de Educação Física, 33 de Nutrição, 33 de Biomedicina, 29 de Farmácia, 28 de Fisioterapia, 7 de Biologia, 2 de Fonoaudiologia, 2 de Terapia Ocupacional, e 1 de Medicina (INEP, 2019).

Em relação à formação de profissionais de saúde, também Vieira, et al. (2017), em outro estudo, apontaram que no Brasil, o número de cursos presenciais para as 14 profissões de saúde cresceu de 1.032 em 1995, para 5.222 em 2015; e os concluintes anuais das profissões de saúde cresceram de 52.657 em 1995, para 2.526.230 graduados somente em 2015.

A grande expansão do ensino superior não foi uma prerrogativa da enfermagem. Todas as áreas do conhecimento foram fortemente demarcadas, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (Brasil, 1996). Esta LDB assegurou a ampliação de instituições de ensino principalmente as privadas, o exercício da autonomia em diversas atribuições, em especial, a garantia da autonomia didática e científica das universidades, cabendo aos seus colegiados, decidir (observando as diretrizes pertinentes), e entre outras, sobre: criação, expansão, modificação e extinção de cursos, ampliação e diminuição de vagas, elaboração da programação dos cursos, programação das atividades de extensão e de pesquisas. Sendo que, em relação à atividade de pesquisa, esta se tornou uma prerrogativa obrigatória somente das universidades públicas. E por indicação do Conselho Nacional de Educação, as Universidades Públicas, revalidam os diplomas de estrangeiros, reconhecem os diplomas de mestrado e doutorado de universidades estrangeiras e registram além dos seus diplomas, aqueles conferidos pelas outras instituições brasileiras denominadas não universitárias.

A LDB de 1996, modificou o setor educacional. As extensas flexibilizações, favoreceram a grande expansão da oferta dos cursos superiores em todas as áreas e a intensa privatização da educação superior no país. Mas a ampliação nacional do ensino, ainda não foi capaz de descentralizar a oferta dos cursos superiores das regiões mais desenvolvidas e historicamente concentradoras de melhores desempenhos econômicos, de mercado de trabalho, e assim, concentradoras também, do 'mercado de ensino'. Como pontua Vieira et al. (2017), e a título de exemplo, na graduação em enfermagem, em 2015, apesar de ligeira desconcentração em relação a 1995, a oferta da formação no Brasil ainda estava concentrada em 43,7% somente na região Sudeste (principalmente São Paulo com 21,2%, Minas Gerais 13,3% e Rio de Janeiro 7,7%). A região Nordeste ofertou 23,7% dos cursos (sendo na Bahia 6,2% e os demais 17,5% distribuídos em oito estados da região), a região Sul 15,1% (sendo apenas no Paraná 6,3% e Rio Grande do Sul 5,6%), a região Centro-Oeste ofertou 9,9% dos cursos (Goiás com 3,5% e os demais 6,4% distribuídos em dois estados e no Distrito Federal), e a região Norte, por sua vez, ofertou apenas 7,6% do total dos cursos (Pará com 2,1% e o restante 5,5%, distribuídos nos outros seis estados da região).

Recursos Humanos: Médicos, Enfermeiros e a Enfermagem

A OPAS em 2016, considerou como parâmetro de densidade de RHS para a Região das Américas, 44,5 profissionais (médicos, enfermeiras e parteiras) por 10.000 habitantes, como um indicador global a ser alcançado até 2030, sendo uma estratégia, entre tantas outras, para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde na Região (OPAS/ OMS, 2018). Alguns países, e entre estes, o Brasil, já haviam atingido este parâmetro, o qual podemos considerar como indicador bruto e mínimo, para a cobertura e a assistência integral à saúde das populações.

Quando visualizamos a iniquidade da distribuição dos RNS no Brasil, a realidade brasileira na distribuição de profissionais de medicina e enfermagem, em grande quantidade de municípios (entre o total de 5.570), pode-se assemelhar, em algumas questões, à de Bangladesh analisada por Darkwa, et al. (2015). O Brasil, também é um país populoso, e na sua grande extensão geográfica, além das grandes capitais e das regiões metropolitanas, dispõe de localidades municipais e distritais, de pequeno porte, longe de centros desenvolvidos e com baixos indicadores socioeconômicos. Estes últimos, se comparam, portanto, aos países subdesenvolvidos, com absentismo profissional rotineiro e baixa retenção de enfermeiros e médicos. E ainda, albergam médicos e enfermeiros imigrantes sem revalidação de diplomas de graduação e, por conseguinte, sem registros nos conselhos regionais de profissões. São locais que dificilmente recebem fiscalização destas autarquias públicas, comprometendo a qualidade da assistência à saúde, cometendo também, infrações ético-disciplinares pelos exercícios irregulares das profissões.

Segundo Scheffer et al. (2020), a demografia médica no Brasil (Quadro 3) é o espelho da escassez desses profissionais em todo território nacional. Apesar do fato de grande crescimento de registros nos últimos anos, ou seja, em 2000, o Brasil dispunha de 230.110 médicos e em 2020, passa a contar com 502.475 médicos registrados. Fato que contribuiu para o aumento da média nacional da relação de médico por mil habitantes, passando-a de 1,4 para 2,4. De acordo com o autor, o documento Demografia Médica no Brasil de 2020, apontou que nos últimos 100 anos, o número de médicos no Brasil aumentou de tal forma, que em 1920, existiam 14.031 médicos, e em 2020, o número de médicos passou a ser de 502.475. Mas, ressaltando ainda, que, no mesmo período, a população brasileira aumentou de 30.635.605 para 210.147.125 habitantes. Ocasionalmente assim, um déficit de profissionais médicos, mesmo com a forte aceleração do número de médicos formados nos últimos anos, impulsionado pela abertura de novas escolas e pela expansão de vagas em cursos de medicina já existentes. E ainda, indica o autor, que somente no decênio 2010-2019, 179.838 novos médicos ingressaram no mercado de trabalho (Scheffer, et al., 2020).

Quadro 3. Evolução do número de médicos e população brasileira entre 1920-2020.

Ano	Médicos	População
1920	14.031	30.635.605
1930	15.899	35.935.960
1940	20.745	41.236.315
1950	22.730	51.944.397
1960	25.841	70.992.343
1970	42.718	94.508.583
1980	113.495	121.150.573
1990	182.033	146.917.459
2000	230.110	169.590.693
2010	320.477	190.755.799
2020	502.475	210.147.125

Fonte: Scheffer, et al., 2020.

Atualizando os dados para 2021, a população brasileira cresceu para 213.317.639 habitantes, e 520.980 médicos (em 26 de outubro de 2021) com inscrições principais no país (IBGE, 2021a; CFM, 2021). O Quadro 4 demonstra, não somente a permanência da desigualdade distributiva dos médicos no país, como também, as diferenças da cobertura médica por 10.000 habitantes. Desta forma, somente a região Sudeste concentra 54,0% dos médicos brasileiros e assim, tem a maior cobertura médica ou de 31,4 por 10.000 habitantes (excetuando-se o Distrito Federal com uma cobertura de 46,5, ou a maior de todo o Brasil). Vale lembrar que a região também concentra em 42,0% do total da população brasileira (Quadro 1). Internamente na região Sudeste, também há diferenças entre os estados, o Rio de Janeiro com 37,5 médicos/10 mil hab., São Paulo com 31,7 e Espírito Santo e Minas Gerais com 26,6 cada um. Estes dois últimos estados, mesmo tendo as menores coberturas da região Sudeste, ultrapassam a cobertura médico/10 mil hab. em todo o país, exceto do estado do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal. Em ordem decrescente de cobertura pelo profissional médico, seguem as regiões: Centro-Oeste com 25,4 médicos por 10 mil habitantes (destacando-se o Distrito Federal com 46,5), a região Sul com 26,2 (com destaque o estado do Rio Grande do Sul com 29,0), a região Nordeste com 16,4 (destacando-se principalmente os estados da Paraíba com 19,7 e o Rio Grande do Norte com 19,5) e a região Norte com 12,0 (tendo maiores coberturas na região, os estados de Tocantins com 17,2 e Rondônia com 16,0 médicos por 10 mil habitantes).

QUADRO 4- Número de médicos por 10 mil habitantes segundo regiões e estados Brasil- 2021.

Brasil/Regiões/Estados	N. Médicos*	- Méd. /10mil hab.
Brasil	520.980	24,4
Região Norte	22.610	12,0
Acre	1.017	11,2
Amapá	924	10,5
Amazonas	5.209	12,2
Pará	8.946	10,2
Rondônia	2.909	16,0
Roraima	845	13,4
Tocantins	2.760	17,2
Região Nordeste	94.792	16,4
Alagoas	5.438	16,2
Bahia	23.996	16,0
Ceará	15.880	17,2
Maranhão	6.410	9,0
Paraíba	8.010	19,7
Pernambuco	18.881	19,5
Rio Grande do Norte	6.461	18,1
Sergipe	4.387	18,7
Piauí	5.329	16,2
Região Sudeste	281.385	31,4
Espírito Santo	10.913	26,6
Minas Gerais	56.973	26,6
Rio de Janeiro	65.425	37,5
São Paulo	148.074	31,7
Região Sul	79.789	26,2
Paraná	28.668	24,7
Rio Grande do Sul	33.274	29,0
Santa Catarina	17.847	24,3
Região Centro-Oeste	42.404	25,4
Distrito Federal	14.361	46,5
Goiás	15.150	21,0
Mato Grosso	6,829	19,1
Mato Grosso do Sul	6.064	21,4

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE, 2021a e do CFM, 2021.

* Dados de 26 de outubro de 2021.

Corroborando com Scheffer et al. (2020), a demografia médica no Brasil em 2021, continua a retratar ainda a escassez de médicos no país. Que ainda permanece no patamar de 2,4 médicos por 1.000 habitantes. O ponto de reflexão, é o que representa este parâmetro, para a cobertura e assistência integral da saúde de toda a população brasileira como se preconiza nos princípios do Sistema Único de Saúde? Mesmo considerando que todos os médicos se dirigissem ao trabalho para a atenção básica, este parâmetro e esta disponibilidade de profissionais seriam evidentemente, insuficientes. Além do fato destes profissionais terem, como perfil e ambição desde o início do curso, a especialização. É, com certeza, residual e temporário, o encaminhamento profissional para o trabalho em unidades básicas de saúde. E o perfil da formação médica, tradicionalmente, evidencia-se como especialista, e não como generalista. Apesar dos esforços e recomendações do SUS, e ainda, da histórica tentativa de fixação destes profissionais no interior.

Diferentemente dos médicos, os enfermeiros, tradicionalmente, se graduam na perspectiva mais generalista recebendo uma formação que perpassa por todas as clínicas, de tal forma, que seu ingresso no mercado de trabalho depende sobremaneira da oferta de vagas no sistema de saúde. Mas, diante do crescimento da oferta de enfermeiros, substituindo a anterior escassez neste mesmo mercado, assim como, devido às regulações profissionais, estas vêm dirigindo, já em torno de duas décadas, os enfermeiros para a necessidade da especialização profissional, bem como, a participação na pós-graduação *stricto sensu*.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2021), o Brasil tem hoje (ou em 01 de setembro de 2021), 630.497 enfermeiros, 1.495.139 técnicos, 439.146 auxiliares de enfermagem e 334 obstetrizas, totalizando 2.565.116 milhões de trabalhadores de enfermagem. Destaca-se que as obstetrizas se equivalem às parteiras e não, aos enfermeiros com pós-graduação em obstetrícia. Importante também é registrar que os dados nacionais da enfermagem (Cofen, 2021) incluem profissionais que podem ter até duas inscrições, cada uma em estados diferentes, ou uma inscrição como técnico ou auxiliar e outra como enfermeiro. Desta forma os dados numéricos da enfermagem são acrescidos pelas segundas inscrições, também diferentemente dos médicos, sobre os quais se dispõe, e analisamos separadamente, com base na inscrição principal.

Mas, mesmo assim, se apenas há cinco anos passados, ou em 2016, Vieira (2017) considerando a população brasileira de 206.481.640, e de 457.541 enfermeiros, perfazendo uma relação de 22,0 enfermeiros por 10 mil habitantes, em 2021, o Quadro 5, demonstra o crescimento desta relação no país, para 29,6 enfermeiros por 10 mil habitantes. Por influência do Distrito Federal a região Centro-Oeste passou a ter a maior relação profissional por 10 mil hab., ou de 33,7. E em ordem decrescente, seguida pela região Sudeste com 31,5, da região Nordeste com 29,4, da região Norte com 25,7 e da

região Sul com 24,4 enfermeiros por 10 mil habitantes. Mas destacam-se com as maiores relações, além do Distrito Federal, os estados de Tocantins com 39,5, Paraíba com 37,7, Piauí com 37,0, Amapá com 35,7, Rio de Janeiro com 35,0, São Paulo com 33,1, Sergipe com 32,3 e ainda, o Amazonas com 30,7, Acre e Pernambuco com 30,4 cada um, Rio Grande do Norte com 30,2 e Mato Grosso com 30,1 enfermeiros por 10 mil habitantes. Entretanto, a região Sudeste continua concentrando em 44,7% (282.039) do total de enfermeiros existentes no país (630.497) e os 55,3% (348.458) dos enfermeiros distribuídos nas outras 4 regiões ou em 22 estados e o Distrito Federal.

O Quadro 5 demonstra também, somados os enfermeiros com os técnicos, os auxiliares de enfermagem e as obstetrias (2.565.116), uma relação 120,2 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes no país. A concentração de todos estes profissionais no Brasil (2.565.116) também é de 47,6% na região Sudeste (1.224.008), o que confere a esta região, a maior relação, ou de 137,6 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes, excetuando-se o DF. Em ordem decrescente, a região Centro-Oeste apresenta uma relação de 114,3 próxima da região Norte com 114,2 profissionais por 10 mil hab. a região Nordeste com 106,7 e a região Sul com 105,9 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes. Destacam-se com maiores relações, além do Distrito Federal com 199,4 e em ordem decrescente, os estados: do Rio de Janeiro com 179,4, Amapá com 175,3, Roraima com 148,5 e ainda, São Paulo com 140,3, Tocantins com 128,4, Piauí com 128,0, Amazonas com 127,0, Pernambuco com 126,0 e o Sergipe com 124,3 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes. Esta análise poderia, à primeira vista, configurar a descentralização dos recursos humanos de enfermagem no Brasil, mas é ainda, inequívoca, a concentração destes na região Sudeste (com apenas 4 estados), e ainda, considerando que 52,4% (1.341.108) destes profissionais estão distribuídos nas outras 4 regiões brasileiras, ou em outros 22 estados e o Distrito Federal.

QUADRO 5- Número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem* por 10 mil habitantes segundo regiões e estados. Brasil - 2021.

Brasil/Regiões/Estados	N. Enf. - /10 mil hab.		N. Enf./Téc.Aux.** - /10mil hab.	
Brasil	630.497	29,6	2.565.116	120,2
Região Norte	48.629	25,7	215.922	114,2
Acre	2.756	30,4	8.922	98,4
Amapá	3.132	35,7	15.388	175,3
Amazonas	13.117	30,7	54.207	127,0
Pará	16.253	18,5	87.308	99,5
Rondônia	5.093	28,1	19.761	108,9
Roraima	1.933	29,6	9.694	148,5
Tocantins	6.345	39,5	20.642	128,4
Região Nordeste	169.397	29,4	615.374	106,7
Alagoas	8.784	26,1	32.096	95,4
Bahia	42.412	28,3	147.629	98,5
Ceará	26.392	28,6	88.089	95,3
Maranhão	16.605	23,2	66.514	93,8
Paraíba	15.322	37,7	46.167	114,1
Pernambuco	29.398	30,4	121.623	126,0
Rio Grande do Norte	10.751	30,2	2.171	118,4
Sergipe	7.556	32,3	28.983	124,3
Piauí	12.177	37,0	42.102	128,0
Região Sudeste	282.039	31,5	1.224.008	137,6
Espírito Santo	10.396	25,3	46.345	113,0
Minas Gerais	56.254	26,3	211.594	99,2
Rio de Janeiro	61.133	35,0	313.299	179,4
São Paulo	154.256	33,1	652.770	140,3
Região Sul	74.198	24,4	318.895	105,9
Paraná	29.720	25,6	116.460	100,4
Rio Grande do Sul	27.056	23,6	133.574	116,5
Santa Catarina	17.422	23,7	8.861	94,4
Região Centro-Oeste	56.234	33,7	190.917	114,3
Distrito Federal	18.720	60,5	61.649	199,4
Goiás	18.326	25,4	67.652	94,4
Mato Grosso	10.720	30,1	33.657	94,4
Mato Grosso do Sul	8.468	29,8	27.959	98,5

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE, 2021a e do Cofen, 2021.

*Dados do Cofen de 01/09/2021.

**Contêm 334 obstetrias

Renda Mensal dos Enfermeiros

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, em seu volume do Relatório Final do Brasil (Machado, et al., 2017, p. 479-480), considerando a renda mensal total de todos os empregos e atividades que os enfermeiros exercem, constatou em 2013 que:

...“mesmo com a soma de todas as atividades tem-se 0,6% da equipe (mais de 2 mil profissionais) que percebem menos de 1 SM (à época equivalente 680 reais/2013) por mês. De grande relevância registrar que 32% têm renda mensal total de até 3.000 reais e, 46,1% concentram-se nas faixas salariais de até 4 mil reais”..

...“confirmando a situação já mencionada e analisada de subjornadas de trabalho, subsalários e, conseqüentemente subempregos, a pesquisa encontrou um percentual de 2,5% que declaram ter renda total mensal de até 1.000 reais. Por outro lado, reforça a hipótese de subemprego quando 10,9% encontram-se na faixa salarial de 1.001-2.000 reais, que, junto com as faixas anteriores vai representar 13,4% de todo o contingente.

Fazendo uma retrospectiva nos valores salariais dos enfermeiros nos 4 grandes setores de empregabilidade da enfermagem se tem um quadro que permite dizer que:

Primeiro, há prática de subsalário (igual ou inferior a 1.000 reais) em todos os setores, sendo o público (1,9%); o filantrópico (1,7%); o privado (4,6%) e o ensino (15,2%). E até 2.000 reais tem-se: 15,5% (público); 25,3% (privado); 24,1% (filantrópico) e 32,9% (ensino). Segundo, tanto o público, como o privado e o filantrópico têm como prática remuneratória valores muito baixos para esse contingente o que significa dizer que 37% no público, 49% no privado e 46,5% no filantrópico os enfermeiros têm renda mensal de até 3.000 reais. O ensino apresenta um percentual um pouco mais baixo de 44,9%. No entanto, essa realidade, em geral, configura em clara situação de subemprego, uma vez que está se falando do profissional enfermeiro, que supostamente deveria estar apresentando rendimentos mais elevados”.

Atualmente, ou em novembro de 2021, com um salário mínimo brasileiro de 1.100,00 reais, a situação da remuneração do trabalho dos enfermeiros parece-nos permanecer nestes mesmos patamares. Ou utilizando o Rio de Janeiro como exemplo, um enfermeiro com trabalho ‘acordado’ de 12 horas por 36, ou seja, um plantão de 12 horas para 36 horas de folga, consegue uma remuneração líquida de cerca de 2.000,00 reais, e assim, é comum a duplicação desta jornada, ou de 24 horas por 36, para se conseguir uma remuneração líquida de 4.000,00 reais mensais, ou menos um pouco deste valor considerando os descontos. Portanto, visualizando na Tabela 1 que os percentuais mais

expressivos se encontram entre 2.001,00 a 3.000,00 (18,6%) e de 3.001,00 a 4.000,00 reais (14,1%), pode-se inferir que não houve melhora nos rendimentos dos enfermeiros neste espaço de tempo. Houve sim, acentuação da precarização do mercado de trabalho em saúde, onde os profissionais são ‘amealhados’ para o trabalho, através das Organizações Sociais -OS, sem qualquer garantia trabalhista, sem contrato de trabalho, direitos trabalhistas e férias.

TABELA 1

ENFERMEIROS SEGUNDO RENDA MENSAL TOTAL NAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM - BRASIL		
Renda mensal total	V.Abs.	%
Menos de 680 reais*	2.344	0,6
681 - 1000 reais	7.971	1,9
1001 - 2000 reais	45.374	10,9
2001 - 3000 reais	77.162	18,6
3001 - 4000 reais	58.549	14,1
4001 - 5000 reais	49.206	11,9
5001 - 6000 reais	32.953	7,9
6001 - 7000 reais	24.033	5,8
7001 - 8000 reais	16.119	3,9
8001 - 9000 reais	9.912	2,4
9001 - 10000 reais	7.699	1,9
10.001 - 20.000 reais	8.816	2,1
Mais de 20.000 reais	915	0,2
NR	73.660	17,8
Total	414.712	100,0

Tanto em instituições privadas de saúde, quanto nas públicas, sejam estas últimas, federais, estaduais ou municipais. Pode-se afirmar que as OS estão presentes em todo o país e que representam a maior modalidade de captação e gestão da força de trabalho em saúde no Brasil, utilizando tanto a vinculação através da Consolidação da Leis Trabalhistas -CLT, (o que não impede a alta rotatividade dos contratados) ou a forma de Pessoa Jurídica, como ‘contrato’ de trabalho dos profissionais. Somente os enfermeiros docentes e ou pesquisadores que já haviam entrado no sistema de ensino ou de pesquisa, conseguem após doutoramento e pós-doutoramento, os maiores salários líquidos, em média, de 12.000,00 a 13.000,00 reais mensais através de contratos pelo Regime Jurídico Único -RJU, obrigatório, por enquanto, nas instituições públicas de ensino e pesquisa. As contratações docentes pela CLT são mais frequentes nas instituições privadas de ensino, onde além de remunerar em torno de 6.000,00 reais, acontece também rotatividade de docentes, os quais são utilizados (tendo em vista o seu currículo profissional), para aprovação de abertura de novos programas e cursos, e depois dispensados. Somente na graduação, após 5 anos de estudos, majoritariamente cursada em instituições privadas de ensino, e mesmo sem considerar a formação pós-graduada, podemos afirmar que o Brasil não tem capacidade de absorver de forma atrativa e

decente, a oferta de enfermeiros no SUS.

Em 24 de novembro de 2021, o Senado Federal aprovou o projeto de lei, ou PL 2564/2020 (o qual será ainda avaliado na Câmara dos Deputados) que instituiu o piso salarial nacional dos enfermeiros, ou como remuneração mínima, de 4.750,00 reais mensais, tanto nos serviços públicos, quanto nos privados. Para os técnicos, o piso ficou estipulado em 70% deste valor e para os auxiliares de enfermagem e parteiras, 50%. Já que existe um projeto de lei para o estabelecimento de 30 horas semanais de trabalho para a enfermagem, esta proposta foi retirada da PL 2564 e assim, prossegue como projeto específico.

Migração de enfermeiros

Naturalização Brasileira e Revalidação de Diploma

De acordo com a Lei NO 13.445 de 24 de maio de 2017, existem quatro tipos de naturalização brasileira (Brasil, 2017): Ordinária, Extraordinária, Provisória e a Especial. A Naturalização Ordinária é concedida aos estrangeiros que preenchem os requisitos de -capacidade civil segundo a lei brasileira, -residência permanente de no mínimo de 04 anos, -capacidade de se comunicar em língua portuguesa, -inexistência de condenação penal ou comprovação de reabilitação, nos termos da legislação vigente. A Naturalização Extraordinária, será concedida a pessoas de qualquer nacionalidade que tenha fixado residência em território nacional há mais de 15 anos ininterruptos e sem condenação penal, ou já reabilitada na forma da legislação vigente. A Naturalização Provisória é dirigida aos estrangeiros admitidos no Brasil durante os primeiros 10 anos de vida, estabelecido definitivamente no território nacional e poderá ser requerida pelo seu representante legal. E por sua vez, a Naturalização Especial, é aquela concedida ao cônjuge ou companheiro, há mais de 05 anos, integrante do Serviço Exterior Brasileiro em atividade ou de pessoa a serviço do Estado brasileiro no exterior; ou seja ou tenha, sido empregado em missão diplomática ou em repartição consular do Brasil por mais de 10 anos ininterruptos. E que apresentem os requisitos: -capacidade civil segundo a lei brasileira, -capacidade de se comunicar em língua portuguesa, -inexistência de condenação penal ou comprovação de reabilitação, nos termos da legislação vigente.

Referente à revalidação dos diplomas de graduação no Brasil, as normas são provenientes da Lei N. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 ou das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996) e da Resolução CNE/CES N. 1 de 28 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002). A revalidação do título de graduação é realizada por universidades públicas que têm curso do mesmo nível e área, e o prazo máximo para pronunciamento é de seis meses. O processo de revalidação é instaurado mediante requerimento do interessado, acompanhado de cópia do diploma e documentos referentes à instituição de origem, duração e currículo do curso, conteúdo programático, bibliografia e histórico escolar do

candidato, todos autenticados pela autoridade consular e acompanhados de tradução oficial. Na hipótese de persistirem dúvidas após tentativas de esclarecimentos e comprovações, o candidato será submetido a exames e provas em língua portuguesa, destinados à caracterização da equivalência. Quando a comparação dos títulos e os resultados dos exames e provas demonstrarem o não preenchimento das condições para a revalidação, o candidato deverá realizar estudos complementares na própria universidade ou em outra instituição que ministre curso correspondente.

Após a revalidação do diploma e se o profissional estiver em situação legal no Brasil, ele deverá, para poder exercer atividade profissional, se inscrever obrigatoriamente, em um dos Conselhos Regionais de Enfermagem do Brasil. Entretanto, é importante, previamente, o estrangeiro se familiarizar com as legislações específicas da enfermagem brasileira (disponíveis no site do Cofen), a começar pela Lei do Exercício Profissional (Brasil, 1986).

Acordo de Livre Trânsito de Profissionais

Em 1991, o Tratado de Assunção criou o Mercosul (Mercado Comum do Cone Sul), que definiu como princípios básicos de integração, a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, e entre estes, os trabalhadores. O Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai são Estados-Partes. A Venezuela fez parte somente no período de 2012 a 2016 sendo excluída pelos Estados fundadores, por questões técnicas, políticas e econômicas, assim como o Paraguai em 2012, foi suspenso temporariamente por um período de um ano, por quebra das instituições democráticas previstas no Protocolo de Ushuaia de 24 de julho de 1998. O Mercosul tem ainda como Membros Associados, o Chile, Bolívia, Peru, Colômbia, Equador, Guiana e Suriname, e como Estados-Observadores, o México e a Nova Zelândia, os quais podem assistir as reuniões. Tanto estes últimos, quanto os Associados, não têm a vinculação dos compromissos de integração total do bloco, especialmente da livre circulação de trabalhadores. Mas, passados 30 anos, ou até 2021, esta livre circulação, enfrenta inúmeras dificuldades, entre outras, como a falta de garantias mínimas de direitos, as assimetrias econômicas e sociais, disparidades das legislações trabalhistas, diferenças na formação profissional e divergências na existência/inexistência de profissionais. Apesar dos esforços da retomada do Mercosul em 2003, ainda permanece como óbice, a ausência de uma institucionalidade sólida no bloco para o deslocamento de trabalhadores. Fato que, a exemplo da União Europeia, como analisou Botega (2012), provoca uma fratura social entre os trabalhadores nacionais e os imigrantes. O autor afirmou ainda (Botega, 2012, p.15) que:

...“Longe de garantir o trabalho digno para o migrante, apenas aumenta o grande número de trabalhadores imigrantes precarizados que se somam aos trabalhadores precarizados das economias mais fortes do Mercosul na disputa por trabalhos na maioria das vezes indignos”.

Desta forma, e como já visualizado o 'status quo' do mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, assim como a sua grande capacidade de formação, e a ainda, a oferta de profissionais, esta ponderação se torna altamente apropriada para o caso do livre trânsito de enfermeiros no nosso país. Importante é destacar que até a atualidade, os enfermeiros 'mercosulinos' embora sem necessidade de passaporte para entrada nos Estados-Partes, precisam se submeter para o exercício profissional, como qualquer outro estrangeiro, às regras de revalidação de diploma e inscrição profissional no órgão competente de cada país.

Enfermeiros Imigrantes No Brasil: 2010 A 2019

Apresentamos finalmente, a participação do Brasil como país receptor de enfermeiros estrangeiros, com base nos dados pertencentes e levantados pela Instituição Coparticipante, ou o Conselho Federal de Enfermagem. Os imigrantes, coerente com o conceito de migração profissional, foram selecionados entre o total de enfermeiros, aqueles estrangeiros que migraram para o Brasil já sendo graduados em enfermagem no país de origem. Para o atual relatório, os imigrantes profissionais foram separados por estados e países de origem, no período de 2010 a 2019 (objetivo da Red MigrEn), no Censo dos enfermeiros imigrantes existentes no país.

Pontuamos que a análise de imigrantes deva ser feita exclusivamente na modalidade de Censo para a enfermagem, tendo em vista que a população imigrante, é pequena para o país e assim, não se incorre no erro metodológico de superestimar os dados através de levantamentos amostrais, onde a expansão da amostra eleva exponencialmente a informação quantitativa de imigrantes. Ainda, a forma mais adequada de uma análise de imigrantes profissionais, deve excluir evidentemente, os imigrantes em geral, ou aqueles que nasceram e se graduaram no país de destino. A inclusão destes últimos, superestimam os dados, além de não contemplar teoricamente o tema migração profissional. O estudo de Vieira, et al. (2006), ainda permanece como a única análise brasileira, que além de utilizar o Censo dos imigrantes no Conselho Federal de Enfermagem em 2005, também separou os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem estrangeiros, que migraram como profissionais, daqueles que se formaram no Brasil. Alguns estudos, infelizmente, incaem nestas armadilhas, fazendo análises seja por amostragem, ou por inclusão dos imigrantes em geral e não somente os imigrantes profissionais, como também, utilizando no mesmo estudo, as duas formas metodológicas. Estas considerações não se enquadram no purismo acadêmico, mas sim na busca da assertividade de análise de um fenômeno que preocupa o mundo, ou a migração de recursos humanos qualificados (incluindo variados profissionais de diferentes áreas do conhecimento), principalmente considerando que esta pode significar perda substantiva para os países de origem.

A exemplo, em 2005 o Censo de imigrantes de enfermagem no Brasil segundo Vieira, et al. (2006), foi de 513 pessoas, mas, 342 (66,7%) eram imigrantes que se formaram no Brasil. Portanto, apenas 171

(33,3%) eram imigrantes profissionais, ou 92 enfermeiros (entre o total de 113.801 enfermeiros no país), 30 técnicos, e 49 auxiliares de enfermagem.

Desta forma, o Censo dos enfermeiros imigrantes no Brasil desde da década de 1970 até 2021 (mais precisamente desde 1973 com a criação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais), demonstra um total de 176 enfermeiros imigrantes (Cofen, 2021a). Em 16 anos, ou de 2005 a 2021, o crescimento foi de 91,3% da população de enfermeiros imigrantes.

Mas, no período de 2010 a 2019 (correspondendo a 42,0% do Censo nacional de enfermeiros imigrantes), destacamos o total de 74 imigrantes (Quadro 6). Coerentemente com o estudo de 2005, os imigrantes guardam as mesmas características em relação aos seus destinos no território brasileiro. A região Norte permanece como de primeira preferência de destino devido a participação do estado do Amazonas, seguida da região Sudeste dada a participação dos imigrantes no estado de São Paulo. Estes, somados representam 56,8% ou 42 enfermeiros entre o total de 74 imigrantes. Os 32 enfermeiros restantes, ou 43,2%, estão diluídos nos estados brasileiros (Quadro 6). O Ceará e Minas Gerais com 5 imigrantes cada, Santa Catarina e Acre com 4 cada um, Goiás e Rio Grande do Sul com 3 em cada estado, Roraima e Tocantins com 2 imigrantes em cada estado e finalmente, 1 imigrante nos estados do Amapá, Maranhão, Espírito Santo e o Distrito Federal.

QUADRO 6- Número de enfermeiros imigrantes segundo regiões e estados. Brasil: 2010 a 2019.

Brasil/Regiões/Estados	N. de imigrantes - %	
Brasil	74	100,0
Região Norte	33	44,6
Acre	4	5,4
Amapá	1	1,3
Amazonas	24	32,5
Roraima	2	2,7
Tocantins	2	2,7
Região Nordeste	6	8,1
Ceará	5	6,8
Maranhão	1	1,3
Região Sudeste	24	32,4
Espírito Santo	1	1,3

Minas Gerais	5	6,8
São Paulo	18	24,3
Região Sul	7	9,5
Rio Grande do Sul	3	4,1
Santa Catarina	4	5,4
Região Centro-Oeste	4	5,4
Distrito Federal	1	1,3
Goiás	3	4,1

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Cofen, 2021a.

Visualizando a Tabela 2, e em concordância com 2005, os enfermeiros peruanos estabeleceram historicamente, ou em um período de 16 anos, um fluxo migratório contínuo para o Brasil. As grandes características da migração profissional no país, se reduzem, portanto, além da pequena participação na recepção e atração de profissionais enfermeiros estrangeiros, a manutenção da mobilidade dos peruanos para o Brasil. Os outros países de origem dos imigrantes são residuais, não caracterizando qualquer movimento migratório significativo, e sim, a mobilidade por motivos individuais e ou familiares, para o exercício profissional no Brasil.

TABELA 2

PAÍSES DE ORIGEM DOS ENFERMEIROS IMIGRANTES. BRASIL: 2010 a 2019		
Países	N.	%
Peru	40	54,1
Portugal	9	12,2
Bolívia	5	6,8
Venezuela	3	4,1
Cuba	3	4,1
França	3	4,1
Uruguai	2	2,7
Colômbia	2	2,7
Líbano	2	2,7
Filipinas	1	1,3
EUA	1	1,3
Espanha	1	1,3
Inglaterra	1	1,3
Índia	1	1,3
Total	74	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Cofen, 2021a

O Quadro 7 demonstra que são os enfermeiros peruanos que configuram a distribuição espacial dos imigrantes no país. Além de estarem presentes em todos os estados que receberam imigrantes, com exceção do estado do Espírito Santo, tem uma maior evidência participativa no Amazonas com um total de 22 ou 55,0% dos enfermeiros do Peru. Os 18 peruanos restantes, se alocaram mais em São Paulo (9) e em Minas Gerais (3), e os demais, 1 em cada estado, exceto no Espírito Santo. Os 9 portugueses se dirigiram preferencialmente para o Ceará (5), e o restante, para São Paulo (2), Espírito Santo (1) e Santa Catarina (1). Entre os 5 bolivianos, 3 se fixaram em São Paulo e 2 no Acre. Interessante é observar, que nem mesmo a crise social e econômica da Venezuela, vizinha e fronteira com o estado de Roraima, foi motivação de mobilidade profissional para o Brasil. O Brasil não atrai também os enfermeiros dos países participantes do Mercosul (Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai), evidenciado pela existência de apenas 2 enfermeiros do Uruguai em Santa Catarina.

A imigração da enfermagem peruana para a região do Alto Solimões no estado do Amazonas vem ocorrendo em decorrência da existência de um espaço social de mobilidade humana e principalmente, de encontro de culturas muito similares dos povos da Amazônia, haja vista ser a fronteira um espaço territorial e cultural e de empregabilidade pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Secretarias Municipais de Saúde e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas -DSEI's que, em fluxo contínuo contratam instituições missionárias e Organizações Sociais -OS de saúde para prestação de serviços no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena -SASI, em municípios distantes da capital e de baixo IDHM, nos quais os enfermeiros brasileiros ou amazonenses, não querem trabalhar.

QUADRO 7- enfermeiros imigrantes por regiões e estados segundo países de origem. Brasil: 2010 a 2019.

Brasil/Regiões/Estados	Países de origem / N. de Imigrantes	
Brasil	74	
Região Norte	33	
Acre	Peru	1
	Bolívia	2
	Cuba	1
Amapá	Peru	1
Amazonas	Peru	22
	EUA	1
	Índia	1
Roraima	Peru	1
	Venezuela	1

Tocantins	Cuba	1
	Peru	1
Região Nordeste		6
Ceará	Portugal	5
Maranhão	Peru	1
Região Sudeste		24
Espírito Santo	Portugal	1
Minas Gerais	Peru	3
	Venezuela	1
	França	1
São Paulo	Peru	6
	Bolívia	3
	Colômbia	2
	Portugal	2
	França	2
	Venezuela	1
	Cuba	1
	Filipinas	1
Região Sul		7
Rio Grande do Sul	Peru	1
	Espanha	1
	Inglaterra	1
Santa Catarina	Peru	1
	Uruguai	2
	Portugal	1
Região Centro-Oeste		4
Distrito Federal	Peru	1
Goiás	Peru	1
	Líbano	2

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Cofen, 2021a.

Considerações Finais

Como lacuna de conhecimento, apontamos a movimentação atualizada dos enfermeiros brasileiros como emigrantes, para o qual, esperamos os resultados dos estudos dos países participantes desta investigação, em particular, dos mais desenvolvidos e extrarregionais, para onde, pressupomos, que mesmo sendo temporária, haja uma maior emigração de enfermeiros brasileiros em relação às décadas anteriores, na aspiração à mobilidade social ascendente.

Com uma oferta média anual de mais de 30.000 graduados a partir da segunda metade dos anos

2000 e de 40.000 enfermeiros anuais nos últimos 4 anos, é de se esperar, tendo em vista o mercado de trabalho em saúde altamente precarizado, que parte destes profissionais, conforme apontado, esteja desempregada, subempregada, ou até ainda, não se inscreveu nos Conselhos Regionais. E assim, a incapacidade de absorção dos enfermeiros brasileiros no país, pode estar se transformando em potencialidade emigratória. Impulsionada ainda mais pelo crescimento da força de trabalho de enfermagem no Brasil ou de 2.565.116 milhões de profissionais em 2021 (630.497 enfermeiros, 1.495.139 técnicos, 439.146 auxiliares de enfermagem e 334 obstetrizas), a qual, além de não ser potencialmente absorvida, encontra-se à mercê de aviltantes salários, de trabalhos de longas jornadas, e de desvinculação trabalhista legal.

Evidentemente que os enfermeiros estrangeiros visualizam este contexto da enfermagem brasileira. Mesmo que economicamente o Brasil atue como subcêntrico na América do Sul, as condições sociais são fatores de expulsão, ou de não atração de imigrantes, sequer de imigrantes intrarregionais, menos ainda, daqueles extrarregionais. Como verificado, o país tem escassa participação no movimento imigratório de enfermeiros. Se em 2005 existiam 92 imigrantes, em 2021 passou a receber 176 enfermeiros (74 no período 2010 a 2019). Este movimento imigratório não constitui nenhum formato característico de migração, seja de agrupamentos/reagrupamentos, de fluxos ou de correntes. Apresenta sim, a utilização de mão de obra peruana no interior amazonense e a característica de migração de caráter de decisão individual e ou familiar, de escassos profissionais de diversas origens, diluídos em quase todo o país. Portanto, pode-se concluir que os imigrantes não impactam, tanto na força de trabalho da enfermagem, quanto nos RHS, e que, já historicamente, o Brasil não se apresenta como um país de destino atraente para a migração de enfermeiros.

Referências

Botega, L.R. Os dilemas da livre circulação de trabalhadores no Mercosul. Revista Latino-Americana de História; v.1, n. 3, março 2012. Disponível em: [Dialnet-OsDilemasDaLivreCirculaçãoDetrabalhadoreNoMercosul](#) Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei No 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em: 06 de nov. 2021.

BRASIL. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. LEI No 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf Acesso em: 06 de out. 2021.

BRASIL. 2001. RESOLUÇÃO CNE/CES No 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curricu-

lares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: DOU; 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. 2002. RESOLUÇÃO CNE/CES No 1 de 28 de janeiro de 2002. Estabelece normas para a revalidação de diplomas de graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CESO12002.pdf> Acesso em: 06 nov. 2021.

BRASIL. 2009. RESOLUÇÃO CNE/CES No 4, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre a carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília: DOU; 7 de abril de 2009. Seção 1, p. 27.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei No 8.880, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DOU; 20 de setembro de 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei No 13.445 de 24 de Maio de 2017. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm Acesso em: 06 de nov. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretarias Estaduais de Saúde. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 05 set.2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. Brasília: Ministério da Saúde; 2021a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. 2021b. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel Coronavírus. 2021c. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 05 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem em números. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 30 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Setor de Inscrição, Registro e Cadastro. 2021a.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Número de médicos com inscrições principais por regiões e estados brasileiros em 26/10/2021. Disponível em: portal.cfm.org.br Acesso em: 26 out. 2021.

DARKWA, E.K., NEWMAN, M.S., KAWKAB, M. et al. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. BMC Health Serv Res; 15, p. 344, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Inventário de Óbitos de Profissionais de Saúde por Covid-19 no Bra-

sil. Relatório de Pesquisa. 2021. IN: Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020-2021.

GOOGLE. 2021. Mapa do Brasil. Disponível em: [google.com/search?q=países+da+europa+que+cabem+no+Brasil](https://www.google.com/search?q=países+da+europa+que+cabem+no+Brasil). Acesso em: 14 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse Estatística da Educação Superior 2019. Disponível em: inep.gov.br/web/quest/educacao-superior. Acesso em: 11 mai. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS -PNAD CONTÍNUA. Características gerais dos domicílios e moradores 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: em 2019, proporção de pobres caiu para 24,7% e extrema pobreza se mantém em 6,5% da população. 2020a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29431-sintese-de-indicadores-sociais-em-2019-proporcao-de-pobres-cai-para-24-7-e-extrema-pobreza-se-mantem-em-6-5-da-populacao>. Acesso em: 28 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf> Acesso em: 02 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas preliminares. 2021a. Disponível em: ibge.gov.br/apps/populacao/projecao Acesso em: 26 ag. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil em Síntese. Divisão Política. 2021b. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/divisao-politica.html> Acesso em: 26 ago. 2021.

LOPES NETO, D. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 6, p. 627-634, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600003> Acesso em: 24 out. 2021.

MACHADO, M. H. et al. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Cofen; 2016.

MACHADO, M. H. et al. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório Final. Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Nerhus/Daps/Ensp; p.479-480, 2017.

Machado, m.h; ximenes neto, f.r.g. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: Trinta

Anos de Avanços e Desafios. Cien. Saúde Colet; abr. 2018. Disponível em: <http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/gestao-da-educacao-e-do-trabalho-em-saude-no-sus-trinta-anos-de-avancos-e-desafios/16706>. Acesso em: 06 set. 2021.

Malvárez, s. M.; famer, r.c.; cometo, m.c.; gomes, P.F. Série 55: Notas preliminares sobre migración y escasez de enfermeiras em América Latina. 2008.

Malvárez, s. M. et al. La migración de enfermeras em América Latina. Série Recursos Humanos para a Salud. OPS, Washington, DC, n. 60, p. 9-32, ago. 2011.

Medina, J. Clima: Conheça os 6 predominantes no Brasil. Disponível em: agropos.com.br/clima. Acesso em: 15 set. 2021.

Nunez, m. Et al. Política andina de planificación y gestión de recursos humanos em salud. 2015.

Observatório das migrações internacionais. Resumo Executivo. Relatório Anual 2020. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br> Acesso em: 13 set. 2021.

Organización panamericana de la salud. Migración de Enfermeras em América Latina: área América Central, México y el Caribe Latino. OPS; 2011.

Organização pan americana de saúde. Organização mundial de saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. OPAS/OMS, 2018. Disponível em: apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CCP29.R15_port.pdf Acesso em: 20 out. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN. MUNDIAL DE LA SALUD. Orientación estratégica para enfermeira em la región de las Américas. Washington DC; 2019. 62 p.

Scheffer, m. Et al., demografia médica no brasil 2020. São paulo: fmusp, cfm; 2020. 312 p.

Vieira, a.l.s.; garcia, c.l.l.m.; silva, c.a. imigrantes no brasil: o caso da enfermagem. Temas em saúde, 6 (7), p. 11-20, 2006.

Vieira, a.l.s. formação de enfermeiros no brasil: de 1995 a 2015. Revista de enfermagem da uff, v. 3, p. 95-104, 2017.

Vieira, a.l.s.; moysés, n.m.n. trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. Saúde em debate, v. 41, p. 401-414, 2017.

Canada

Anisha Rao

Introduction

Canada has a global reputation of being a country of immigrants due to its welcoming attitude and ample opportunities for migrants when they arrive in the country (Bérard-Chagnon, 2018). National and global circumstances often influence the number of immigrants to Canada and emigrants from Canada throughout time, such as political conflicts, public health issues, and policy reforms. However, there is a consistent increase in the number of migrants to Canada annually (Canadian Megatrends, 2016). Immigrants to Canada can become permanent residents or Canadian citizens (Statistics Canada, 2019). Canada's Immigration and Refugee Protection Act (IRPA) outlines the four legal categories of admission into Canada, which include the economic class, the family class, the protected persons class, and other or special circumstances (Government of Canada (GoC), 2001). In general, the economic class contributes the most significant proportion of immigrants to Canada annually, followed by the family class. For instance, in 2018, 58% of all immigrants to Canada migrated under the economic class, while 27% arrived under the family class, 4% under the protected persons class, and one percent under the other category (Cheatham, 2020).

Nurses from Latin America often migrate to English-speaking countries, like Canada and the United States of America (USA), for improved and secure job opportunities outside of their countries of residence or training. There is an increasing global nursing shortage, and Latin America is largely experiencing this brain drain due to the emigration of their nurses in necessitous regions. There is a need for more nurses to be trained and to practice in Latin America to mitigate the shortage of nurses in urban and rural settings, yet they are still emigrating. Greater than 40% of Caribbean nursing positions are available in English-speaking regions due to the migration of these nurses to new countries (Jacobson, 2015). To explore the patterns, reasons, and magnitude associated with the international migration of nurses from Latin America to Canada, this report will address these research questions:

1. What is the number of nurses trained in Latin America who emigrated from their country of residence to work in Canada between 2010 and 2019?
2. What are the characteristics of the international migration of nurses from Latin America to Canada from 2010-2019?

This report will provide a brief demographic and socio-sanitary profile on Canada and discuss general Canadian migration patterns, information on the Canadian healthcare system, nursing supply in Canada, the international migration of nurses to Canada, especially from Latin America, current migration policies and recommendations. Refer to Appendix A for further information on the demographic context and socio-sanitary profile of Canada.

Methodology

This integrative review report followed a descriptive and longitudinal study design utilizing the Cochrane guidelines, compiled with secondary data from both peer-reviewed materials and grey literature. Information on nurses in Canada, migration of nurses to Canada, the migration of Latin nurses to Canada, and Latin American nurses, in general, is found in various repositories, including health and social science databases or platforms and multiple grey literature sources. North American and South American repositories used include CINAHL, the Cochrane Library, PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, EBSCO, SAGE, SCIELO, LILACS, PAHO HRH Observatory, PAHO IRIS, PAHO VHL, BIREME, BIGG, BRISA, ORRH, and PIE. Examples of grey literature sources include the Canadian Government (and its subsidiary organizations like Statistics Canada and Health Canada), Canadian and international research institutes or think tanks like the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and the Wilson Center, international or multilateral organizations like the United Nations (UN), the World Health Organization (WHO), the Pan-American Health Organization (PAHO), the Inter-American Development Bank, the World Bank, the OECD, and the Organization of American States (OAS). In addition, North American nursing colleges and universities, such as the University of Toronto and McGill University, Canadian nursing organizations like the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) and the Canadian Nurses Association (CNA), and Canadian nursing regulatory bodies like the College of Nurses of Ontario (CNO). The inclusion criteria for this report were the information on the migration of nurses to Canada between January 1, 2010 and December 31, 2019, and studies, databases, and reports in English only.

Results.

Demographic Context and Socio-Sanitary Profile: Canada

Canada is the second-largest country in the world, with a total area of 9,984,670 km² (Statistics Canada, 2018). Canada has 13 political divisions: the 10 provinces and the three territories (GoC, 2012-b). There are three levels of Government in Canada, the federal level, the provincial or territorial level, and the municipal level. Each province and territory is responsible for governing specific sectors that directly impact their residents, such as healthcare and education. At the same time, the federal level makes decisions that affect the country as a whole, for instance, travel, immigration, and national defence (Parliament of Canada (PoC), n.d.-c; GoC, 2021-b; PoC, n.d.-a). Canada has a strong economy and is considered a high-income, developed country in the Global North (World Bank, 2018; Odeh, 2010; United Nations, 2014). Canada's gross domestic product (GDP) in 2019 was more than USD 1.736 billion (World Bank, 2019-a). In 2019, Canada's poverty rate was 10.1%, with the majority of impoverished individuals living in big cities like Toronto, Vancouver and Windsor (Statistics Canada, 2021-a; Canadian Poverty Institute (CPI), 2018). Additionally, 25% of Canada's Indigenous population

lives in poverty, and greater than one-third of single-parent families or immigrants live in poverty (Citizens for Public Justice, 2015; CPI, 2018). Canada is in the top 10 countries globally with the largest economies and is a part of the G8 countries. Canada's economy strongly relies on the trading of commodities and services, therefore natural resources, manufacturing, and service industries, to maintain the country's GDP (GoC, 2012-a). In 2020, the Canada-United States-Mexico Agreement was created to improve international trade relations between the three nations (GoC, 2021-a). Refer to Appendix A for further information outlining Canada's demographic and socio-sanitary profile.

Canadian Migration Patterns

The Canadian population has been increasing each year. A large contributor to this population growth is the immigration of people around the world to Canada. At the start of 2010, the population of Canada was approximately 34 million people, and at the end of 2019, the population was about 37.8 million people (Statistics Canada, 2021-d; World Bank, 2019-d). Between 2010 and 2019, approximately 2.8 million people immigrated to Canada and have claimed permanent residence status, with most immigrants arriving from China, the US, the UK, Pakistan, India, South Korea, the Philippines, Iran, Syria, and France (Varrella, 2021; Statistics Canada, 2015; Martel & D'Aoust, 2016). In 2010, approximately 16.8 million of these individuals in Canada were men, while 17.1 million were women, compared to 18.6 million men and 18.9 million women residing in Canada in 2019 (Statistics Canada, 2021-c; World Bank, 2019-b; World Bank, 2019-c). The number of immigrants arriving in Canada has been changing and typically increasing between 2010 and 2019, with migrants coming from various origin countries internationally. Refer to Appendix B for specific values and details regarding the number of immigrants and the top countries of origin for 2010 to 2019. However, many people emigrate from Canada for numerous reasons, such as employment, improved wages, climate, etc. Rates of emigration are complicated to monitor and record in Canada, and the data fluctuates between sources. Additionally, historically certain demographic groups in Canada are more inclined to emigrate, such as young adults, recent immigrants, skilled workers, or educated people, contributing to brain drain (Bérard-Chagnon, 2018).

Healthcare in Canada

Canada has a universal healthcare system for all permanent residents or citizens of the country, where almost all healthcare services are provided free of charge to taxpayers (Martin et al., 2018). As healthcare is a provincial responsibility, each province or territory has their own health insurance plan for its residents (GoC, 2021-b). Each province must follow the Federal Government's Canada Health Act to ensure all health insurance plans meet a certain standard (GoC, 2019-a). All emergency healthcare services will be provided for free, even to non-citizens or immigrants without a provincial health card. In addition, refugees and migrants under the protected persons class may be eligible for temporary health insurance through the Interim Federal Health Program (GoC, 2021-c).

Nursing Supply in Canada

There are three main types of regulated nurses in Canada, registered nurses (RNs), licensed or registered practical nurses (LPNs), and registered psychiatric nurses (RPNs). RNs provide support and direct patient care in healthcare settings, making up approximately 75% of all regulated Canadian healthcare workers (CIHI, 2019; Malvik, 2020). LPNs provide support and care but are directed by other medical professionals, like physicians or RNs. RPNs provide support and counselling services to people residing in or receiving care from hospitals or clinics (CIHI, 2019). Nursing is regulated between each Canadian province and territory; therefore, there is no federal program to become a regulated nurse in Canada (NNAS, 2021).

There were 91,375 physicians in Canada in 2019, thus 24 physicians per 10,000 people (CIHI, 2020-b). There were 439,975 regulated nurses in Canada in 2019, therefore 117 nurses per 10,000 people. Within this total supply of nurses, 300,669 were RNs, 127,097 were LPNs, 6,159 were nurse practitioners, and 6,050 were RPNs (CIHI, 2020-a). There were 137 nursing schools in Canada as of 2018 that offered entry-to-practice (ETP) pre-licensure programs to become an RN. Every province or territory, except for the Yukon, offers an ETP baccalaureate program. There are at least 46 fast-track ETP programs in Canada where students can gain their nursing degree in less than four years. More than half of the nursing programs in Canada offer distance education in full or in part for their students (CASN, 2019). Each province or territory has a specified regulatory body responsible for regulating the practice of RNs. These organizations are the British Columbia College of Nursing Professionals and Midwives, the College and Association of RNs of Alberta, the Saskatchewan RNs Association, the College of RNs of Manitoba, the CNO, the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, the Nurses Association of New Brunswick, the Nova Scotia College of Nursing, the College of RNs of Prince Edward Island, the College of RNs of Newfoundland and Labrador, the RNs Association of the Northwest Territories and Nunavut, and the Yukon RNs Association (CNA, 2021-c).

Migration of Latin American and International Nurses to Canada

Canada is experiencing a nursing shortage (IOM, 2011; Boamah et al., 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2019). However, in Canada, more nursing positions are being filled by nationally- and internationally trained nurses and more jobs are being created in specific regions (CIHI, 2020-a). In 2018, 36,189 internationally educated nurses were regulated to practice within Canada, and this value in 2019 was 37,370; therefore, making up 8.9% of Canada's regulated nursing supply (CIHI, 2020-a; CIHI, 2019; RNAO, 2020). Of the 439,975 regulated nurses in Canada in 2019, only 396,085 of this supply was employed in the country (CIHI, 2020-a). In 2015 and 2016, five percent of the adult immigrant population worked in healthcare settings. Of this population, 13% were from the Caribbean and Bermuda, 12% were from Western Africa, 12% were from Central Africa, eight percent were from Eastern Africa,

and 10% were from Southeast Asia. The Philippines was the country with the greatest overall number of migrant nurses in Canada in 2015 and 2016 (CIHI, 2020-a; Cornelissen, 2021).

Nurses in Canada are consistently being paid higher wages or salaries than other professions, yet there is still a shortage of nurses in the country. Many believe this to be because the salaries nurses receive are not competitive or fair based on the work associated with the role or the growing need for this occupation everywhere (Hirsch & Schumacher, 2012; Kinder, 2020). On average, RNs in Canada make approximately CAD 35 an hour, while LPNs earn approximately CAD 26 an hour (Pay Scale, 2021). Moreover, many Canadian nurses or nurses trained in Canada choose to migrate to the United States or other countries to find better roles in their field. These moves can be permanent but are more often temporary to allow nurses to gain experience before returning to Canada (Freeman et al., 2015; Squires & Beltran-Sanchez, 2013).

There are three main types of regulated nurses in Canada: RNs, LPNs, and RPNs. Each of these professions has different requirements necessary to work in the role and it is a very competitive process. For instance, it is mandatory to complete a four-year bachelor's degree, write the Canadian RN Examination, and register with the College of Nurses of Ontario to practise as an RN in the province of Ontario (CNA, 2021-b; NNAS, 2021; CNA, 2021-a; CNO, 2020; RN Careers & RNAO, 2018). The process associated with becoming a regulated nurse in Canada if internationally-trained or internationally-born slightly varies as immigrant nurses must complete an application for their destination province or territory, write the Canadian RN Examination, register with their province's Nursing College, while also provide proof of permanent residency or citizenship, a bachelor's degree, clinical experience, and English proficiency (Foreign Worker Canada (FWC), 2021; Health Force Ontario, 2017; CNO, 2016).

Under Canada's IRPA, any migrant must be classified under either the economic class, family class, protected persons class, or other/special circumstances (GoC, 2001). In 2018, the economic class made up 58% of Canada's immigrant population, while the family class contributed 27%, the protected persons class contributed 14%, and the other category contributed only one percent (Cheatham, 2020). Brain drain is increasing globally, especially in conflict-stricken nations like Venezuela, as greater numbers of highly educated and qualified professionals choose to emigrate from their homes and immigrate to developed countries for better opportunities (Blanchfield, 2019; Baumann et al., 2004).

Although Canada receives many immigrants, many Canadians choose to emigrate for various reasons. Due to many changes in the Canadian healthcare system, many nurses seek out international employment. The US receives the most significant number of Canadian nurses. Unfortunately, Ca-

nada faces difficulty recruiting nurses and filling current gaps within this industry due to its inactive international recruiting procedures (Little, 2007).

There is an underrepresentation of migrant healthcare workers from Latin America worldwide, especially when compared to a region like Asia. Approximately 17% of the Latin American nursing population migrates, compared to Asia's 41%, North America, Europe and Oceania's 14%, and Africa's 10% (WHO, 2014). 16% of all nurses working in the OECD countries were born internationally, and seven percent were trained internationally. In Canada in 2017/2018 specifically, 8.1% of the nursing population was trained internationally, and 24.4% was born internationally (Scarpetta et al., 2020). Many global healthcare support roles, such as health aides and dental assistants, migrate from the Caribbean and Latin America, with 34% and 40%, respectively (WHO, 2014).

Intra-regional migration within Latin America is quite popular, especially as residents of this region often choose Chile or Argentina to be their final destination. However, international destinations such as Spain, Canada, and the US are also quite popular destinations for Latin Americans to immigrate to. Thus, since 1960, Latin America has been experiencing more emigrations than immigrations, which impacts the region's economy. Additionally, due to the Great Recession, in 2008 and 2009, many Latin American men and women chose to migrate to North America, particularly Canada, for stable employment opportunities. Interestingly, in 2009, Canada and the US accepted 3,184,600 immigrants within their countries, compared to the 460,290 immigrants admitted into Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Mexico, and Uruguay. Between Canada and the US, Canada welcomes approximately 20 immigrants per 1000 Canadians, compared to eight immigrants per 1000 Americans. Since 2011, more than 700,000 Latin Americans live in Canada, contributing more than 11% of the Canadian population (OAS, 2011). Most Latin American nurses that migrate to Canada fall under either the economic class or the family class. Those who migrate under the family class may have more difficulty finding employment within nursing (FWC, 2021).

Migration Policies, Programs, and Regulations

Canada and the Latin countries have and follow various national and international policies, programs, and regulations that discuss the migration of nurses and migration in general. Canada has immigration policies that permit the mobility of skilled workers, like nurses, to enhance the Canadian economy and fill current employment gaps, such as the 2002 IRPA (Hanson & McIntosh, 2010; ECLAC, 2011). In addition, international migration policies adopted by various governments can either motivate or deter immigration and emigration practices due to the simplicity or difficulty of the policies (Hanson & McIntosh, 2010). A 2019 survey of 111 countries demonstrated that most countries applied immigration policies to boost migration rates compared to three percent of those countries

using policies to lower migration rates (UN-DESA-PD, 2019). Furthermore, Canada supports the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (The Code); however, it has been amended to abide by Canada's federal laws stipulating the provinces and territories are responsible for healthcare, health systems, and the employment of health personnel (GoC, 2010).

The Canada-US Safe Third Country Agreement adopted in 2004, which permits asylum-seekers not permitted entrance into Canada to return to the US, is frequently used by Latin Americans immigrating to Canada due to political instability (Anzueto, 2018; Lorenzo et al., 2007). Yet, the current American immigration policies do not provide the most secure safe haven arrangements for migrants and their human rights (Anzueto, 2018). Health Canada implemented the Office of Nursing Policy in 1999 to ensure the proper integration of migrant nurses, including their voices and skills, into Canadian healthcare systems to improve national health conditions (Health Canada, 2006). Moreover, Canada works with the United Nations Refugee Agency (UNRA) through the Urgent Protection Program to ensure that any emergency humanitarian protection requests for resettlement cases are sent to the Canadian Government (UNRA, 2018). The Internationally Educated Health Professionals Initiative, which the Canadian Government funds, provides funding to national and provincial programs encouraging the integration of migrant health workers into Canada and the Canadian healthcare system (Covell et al., 2017). Moreover, numerous community programs and supports assist Latin nursing migrants with their transition to Canada, such as the Creating Access to Regulated Employment for Nurses (CARE) program. CARE helps nurses gain registration in Ontario.

Discussion

Many nurses are migrating from their countries of residence to Canada for new opportunities in their field. Although most nurses are migrating to Canada from Southeast Asia, specifically the Philippines, approximately 13% of the migrant nurse population in 2015 and 2016 originated from Latin America and the Caribbean, therefore almost 2000 people (Cornelissen, 2021). Unfortunately, the migration of Latin American nurses to Canada, specifically between 2010 and 2019, is complicated to track. This is because Canada is not a primary destination for Latin migrants, often because of the language barrier, thus preventing more data to answer the research questions (Statistics Canada, 2007). Likewise, the available reports and sources with information on this topic are difficult to find, in either Spanish or English. In addition, Latin American healthcare workers migrating internationally is an underrepresented population compared to migrant healthcare workers from Asia or Africa; thus, there is less data on the magnitude and migratory patterns of Latin nurses migrating to all countries, let alone Canada (WHO, 2014).

Many foreign nurses are immigrating to Canada to fill the current gaps being experienced within the

Canadian healthcare system due to the global shortage of nurses. There is an excess supply of nurses in Canada but lesser demand due to Canadian nurses not wanting to work in the available roles within the nation (Kline, 2004). International nurses tend to migrate to Canada due to push factors from their countries of residence, like violence, poor wages, and political instability, and pull factors from Canada, like secure employment, improved pay, safer working environments and conditions, and health insurance (OAS, 2011; National Immigration Forum, 2019). In addition, more female nurses are migrating from Latin America to Canada for work to support themselves and their families financially. Women are typically more lenient and accepting of working in worse conditions than men; thus, they often work in caretaking roles, like nurses, nursing aides, personal support workers, or housekeeping (OAS, 2011; Carpio & Santiago Bench, 2015). Therefore, many prominent characteristics highlight the international migration of nurses from Latin America to Canada throughout time, but specifically between 2010 to 2019.

Conclusion and Recommendations

The migration of nurses from Latin America to Canada will continue to occur in the future, regardless of the global nursing shortage and its global impacts. Yet, it is difficult to monitor the number of nurses that migrate to Canada, from Latin America or other global regions, due to most nurses migrating under the family class. This is often due to the language barriers associated with finding stable employment in Canada and because Canada does not actively recruit healthcare workers. Although the magnitude of Latin American nurses migrating and the reasons for migrating fluctuates, these rates and motives tend to be consistent. This is especially the case due to fewer nurses migrating from the Latin region compared to other world regions, like Asia or Africa. Canada is not a popular country for Latin migrants, compared to southern USA, due to fewer Spanish-speaking communities and employment opportunities. To mitigate the global nursing shortage, Canada enacts policies that motivate the immigration of foreign health workers to fill in the systemic gaps experienced nationally. This perpetuates brain drain in developing countries, but healthcare workers will continue to migrate to experience better and more secure employment opportunities. Even though Canada does not actively recruit international nurses to fill nursing gaps in the healthcare system, people will always be willing to migrate from their home countries for various reasons.

The Canadian Government should continually evaluate the current policies in place surrounding migration and the support of healthcare workers, specifically international nurses. In turn, this can reduce the brain drain of foreign nurses and encourage Canadian-trained nurses to take on Canadian nursing roles. Additionally, more research should be conducted to examine regional migratory patterns of Latin American populations to Canada. The databases where information is found should be improved for more availability, clarity, and visibility regarding the international migration of Latin

Americans, including nursing populations, to Canada. The nursing regulatory bodies within Canada should provide details and statistics about nurse migration; however, knowing the origin countries of these migrant nurses will not be possible due to Canada's privacy laws. This will continue to make it harder to find recorded data on the number of nurses migrating from Latin America to Canada.

Canada is a prosperous nation with many available opportunities; it is imperative for Canada to improve immigration and employment policies and programs actively, especially for migrants, to ensure that the country can handle the addition of more workers looking to lift themselves from their current conditions and, in turn, lift Canada's economy. Significant changes to current health policies that will improve global nursing practices that should be made include greater access to education programs, improving English-as-a-second-language programs, and standardizing transcripts to be accepted in all countries.

References

Anzueto, M.A. (2018). Canada's approach toward Central American migrants. *Policy Options*.

<https://policyoptions.irpp.org/magazines/august-2018/canadas-approach-toward-central-american-migrants/>

Baumann, A., Blythe, J., Kolotylo, C., & Underwood, J. (2004). Immigration and emigration trends: A Canadian perspective. Ottawa: The Nursing Sector Study Corporation. https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/immigration_emigration_trends_e.pdf

Bérard-Chagnon, J. (2018). Measuring emigration in Canada: Review of available data sources and methods. *Statistics Canada: Demographic Documents*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91f0015m/91f0015m2018001-eng.htm>

Blanchfield, M. (2019). Exodus of Venezuelan refugees poses challenges for next Trudeau. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-ripples-from-venezuelas-decline-poses-challenges-for-new-liberal/>

Boamah, S. A., Callen, M., & Cruz, E. (2021). Nursing faculty shortage in Canada: A scoping review of contributing factors. *Nursing Outlook*. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>

Canadian Association of Public Schools – International (CAPS-I) (2021). Education in Canada. CAPS-I. <https://caps-i.ca/education-in-canada/>

Canadian Association of Schools of Nursing (CASN) (2019). Registered nurses education in Canada statistics, 2017-2018 – Registered nurse workforce, Canadian production: Potential new supply. *Statistics*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2019/12/2017-2018-EN-SFS-DRAFT-REPORT-for-web.pdf>

Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2019). Nursing in Canada, 2018: A lens on supply and workforce. Ottawa, ON: CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/regulated-nurses-2018-report-en-web.pdf

Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2020-a). Nursing in Canada, 2019: A lens on supply and workforce. Ottawa, ON: CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-report-2019-en-web.pdf>

Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2020-b). Physicians in Canada, 2019: Summary report. Ottawa, ON: CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/physicians-in-canada-report-en.pdf>

Canadian Megatrends (2016). 150 years of immigration in Canada. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2016006-eng.htm>

Canadian Nurses Association (CNA) (2021-a). Regulation of nurses. Canadian Nurses Association. <https://www.cna-aic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/regulation-of-nurses>

Canadian Nurses Association (CNA) (2021-b). Nursing in Canada. Canadian Nurses Association. <https://www.cna-aic.ca/en/nursing-practice/nursing-as-a-career/nursing-in-canada>

Canadian Nurses Association (CNA) (2021-c). Regulatory bodies. CNA. <https://www.cna-aic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/regulation-of-rns/regulatory-bodies>

Canadian Poverty Institute (CPI) (2018). Poverty in Canada. CPI. <https://www.povertyinstitute.ca/poverty-canada>

Carpio, C., & Santiago Bench, N. (2015). The health workforce in Latin America and the Caribbean: An analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay. The World Bank: Directions in Development – Human Development. <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0594-3>

Chagnon, J. (2015). Migration: International, 2010 and 2011. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2013001/article/11787-eng.htm>

Cheatham, A. (2020). What is Canada's immigration policy? Council on Foreign Relations. <https://www.cfr.org/background/what-canadas-immigration-policy>

Citizens for Public Justice (2015). On the margins: A glimpse of poverty in Canada. CPJ. <https://cpj.ca/wp-content/uploads/On-The-Margins.pdf>

Citizenship and Immigration Canada (2013). Annual report to parliament on immigration, 2013. <https://www.canadianimmigration.com/media/Annual-Report-to-Parliament-on-Immigration-2013.pdf>

College of Nurses of Ontario (CNO) (2016). Outside Canada. College of Nurses of Ontario. <https://>

www.cno.org/en/become-a-nurse/new-applicants1/outside-canada/

College of Nurses of Ontario (CNO) (2020). Become a nurse. College of Nurses of Ontario. <https://www.cno.org/en/become-a-nurse/>

Cornelissen, L. (2021). Profile of immigrants in nursing and health care support occupations. Statistics Canada: Insights on Canadian Society. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00004-eng.htm>

Covell, C. L., Primeau, M. D., Kilpatrick, K., & St-Pierre, I. (2017). Internationally educated nurses in Canada: predictors of workforce integration. *Human resources for health*, 15(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0201-8>

Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean (ECLAC) (2011). Migration in the Caribbean – What do we know? An overview of data, policies and programmes at the international and regional levels to address critical issues. United Nations, ECLAC. [https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/10/P09_ECLAC\(Port%20of%20Spain\).pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/10/P09_ECLAC(Port%20of%20Spain).pdf)

Foreign Worker Canada (FWC) (2021). Nurses immigrating to Canada. Foreign Worker Canada: Canadian Immigration. <https://www.canadianimmigration.net/work/nurses/>

Freeman, M., Beaulieu, L., & Crawley, J. (2015). Canadian Nurse Graduates Considering Migrating Abroad for Work: Are Their Expectations Being Met in Canada?. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 80-96. DOI:10.1177/084456211504700407

Government of Canada (GoC) (2001). Immigration and Refugee Protection Act. Justice Law of Canada. <https://laws.justice.gc.ca/eng/acts/i-2.5/fulltext.html>

Government of Canada (GoC) (2010). Subject: Canada's comments on the Draft Global code of practice for the international recruitment of health personnel. Permanent Mission of Canada to the United Nations and the World Trade Organization. <https://www.who.int/healthsystems/workforce/Canada.pdf?ua=1>

Government of Canada (GoC) (2012-a). Discover Canada – Canada's economy. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/discover-canada/read-online/canadas-economy.html>

Government of Canada (GoC) (2012-b). Discover Canada – Canada's regions. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/discover-canada/read-online/canadas-regions.html>

Government of Canada (GoC) (2014). Annual report to Parliament on immigration, 2014. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2014.html>

Government of Canada (GoC) (2015). Annual report to Parliament on immigration, 2015. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2015.html>

Government of Canada (GoC) (2016). Annual report to Parliament on immigration, 2016. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2016.html>

Government of Canada (GoC) (2018-a). 2018 annual report to Parliament on immigration. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2018/report.html>

Government of Canada (GoC) (2018-b). Table 1: Permanent residents admitted in 2017, by top 10 source countries. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2018/permanent-residents-admitted.html>

Government of Canada (GoC) (2019-a). Canada's health care system. Departments and Agencies. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>

Government of Canada (GoC) (2019-b). Fact sheet: Cancer in Canada. Health Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/fact-sheet-cancer-canada.html>

Government of Canada (GoC) (2020). Education in Canada. Immigration and Citizenship. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/new-life-canada/enrol-school.html>

Government of Canada (GoC) (2021-a). A new Canada-United States-Mexico Agreement. Business and Industry. <https://www.international.gc.ca/trade-commerce/trade-agreements-accords-commerciaux/agr-acc/cusma-aceum/index.aspx?lang=eng>

Government of Canada (GoC) (2021-b). Provinces and territories. Intergovernmental Affairs. <https://www.canada.ca/en/intergovernmental-affairs/services/provinces-territories.html>

Government of Canada (GoC) (2021-c). Understand how health care works in Canada. Immigration and Citizenship. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/new-life-canada/health-care-card.html>

Hanson, G. H., & McIntosh, C. (2012). Birth rates and border crossings: Latin American migration to the US, Canada, Spain and the UK. *The Economic Journal*, 122(561), 707-726. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w16471/w16471.pdf

Health Canada (2006). Nursing issues: Mission, mandate, functions, key activities and current priorities of the Office of Nursing Policy. Government of Canada: Health Canada – Office of Nursing Policy. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/nursing/nursing-issues-mission-mandate-functions-key-activities-current-priorities-office-nursing-policy.html>

Health Force Ontario (2017). Registration requirements for internationally educated nurses. Government of Ontario. https://www.healthforceontario.ca/en/Home/Health_Providers/Nurses/Registration_Requirements

Hirsch, B. T., & Schumacher, E. J. (2012). Underpaid or overpaid? Wage analysis for nurses using job and worker attributes. *Southern Economic Journal*, 78(4), 1096-1119. DOI: 10.4284/0038-4038-78.4.1096

Immigration, Refugees and Citizenship Canada (IRCC) (2019). 2019 annual report to Parliament on immigration. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/english/pdf/pub/annual-report-2019.pdf>

Immigration, Refugees and Citizenship Canada (IRCC) (2020). 2020 annual report to Parliament on immigration. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2020.html>

Institute of Medicine (IOM) (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press, Washington, DC. DOI: 10.17226/12956

Jacobson, J. (2015). The complexities of nurse migration. *AJN The American Journal of Nursing*, 115(12), 22-23. doi: 10.1097/01.NAJ.0000475284.07793.69

Kinder, M. (2020). Essential but undervalued: Millions of health care workers aren't getting the pay or respect they deserve in the COVID-19 pandemic. Brookings. <https://www.brookings.edu/research/essential-but-undervalued-millions-of-health-care-workers-arent-getting-the-pay-or-respect-they-deserve-in-the-covid-19-pandemic/>

Kline, D. S. (2003). Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 107-111. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00107.x>

Lavoie-Tremblay, M., Chevrier, A., Emed, J., Clausen, C., Biron, A., & Oliver, C. (2019). Global shortage of nurses. McGill University: Ingram School of Nursing and the McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centred Care. https://www.mcgill.ca/nursing/files/nursing/nurse_shortages.pdf

Little, L. (2007). Nurse migration: A Canadian case study. *Health Services Research*, 42(3p2), 1336-1353. . doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00709.x

Lorenzo, F.M.E., Galvez-Tan, J., Icamina, K., & Javier, L. (2007). Nurse migration from a source coun-

try perspective: Philippine country case study. *Health services research*, 42(3p2), 1406-1418. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00716.x

Malvik, C. (2020). What does a registered nurse do? Understanding their impact. Rasmussen University. <https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/what-does-a-registered-nurse-do/>

Martel, L. & D'Aoust, C. (2016). Report on the demographic situation in Canada: Permanent and temporary immigration to Canada from 2012 to 2014. Statistics Canada: Demography Division. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2016001/article/14615-eng.htm>

Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal healthcare system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718-1735. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30181-8

Morency, J.D., Caron Malenfant, E., & MacIsaac, S. (2017). Immigration and diversity: Population projections for Canada and its regions, 2011 to 2036. Statistics Canada: Demosim Team. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-551-x/91-551-x2017001-eng.htm>

National Immigration Forum (2019). Push or pull factors: What drives Central American migrants to the U.S.? National Immigration Forum. <https://immigrationforum.org/article/push-or-pull-factors-what-drives-central-american-migrants-to-the-u-s/>

National Nursing Assessment Service (NNAS) (2021). RN, RPN, and LPN requirements in Canada. National Nursing Assessment Service: Discover Nursing in Canada. <https://www.nnas.ca/nursing-requirements-in-canada/>

Odeh, L. E. (2010). A comparative analysis of global north and global south economies. *Journal of Sustainable Development in Africa and Clarion University of Pennsylvania*. [https://jsda-africa.com/Jsda/V12No3_Summer2010_A/PDF/A%20Comparative%20Analysis%20of%20Global%20North%20and%20Global%20South%20Economies%20\(Odeh\).pdf](https://jsda-africa.com/Jsda/V12No3_Summer2010_A/PDF/A%20Comparative%20Analysis%20of%20Global%20North%20and%20Global%20South%20Economies%20(Odeh).pdf)

Organization of American States (OAS) (2011). International migration in the Americas: First report of the continuous reporting system on international migration in the Americas (SICREMI) . OECD, Organization of American States. <https://www.oecd.org/migration/48423814.pdf>

Parliament of Canada (PoC) (n.d.-a). Canada's system of Government. Library of Parliament and Government of Canada: Canadian Heritage. <https://lop.parl.ca/About/Parliament/Education/OurCountryOurParliament/section2-e.aspx>

Parliament of Canada (PoC) (n.d.-b). Overview of the Canadian Parliamentary system. Library of Parliament. https://lop.parl.ca/About/Parliament/Education/ourcountryourparliament/html_booklet/overview-canadian-parliamentary-system-e.html

Parliament of Canada (PoC) (n.d.-c). The three levels of Government. Library of Parliament. https://lop.parl.ca/About/Parliament/Education/ourcountryourparliament/html_booklet/three-le

vels-government-e.html

Pay Scale (2021). Hourly rate for people with jobs in nursing. https://www.payscale.com/research/CA/People_with_Jobs_in_Nursing/Hourly_Rate

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2020). The truth about the nursing job market. RNAO: Careers in Nursing. <http://careersinnursing.ca/new-grads-and-job-seekers/find-nursing-job/nursing-job-market>

Retail Council of Canada (2021). Minimum wage by province. RCC. <https://www.retailcouncil.org/resources/quick-facts/minimum-wage-by-province/>

RN Careers & Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2018). A Canadian's guide to the different types of nurses. RNAO. <https://www.rncareers.ca/article-details/5/a-canadian-s-guide-to-the-different-types-of-nurses/>

Scarpetta, S., Dumont, J. C., & Socha-Dietrich, K. (2020). Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries. OECD, 13(May).

Squires, A. & Beltrán-Sánchez, H. (2013). Strengthening health systems in North and Central America: What role for migration? The Wilson Center and Migration Policy Institute; Washington, DC. https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/documents/publication/strengthening_health_systems.pdf

Statistics Canada (2007). The Latin American community in Canada. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-621-x/89-621-x2007008-eng.htm>

Statistics Canada (2008). Human activity and the environment: Annual statistics. Statistics Canada; Environment Accounts, Statistics Division. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/16-201-x/2007000/10542-eng.htm>

Statistics Canada (2015). Table 3: Immigrants by category according to the 10 main countries of birth, Canada, 1981 to 2011. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2013001/article/11787/tbl/tbl3-eng.htm>

Statistics Canada (2017). Table 2: Top 10 countries of birth of recent immigrants, Canada, 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/t002b-eng.htm>

Statistics Canada (2018). Geography. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2011000/chap/geo/geo-eng.htm>

Statistics Canada (2019). Canada's population estimates: Age and sex, July 1, 2019. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190930/dq190930a-eng.htm>

Statistics Canada (2020). Deaths, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quoti->

dien/201126/dq201126b-eng.pdf?st=1KpJkHDG

Statistics Canada (2021-a). Dimensions of poverty hub. Statistics Canada. <https://www.statcan.gc.ca/eng/topics-start/poverty>

Statistics Canada (2021-b). Table 13-10-0801-01 Leading causes of death, total population (age standardization using 2011 population). <https://doi.org/10.25318/1310080101-eng>

Statistics Canada (2021-c). Table 17-10-0005-01: Population estimates on July 1st, by age and sex. <https://doi.org/10.25318/1710000501-eng>

Statistics Canada (2021-d). Table 17-10-0009-01: Population estimates, quarterly. Statistics Canada. <https://doi.org/10.25318/1710000901-eng>

Statistics Canada (2021-e). Table 17-10-0040-01 Estimates of the components of international migration, quarterly. <https://doi.org/10.25318/1710004001-eng>

United Nations (2014). World Economic Situation and Prospects 2014. Department of Economic and Social Affairs: Economic Analysis. https://www.un.org/development/desa/dpad/document_gem/global-economic-monitoring-unit/world-economic-situation-and-prospects-wesp-report/

United Nations Refugee Agency (UNRA) (2018). Canada: By the Government of Canada. UNHCR Country Chapters – UNHCR Resettlement Handbook. <https://www.unhcr.org/3c5e55594.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN-DESA-PD) (2019). International Migration 2019: Report. United Nations (ST/ESA/SER.A/438). https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019_Report.pdf

University of Minnesota (n.d.). 4.4. Canada. University of Minnesota: Open Library for World Regional Geography. <https://open.lib.umn.edu/worldgeography/chapter/4-4-canada/>

Varrella, S. (2021). Number of immigrants in Canada 2000-2020. Statista. <https://www.statista.com/statistics/443063/number-of-immigrants-in-canada/>

World Bank, World Development Indicators (2018). High income [Data file]. <https://data.worldbank.org/country/XD>

World Bank, World Development Indicators (2019-a). GDP (current US\$) – Canada [Data file]. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=CA>

World Bank, World Development Indicators (2019-b). Population, female - Canada [Data file]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.IN?end=2019&locations=CA&start=2010>

World Bank, World Development Indicators (2019-c). Population, male – Canada [Data file]. ht-

[tps://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.MA.IN?end=2019&locations=CA&start=2010](https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.MA.IN?end=2019&locations=CA&start=2010)

World Bank, World Development Indicators (2019-d). Population, total – Canada [Data file]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=CA>

World Health Organization (WHO) (2014). Migration of Health Workers: WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. World Health Organization. https://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf

Appendix A

Further Information on the Demographic Context and Socio-Sanitary Profile of Canada

Canada experiences four seasons throughout the year, Winter, spring, summer, and fall. The temperatures and precipitation vary greatly between these four seasons and across the different regions of the country (Statistics Canada, 2008). Canada has warm to hot summers and cold winters, with colder temperatures and lesser precipitation generally in the north. Canada's weather varies from coast to coast; the west coast experiences more moderate climates and greater rainfall compared to the east coast, yet snow is prevalent around the whole country in the winter, especially up north (University of Minnesota, n.d.; Statistics Canada, 2008).

Canada is a constitutional monarchy governed by three branches, the executive or Government (including the Monarch/Governor General, the Prime Minister, and the Cabinet), the legislative (including the Senate and House of Commons), and the judicial branch. The Canadian Parliament consists of the Monarch, the Senate, and the House of Commons (PoC, n.d.-b). Canada's 13 political divisions are Newfoundland and Labrador, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, British Columbia, the Northwest Territories, Yukon, and Nunavut (GoC, 2012-b). Of the three levels of Government in Canada, municipal governments are responsible for the safety and maintenance of cities, through categories like parks, urban planning, and public transportation (PoC, n.d.-c; GoC, 2021-b; PoC, n.d.-a).

Canada's education systems are publicly funded and provincially/territorially regulated and accredited (CAPS-I, 2021; GoC, 2020). Of all the G8 countries, Canada spends the highest amount, per capita, on education; as such, free education is offered within the country for kindergarten to grade 12 and over 95% of school-age children attend public school (CAPS-I, 2021). The curriculum across each province is standardized to ensure consistency across the country, yet allows each province to individualize its curriculum to ensure students can especially learn about the region they reside in. Only teachers that have been certified by the Government can be employed in any province or territory (CAPS-I, 2021; GoC, 2020).

The three main economic industries in Canada are natural resources, like forestry and fishing, manufacturing, like automobiles and food, and service industries, like healthcare and education. Canada works closely with the United States due to their proximity and similarities, and are each other's biggest trading partners (GoC, 2012-a; University of Minnesota, n.d.). In 1994, the North American Free Trade Agreement (NAFTA) was created to support free trade between Canada, the United States, and Mexico. Minimum wage in Canada varies between the 13 provinces and territories. Currently, the

lowest minimum wage is in Saskatchewan with just over USD 9 per hour, and the highest minimum wage is in Nunavut with almost USD 13 per hour. However, typically the minimum wage values correlate with the average standard of living in the province or territory (Retail Council of Canada, 2021).

Canada has a universal healthcare system for all permanent residents or citizens of the country, where almost all healthcare services are provided free-of-charge to taxpayers (Martin et al, 2018). As healthcare is a provincial responsibility, each province or territory has their own health insurance plan its residents (GoC, 2021-b). Each province must follow the Federal Government's Canada Health Act to ensure all health insurance plans meet a certain standard (GoC, 2019-a). All emergency healthcare services will be provided for free, even to non-citizens or immigrants without a provincial health card. In addition, refugees and migrants under the protected persons class may be eligible for temporary health insurance through the Interim Federal Health Program (GoC, 2021-c).

In 2019, there were a recorded 284,082 deaths in Canada, where the greatest increase in deaths was experienced in Nunavut and the greatest decrease in deaths was experienced in the Northwest Territories. Of this total, 145,562 deaths were female, and 138,520 were of men. Yet, women in Canada have a longer life expectancy than men, with an average of approximately 84.2 years and men with 80.0 years. However, these life expectancies among different sexes varies among the Canadian provinces as men in Quebec are expected to live to 81.1 years, while men in Nunavut are 69.3 years, and women in British Columbia are expected to live until 84.8 years, while in Nunavut it is 72.8 years (Statistics Canada, 2020). In 2019, the leading causes of death in all provinces and territories was cancer and heart disease, whereas in Nunavut the leading causes of death were cancer and suicide. The top 10 leading causes of death in Canada are cancer, heart disease, unintentional accidents, cerebrovascular disease, chronic lower respiratory diseases, diabetes, influenza and pneumonia, Alzheimer's disease, suicide, and kidney disease and contributed 70.6% of the deaths in 2019 (Statistics Canada, 2021-b; Statistics Canada, 2020; GoC, 2019-b).

Appendix B

Number and Origin Countries of Immigrants to Canada between 2010 and 2019

Year	Number of Immigrants	Top Countries of Origin for the Year
2010	280,682	Philippines, India, China, the United Kingdom, the United States of America, Iran, Pakistan, Morocco, Iraq, South Korea
2011	248,733	Philippines, India, China, Iran, the United States of America, Pakistan, Haiti, Iraq, the United Kingdom, Colombia
2012	257,809	China, the Philippines, India, Pakistan, the United States of America, France, Iran, the United Kingdom, Haiti, South Korea
2013	259,038	China, India, the Philippines, Pakistan, the United States of America, Iran, France, the United Kingdom, South Korea, the United Arab Emirates
2014	260,296	Philippines, India, China, Iran, Pakistan, the United States of America, the United Kingdom, France, Mexico, South Korea
2015	271,857	Philippines, India, China, Iran, Pakistan, Syria, the United States of America, France, the United Kingdom, Nigeria
2016	296,405	Philippines, India, China, Iran, Pakistan, the United States of America, Syria, the United Kingdom, France, South Korea
2017	286,490	India, the Philippines, China, Syria, the United States of America, Pakistan, France, Nigeria, the United Kingdom, Iraq
2018	321,049	India, the Philippines, China, Syria, Nigeria, the United States of America, Pakistan, France, Eritrea, the United Kingdom
2019	341,192	India, China, the Philippines, Nigeria, Pakistan, the United States of America, Syria, Eritrea, South Korea, Iran

Note. The data in the "number of immigrants" column is from Statistics Canada, 2021-e. The data in the "top countries of origin for the year" column is from Chagnon, 2015, Citizenship and Immigration Canada, 2013, GoC, 2014, Martel & D'Aoust, 2016, GoC, 2015, Morency et al., 2017, GoC, 2016, Statistics Canada, 2017, GoC, 2018-b, GoC, 2018-a, IRCC, 2019, and IRCC, 2020.

Chile

Marcela Correa

Luz Angélica Muñoz

Introducción

La escasez de profesionales de enfermería se ha convertido en un desafío para la planificación de los recursos humanos en salud en muchos países del mundo. Varios de ellos intentan solventar esta situación a través de la atracción de profesionales formados en el exterior y es por esto que conocer los flujos migratorios de los profesionales de enfermería se vuelve importante para abordar de forma integral este fenómeno.

La planificación de los recursos humanos en salud y especialmente de enfermería, es crucial para enfrentar los desafíos de salud a nivel global. La necesidad del recurso enfermero crece día a día mediado por diferentes factores como son: el envejecimiento de la población, el aumento de la competitividad en la contratación y retención de enfermeras formadas en otros países por parte de países desarrollados, el aumento en el uso de la tecnología, mejora de los estándares de calidad y la necesidad de un cuidado humanizado que exige contacto e incremento en las horas de atención. Es por ello que conocer las trayectorias migrantes de estos profesionales puede contribuir a una planificación exitosa.

El presente informe tiene como objetivo el recabar y analizar información sobre la migración de profesionales de enfermería en Chile entre los años 2010 y 2019.

Material y método

Este reporte se realizó en el marco del estudio multicéntrico que busca conocer las migraciones de enfermeras/os en la región y algunos países de Europa. Para ello se realizó una revisión integrativa de fuentes secundarias, incluyendo publicaciones científicas, reportes de organizaciones internacionales y gubernamentales, así como literatura gris y reportes de prensa. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva simple, integrando datos cuantitativos y cualitativos para su interpretación.

La búsqueda se realizó entre octubre de 2021 y mayo de 2022. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave en español: enfermería, enfermeras migrantes, recursos humanos en salud, Chile; y en inglés: nurse migration, internationally qualified nurses, human resources in health, healthcare workers, Chile.

Se consultaron 6 bases de datos: LILACS, PubMed, Web of Science, Scielo, Cinahl y Google académico. Además se revisaron páginas web gubernamentales, normativas y reporte de organizaciones internacionales relacionadas con el tema.

Resultados

Perfil poblacional y social.

Chile se encuentra en la región sur oeste de Sudamérica, limitando al norte con Perú, al este con Bolivia y Argentina, al oeste con el Océano Pacífico y al sur con el paso de Drake. Además pertenecen al territorio las islas Salas y Gómez, Isla Juan Fernández, Islas Desventuradas e Isla de Pascua. También corresponde a Chile una porción de la Antártica llamado territorio Antártico Chileno. La economía chilena ha mantenido un crecimiento acelerado en las últimas décadas, lo que ha tenido un impacto positivo en la reducción de la pobreza, sin embargo, persiste una elevada desigualdad de ingresos con las consecuencias que eso trae para la sociedad.

Si bien es clasificado como un país de ingresos altos por el Banco Mundial, se estima que un 30% de la población es económicamente vulnerable, con una tasa de pobreza total de 10,8% (6,5% pobres no extremos y 4,3% pobres extremos) (Banco Mundial, 2022; Ministerio de Desarrollo Social y Familia Gobierno de Chile, 2021).

La tabla 1 muestra un resumen de los principales indicadores sociales y económicos del país.

Tabla 1. Principales indicadores sociales y económicos.

Indicador	Resultado
Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de \$1,90 por día (2011 PPA) (2020)	0,7% de la población
Índice de Capital Humano (escala de 0 a 1) (2020)	0,7
PIB (US\$ a precios actuales) (2021)	317,06 mil millones
PIB per cápita (US\$ a precios actuales) (2021)	16.502,8
Desempleo, total (% de la población activa total) (2021)	9,1
Acceso a la electricidad (% de población) (2020)	100
Homicidios intencionales (2020)	5 por 100.000 habitantes
Personas que usan Internet (2020)	88% de la población

Fuente. Elaboración propia en base a datos de Banco Mundial (Banco Mundial, 2022).

De acuerdo al último CENSO de población realizado en 2017 la población total de Chile era de 17.574.003 de ellas un 48,9% son hombres y un 51,1% son mujeres, mientras que el índice de masculinidad llegaba a 95,9 en el 2018 (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2018). Su capital es Santiago de Chile y se divide administrativamente en 16 regiones concertando más de la mitad de la población en las regiones del centro del país (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2018). La población se distribuye mayoritariamente en las áreas urbanas (87,8%) con solo un 12,2% residiendo en áreas rurales.

Así mismo, la distribución sociodemográfica muestra un mantenido y marcado envejecimiento de la población iniciándose en la década de los 90. A modo de ejemplo, en el año 1992 un 6,6% de la población era mayor de 65 años, mientras que en 2017 la cifra llegaba a 11,7%. Dentro de las causas que podrían explicar este rasgo esta la baja en la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. La baja en el número en la natalidad se ha venido observando en los últimos 20 años y se relaciona con el ingreso de la mujer al mercado laboral. En 2002 el número de hijos por mujer en edad fértil era de 1,6, mientras que en 2017 este número bajo a 1,3 hijos en promedio. Además de esto, el envejecimiento poblacional se vincula a la mejora en las condiciones de salud general de la población, lo que a su vez se traduce en un aumento de la esperanza de vida. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas entre 2015 y 2020 la esperanza de vida llegaba a 82,1 mujeres y 77,3 para los hombres.

De las personas de 25 años o más un 29,8% refiere que su último año aprobado fue en educación superior. Un 44,6% educación media y un 25,6% educación básica (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2018; Ministerio de Desarrollo Social, 2018). En relación a la alfabetización, cifras de la Encuesta Nacional de Hogares 2017, muestran que un 3,6% de la población se declara analfabeta (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

La principal actividad económica del país es la exportación, de ella un 48% corresponde a cobre, 39% a productos manufacturados y un 9% a agricultura y pesca (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2018). El salario mínimo era de 400.000 CLP o 421 USD a agosto de 2022.

En relación a vivienda y condiciones de saneamiento básico, el hacinamiento alcanza un 7,3% de la población, así mismo un 93% de la población tiene acceso a la red pública de agua potable (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2018).

En relación a las estadísticas migratorias, Chile se ha convertido en un importante destacado destino migratorio en la región en los últimos 10 años. Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración, en 2020 residían 1.462.103 migrantes, lo que representa un 7,5% de la población del país. Los principales países de origen son 30,3%

Venezuela, 16,3 Perú, 12,5% Haití, 11,4 Colombia y 8,5 Bolivia (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) & Departamento de Extranjería y Migración (DEM), 2020).

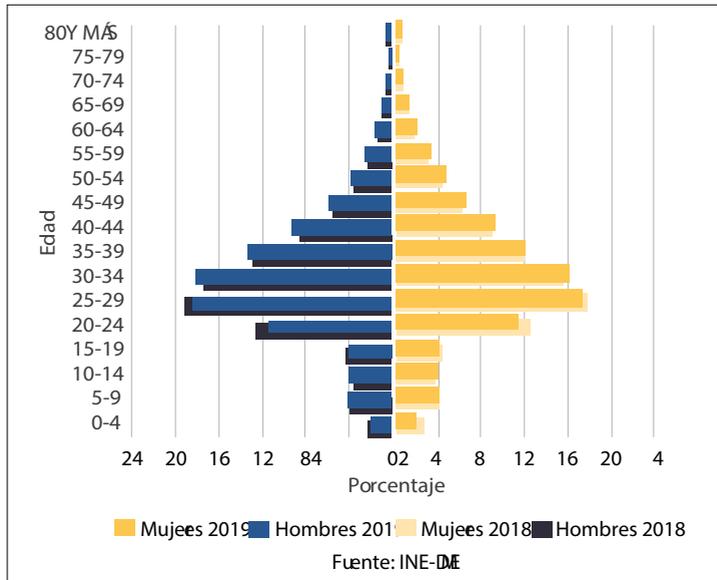
La población migrante en Chile se concentra mayoritariamente en los segmentos etarios entre 15 y 45 años, observándose una leve tendencia a la masculinización en los últimos años. La figura 1 muestra la pirámide de la población extranjera residente en Chile estimada entre los años 2018-2019. Como se puede observar se trata mayoritariamente de personas jóvenes, en edad fértil, laboralmente activas y se infiere que con baja prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Un 65,2% de la población migrante reside en la región metropolitana (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2018; Instituto Nacional de Estadísticas (INE) & Departamento de Extranjería y Migración (DEM), 2020).

Perfil sanitario

En Chile el sistema de salud tiene dos prestadores: el sistema público y el sistema privado. Existe un sistema de salud para las fuerzas armadas que, si bien recibe financiamiento del estado, solo atiende a trabajadores de esta rama y sus familias (División de Desarrollo Institucional Departamento de Estudios y Estadísticas, 2020)

El sistema público opera por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se financia en base al aporte de los trabajadores sumado a recursos del estado. Un 78% de la población se atendía en el sistema público de salud en 2019 (División de Desarrollo Institucional Departamento de Estudios y Estadísticas, 2020). El sistema público de salud se estructura en 3 niveles principales que son la atención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al nivel de complejidad de la atención que brindan.

Figura 1. Pirámide de la población extranjera residente en Chile estimada entre los años 2018-2019.



Fuente: tomado de informe del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) & Departamento de Extranjería y Migración (DEM) (2020).

Por otro lado, el sistema privado está representado por las ISAPREs que operan como seguros individuales cuyos beneficios dependen de cada plan contratado. El costo de estos planes tiene relación directa con edad, sexo, enfermedades pre-existentes y factores de riesgo de los afiliados (División de Desarrollo Institucional Departamento de Estudios y Estadísticas, 2020).

Dentro de los indicadores de salud, la tasa bruta de mortalidad fue de 5,7 por mil habitantes en 2018 (Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población INE 2018). En relación a las principales causas de muerte, se vinculan con enfermedades del sistema cardiaco, seguidas por tumores malignos, enfermedades del sistema respiratorio y digestivo en los primeros 4 lugares. La tabla 2 muestra la información en detalle.

Tabla 2. Diez primeras causas de muerte en 2018 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018)

Causas de muerte 2018	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	26,4%
Tumores malignos	26,1%
Enfermedades Del sistema respiratorio	11, 4%
Enfermedades del sistema digestivo	7,4%
Causas externas de morbilidad o mortalidad	7,22%
Enfermedades de las glándulas endocrinas de la nutrición o metabólicas	4,12%
Enfermedades del sistema nervioso	3,9%
Enfermedades del sistema genitourinario	3,21%
Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	2,44%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,13%
Trastornos mentales y del comportamiento	2,12 %

Fuente: elaboración propia en base a información del Departamento de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile.

En cuanto a la morbilidad, las 10 primeras causas presentes en los egresos hospitalarios en el año 2018 fueron:

1. Embarazo, parto y puerperio 290.701 casos
2. Enfermedades del sistema digestivo con 226.382 casos
3. Enfermedades del sistema respiratorio 157.174 casos
4. Traumatismos, envenenamientos y otras casusas externas 154.291 casos
5. Enfermedades del sistema genitourinario 141.439 casos
6. Enfermedades del sistema circulatorio 133.266 casos
7. Tumores (neoplasias) 130.037 casos
8. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 88.579 casos
9. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 47.894 casos
10. Enfermedades perinatales 37.165 casos

Perfil de recursos humanos para la salud

En Chile existen 22 enfermeras por 10.000 habitantes con una razón enfermera/o /médica/o de 1,002 (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2019). El número de profesionales inscritos en el registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia

de Salud al 31 de dic de 2018 era: Enfermeras/os 55.508, Médicos/as cirujanas 48.531 (Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerios de Salud de Chile, 2019)

Formación de enfermeras/os.

En Chile existen 41 escuelas de enfermería algunas de ellas con sedes en mas de una ciudad. En total son 86 sedes que imparten la carrera a nivel nacional. De ellas, 19 se encuentran en Santiago (CORFO Ministerio de Economía & Gobierno de Chile, 2022). Para obtener el grado de licenciatura se deben cursar 8 semestres y para obtener el título universitario junto a la certificación para ejercer se debe cursar un año más adicional de internado profesional que habilita para el ejercicio profesional.

En general la empleabilidad de los enfermeros/as es buena, aunque tiene relación directa con la universidad de origen de su título. La tabla 3 muestra el ranking de empleabilidad al primer año de egreso.

Tabla 3. Empleabilidad al primer año de egreso de titulados/as de Enfermería por Universidad.

Universidad	Empleabilidad al primer año de egreso
Universidad Austral de Chile	93,8%
Universidad de Santiago de Chile	92,9%
Universidad de Antofagasta	92,5%
Universidad de Los Andes	91,4%
Universidad de Chile	90,8%
Universidad Católica del Norte	90,7%
Universidad Católica de Chile	89,9%
Universidad Finis Terrae	85,8%
Universidad Católica del Maule	85,7%
Universidad de Atacama	84,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de CORFO, Gobierno de Chile.

La ley del trabajo dispone que la jornada laboral para las y los trabajadores chilenos es de 45 horas semanales. Existen distintas modalidades para la contratación de enfermeras/os en Chile.

- a) Jornada diurna: corresponde a horario de 8am a 5 pm con una hora de colación.
- b) Cuarto turno: consiste en un turno de 12 horas en horario diurno, precedido por un turno nocturno de 12 horas, seguido de dos días libres.

c) Tercer turno: consiste en dos días consecutivos de turno diurno de 12 horas, seguido por dos días consecutivos de turno nocturno de 12 horas y dos días libres.

Migración de enfermeras y enfermeros de América Latina

Para ejercer como profesional de enfermería en Chile, aquellas personas que posean un título emitido por una universidad extranjera deben tramitar la revalidación o el reconocimiento de éste.

Para esto la entidad encargada dependerá del país en que fue emitido el título o grado. Para aquellos títulos obtenidos en países que tienen convenios suscritos el Ministerio de Relaciones Exteriores por medio de la Subsecretaría de Relaciones Exteriores a través de su Subsecretaría. Mientras que aquellos títulos adquiridos en países sin convenio con Chile, deben realizarlo a través de la revalidación en la Universidad de Chile.

Según datos de la OCDE en el periodo 2015/2016 había 1135 profesionales de enfermería que obtuvieron su cualificación en el extranjero, lo que corresponde a un 2% del total de enfermeras/os del país (Socha-Dietrich & Dumont, 2021). En el estudio de Correa-Betancour et al (2021) que analiza la revalidación de profesionales de enfermería en Chile entre 2006 y 2016 que muestra un aumento sostenido en las solicitudes de revalidación de título desde el año 2006. En el periodo de estudio se recibieron 440 solicitudes de revalidación de título de enfermera/o, de ellas el 41,4% fueron aprobadas (Correa-Betancour et al., 2021).

Las regiones de origen de las solicitudes de revalidación de título de profesionales de la salud (no solo enfermería) recibidas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se detallan en la tabla 4.

Tabla 4. Solicitudes registradas según región de origen del título extranjero en la Facultad de Medicina Universidad de Chile 2006-2017.

Región	Porcentaje
Sudamérica	61,14
Centroamérica	12,27
Europa	21,82
Norteamérica	3,64
Asia	0,68
Oceanía	0,45

Fuente: elaboración propia en base a datos de CORFO, Gobierno de Chile.

Es importante mencionar que Chile adhiere al Código de Prácticas para la Contratación Internacional de personal de salud de la OMS.

En relación a la Emigración de enfermeras/os no hay información oficial disponible.

Discusión

La migración internacional hacia Chile es un fenómeno más bien reciente ya que inicia tímidamente a inicios de la década del 2000. Posteriormente desde el 2010 Chile se transforma en un destino de atracción de migrantes internacionales cifras que se han experimentado un aumento sostenido en el tiempo. El perfil sociodemográfico general de las y los migrantes en Chile muestra que tienen en general 2,1 años más de educación formal que la población nacional (Ministerio de Desarrollo Social, 2019), lo que indica que se trata de un destino de atracción para migrantes profesionales. Dentro de las eventuales causas identificadas para la migración están la estabilidad social y política del país, la diferencia de ingresos en relación al resto de los países de la región, la seguridad y la presencia de una estructura estatal que garantiza algunos derechos básicos (Correa-Betancour, 2018; Rojas & Silva, 2016).

En relación a la migración de profesionales de enfermería es posible decir que en Chile este es un tema bien reciente que se circunscribe a los últimos 10 años. Si bien desde el retorno a la democracia ha existido una migración escasa pero constante de enfermeras/os, después del año 2010 el país se convirtió en un polo de atracción para profesionales de enfermería migrantes de la región. Las condiciones laborales, la posibilidad de capacitación, la seguridad, la diferencia de ingresos, la situación socioeconómica y política y los conflictos sociales de la región podrían ser gatillantes para la migración hacia Chile como destino final o de tránsito (Correa-Betancour et al., 2021).

Recientemente entró en vigor una nueva Ley de Migraciones que contempla reformas al proceso de revalidación y reconocimiento de títulos obtenidos fuera de Chile, lo que sin dudas traerá nuevos desafíos y nuevas oportunidades para los profesionales que deseen ejercer en el país.

Conclusiones

Chile se ha convertido en un polo de atracción para la migración de profesionales de enfermería en la región especialmente después del 2012. Se proyecta que esta cifra siga creciendo, por lo que el país debería tener presente lo valioso de este recurso humano y favorecer su retención.

Se recomienda realizar futuros estudios que aborden y cuantifiquen la emigración de enfermeras/os chilenos pues no existe un registro sobre este ítem a nivel gubernamental o gremial y podría ser un

dato interesante de conocer para retener a futuros profesionales dado el contexto de escasez global. En esta línea, sería relevante desarrollar estudios que analicen con mayor detalle su proceso de inserción laboral, su integración profesional y finalmente los factores que facilitan o dificultan su retención en el país.

Reconocer el recurso humano de enfermería, mejorar las condiciones de trabajo, salarios y su valoración social son algunos de los desafíos que continúan pendientes en muchos lugares del mundo. Por estos y otros factores, la migración de enfermeras/os es un tema que seguirá generando debate y atrayendo la atención de múltiples actores a nivel global, esperando lograr una cobertura de salud que cumpla con estándares mínimos de calidad, especialmente para aquellos más vulnerables.

Bibliografía

- Banco Mundial. (2022, May). Banco Mundial. <https://www.Bancomundial.Org/Es/Country/Chile>.
- CORFO Ministerio de Economía, F. y T., & Gobierno de Chile. (2022). Donde estudiar. <https://www.dondeestudiar.cl/quienes-somos/>
- Correa-Betancour, M. (2018). Migraciones y políticas de salud en Chile: cronología de los principales hitos 2000- 2018 1 Migrations and health policies in Chile: chronology of the main milestones Marcela Correa Betancour. *Academia y Critica*, 2(1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852913/pdf/11606_2007_Article_103.pdf
- Correa-Betancour, M., Carstens-Riveros, C., & Soledad Reyes-Soto, M.-. (2021). Revalidación de títulos extranjeros en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Educación Médica Superior*, 35(2), 1–15. <https://orcid.org/0000-0002-4784-6842>
- División de Desarrollo Institucional Departamento de Estudios y Estadísticas. (2020). Informe CD-D:Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Síntesis de Resultados Subdepartamento de Demografía 2018. www.ine.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2018). Síntesis de Resultados CENSO 2017. <http://www.ine.cl/herramientas/galeria-de-mapas/inicio>
- Intituto Nacional de Estadísticas (INE), & Departamento de Extranjería y Migración(DEM). (2020). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019, Informe técnico. In *Estadísticas Migratorias*. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migración-internacional/estimación-población-extranjera-en-chile-2018/estimación-población-extranjera-en-chile-2019-metodología.pdf?sfvrsn=5b145256_6

Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Encuesta CASEN. Salud: Síntesis de Resultados. In Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Vol. 2017). http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2019). INMIGRANTES. Síntesis de resultados CASEN 2017. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2019). Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. OPS.

Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. (2018). Estudios Económicos de la OCDE Chile. www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-.htm

Ministerio de Desarrollo Social y Familia Gobierno de Chile. (2021). CASEN 2020: Resumen de resultados Pobreza por Ingresos y Distribución de Ingresos.

Rojas, N., & Silva, C. (2016). La migración en Chile: Breve reporte y caracterización. 43. <http://masdiversidad.cl/wp-content/uploads/2017/11/Migracion-en-Chile.pdf>

Socha-Dietrich, K., & Dumont, J.-C. (2021). International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries-2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. In OECD Health Working Papers (Issue 125). <https://doi.org/10.1787/b286a957-en>

Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerios de Salud de Chile. (2019). Informe sobre brechas de personal de salud en los servicios de salud y estado de situación de los recursos humanos de salud en Chile.

Costa Rica

Amalia Guerrero Herrera

Gabriel Guido Sancho

Ernestina Aguirre Vidaurre

Isabel Guzmán Rojas

Olga Castro Vargas

María Griselda Ugalde Salazar

Introducción

El presente estudio de revisión documental en migraciones enfermería el caso de Costa Rica ha evidenciado que a pesar de ser un aspecto a importante considerar en la profesión ya que afecta la infraestructura, la pérdida de personas con una formación de grado y postgrado que pierde el país, Las migraciones muestran la grave crisis sociopolítica, producto del desempleo y subempleo que tiene el país y otros del área latinoamericana que origina desmotivación, frustración y pobreza en el personal de enfermería profesional.

En Costa Rica hay poca evidencia de la emigración y la inmigración no existen estudios actualizados además de un sistema el cual no muestre la realidad de las enfermeras y los enfermeros emigran e inmigran, su origen, el país al cual se van lo que afecta la gestión de dotación del recurso humano para una atención calificada y basada en las necesidades de la población.

El fenómeno de la migración ha sido muy importante en la vida de los seres humanos y de la sociedad, en busca de nuevas oportunidades, tales como un espacio para la vivienda, el alimento, nueva organización social, escapando de miserias, hambre, falta de empleo, persecuciones, siempre teniendo como horizonte una nueva oportunidad para su bienestar individual, de la familia y de la colectividad.

Asimismo, se repite entre los miembros del equipo de salud, dado que en sus países por diferentes condiciones han tenido que llevarlo a cabo, especialmente profesionales en medicina o de enfermería, a países diferentes que les ofrezcan seguridad laboral, oportunidades de mejorar su formación y de mejores condiciones de vida.

En Enfermería, se ha creado la oportunidad de organizarse en Redes de acción coordinada y solidaria, orientada en diversas áreas de intervenciones para el fortalecimiento de la profesión, la innovación, la creatividad y la investigación en un tema concreto para el logro de buenas prácticas y la producción de conocimientos.

Entre las redes de enfermería tenemos la Red Internacional de Migración de enfermeras y enfermeros, la cual organiza este estudio de Migración Internacional de enfermeras y enfermeros de América

latina, mediante una actualización de 2010- 2019 de carácter documental que permite tener un panorama general del problema. Se propone participar en el estudio con respecto a la situación de Enfermería en Costa Rica, mediante un estudio transversal, cualitativo y documental.

Por ser el período de 2019 al 2020, de intensidad de la pandemia la búsqueda fue de carácter documental con una información restringida, dado que la plataforma de datos del Colegio de Enfermeras, no está segregada y, además, la migración en Enfermería no ha vuelto a ser un objeto de estudio, por lo que la información no está actualizada.

Justificación

Ante las diferentes transformaciones en América Latina, resultado de una serie de fenómenos, tales como, el cambio climático, la innovación tecnológica, violencia, el aumento de desigualdades, pobreza, guerras, alteraciones de la geopolítica, el fenómeno de la migración, por situaciones de inseguridad, gobiernos dictatoriales ha forzado la presión de la inmigración de una variedad de grupos sociales con sus tradiciones, etnias, cultura de una diversa variedad.

Este trabajo permite repensar acerca de la situación de la migración de profesionales en Enfermería de Costa Rica, y asimismo la inmigración de otros países para dilucidar el panorama que se vive en este país y responder a la duda ¿Cuál es el panorama de la emigración o inmigración de enfermeras y enfermeros?

Avanzando en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, en relación al componente de Recursos Humanos en Salud, se trató Migración calificada y se presenta el Estudio Panorama Regional de la Migración Calificada de profesionales en Medicina y Enfermería, llegando a la conclusión de su efecto en aumentar la problemática en la gestión del recurso humano en salud, especialmente de profesionales en Medicina y Enfermería.

En el programa de monitoreo sobre enfermedades crónicas no transmisibles (Mayo 2018, UNC y Facultades de Ciencias Médicas) se formuló la Estrategia Global de Recursos Humanos para la Salud : Fuerza de trabajo 2030, se establecieron las líneas de acción para: optimizar la fuerza de trabajo a favor del logro de los ODS (objetivos del Desarrollo Sostenible) y la CUS (cobertura universal en salud), se identificaron los requerimientos de la fuerza de trabajo al 2030 y la planeación de los cambios necesarios.

También, se señaló el fortalecimiento de la capacidad individual e institucional de políticas, planificación, información, evidencia y conocimiento de RHuS (Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud) para facilitar decisiones políticas costo-efectivas.

Son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud, con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación y ámbito laboral (OPS 2017).

Esta estrategia busca guiar el diseño de las políticas nacionales de recursos humanos para la salud, en tanto se considera que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia del personal de salud son factores clave para alcanzar la salud universal y los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, para lo cual se presenta un modelo de Recursos Humanos en salud para todas las personas y en todos los lugares les dote de las competencias en la producción social de la salud.

La formación de profesionales de la salud debe planificarse en relación a las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud con la visión de equipos interprofesionales de salud que faciliten la cohesión y el trabajo en equipo.

En el informe de la situación de la enfermería en el mundo 2020; se plantea la necesidad imperante de invertir en educación, empleo y liderazgo, publicado el mismo año por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que hay en el mundo cerca de 28 millones de profesionales de la enfermería, un número que representa más de la mitad de las profesionales de la salud. También se destaca que sigue existiendo un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales de la enfermería, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunos países de América Latina. Las acciones necesarias para disminuir el déficit de estos profesionales son aumentar la inversión nacional para evitar una situación de escasez mundial, incrementar el número de graduados en enfermería, mejorar las opciones de empleo y retener a los y las profesionales en el sistema de salud. (OMS/OPS). Esta importante propuesta invita a los países a la resolución de una efectiva gestión de recursos humanos en salud, especialmente de enfermería profesional y la orientación al abordaje de las migraciones y la solución al logro de la cobertura universal.

En el informe Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo, y liderazgo rubrica la unión decisiva del personal de enfermería en el logro de la cobertura sanitaria universal.

Propone la igualdad salarial) y de las condiciones de trabajo, crear oportunidades de desarrollo profesional y permitir que el personal de enfermería trabaje aprovechando plenamente las competencias recibidas en su formación teórica y práctica.

Otra situación a enfrentar está relacionada con el envejecimiento de la población que se ha tratado

de resolver con el reemplazo y se va a necesitar de colegas inmigrantes, en varios países que revelan escasez de enfermeras y enfermeros, hecho que no ocurre en este país.

El Consejo Internacional de Enfermeras insta a los gobiernos a aceptar todas las recomendaciones del informe Estado de la Enfermería en el Mundo de la OMS las condiciones laborales y la remuneración (Editorial 31/05/ 2020 Revista de enfermería. Informe de Ginebra, Suiza) la oportunidad de escoger las oportunidades para laborar y el mejoramiento de las condiciones.

La realidad de la emigración e inmigración pareciera que, a pesar de su problemática no es abogada con la prioridad e importancia requerida, este estudio multicéntrico mostrara una panorámica de la situación de la formulación de las estrategias para una resolución efectiva y su inclusión en las Políticas Públicas.

El carácter de esta investigación es la caracterización de la situación de la migración de Enfermería en Costa Rica.

El objeto del estudio comprende:

- El conocimiento de la problemática de las migraciones de Enfermería en Costa Rica.
- El efecto la emigración de Enfermería en la pérdida de un recurso calificado.
- Las razones que se tienen para la búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo y estabilidad en social país.
- La plataforma de recursos humanos de enfermería que integre el registro migración de la enfermería.

Los objetivos generales del estudio son:

- Conocer la situación de la migración de enfermería en Latinoamérica.
- Determinar las características de la migración de enfermería en Costa Rica.
- Conocer el impacto de la migración de enfermería en Costa Rica.
- Señalar los requisitos del país para la otorgación del permiso de trabajo a inmigrantes que aplica a enfermería.
- Informar sobre los requisitos de incorporación de la enfermera o enfermero migrante al Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- Distinguir la Plataforma en Enfermería que permite el conocimiento de la situación de migración en Enfermería en Costa Rica.

2. Material y métodos

El tipo de estudio es una investigación descriptiva documental, que relata la situación de la Migración de Enfermería en Costa Rica, ocurrida en los años del 2010 al 2019. Se basaron en fuentes de información primarias y secundarias, que registran estudios de migración en el país, datos cuantitativos de investigaciones al respecto, el marco regulatorio, y la accesibilidad de la base de datos, que permita tener los datos requeridos. Se realizaron consultas telefónicas a informantes claves.

Las técnicas de recolección de los datos: la oportunidad de accesibilidad a los documentos relacionados con la temática, la información producidos por la Organización Panamericana de la Salud de una investigación realizada en el 2011 promovida por OPS, boletines del Ministerio de Salud, de 2017 y 2019 (publicaciones del INEC) Instituto de Nacional de Estadística y Censos, consulta a la base de datos del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, previa autorización de la Junta Directiva, documentos electrónicos e informes, mapas, gráficas, cuadros estadísticos, material audiovisual, podcast y conferencias. El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante el ordenamiento de los documentos en forma cronológica, la valoración de su importancia para el estudio, se apuntaron citas y referencias relevantes al estudio.

Variables generales

Se construyeron las variables cualitativas.

- a. Estudios de la migración de Enfermería en Costa Rica.
- b. Caracterización de la migración de la Enfermería.
- c. Condiciones que inciden en el proceso de la migración en enfermería.
- d. Marco regulatorio de la migración de la Enfermería en Costa Rica.

3. Resultados

CUADRO 2.1

Costa Rica. Población total por sexo y tasa de crecimiento,
1999 - 2019

[Tasa por mil habitantes]

Año	Población			Tasa de crecimiento
	Total	Hombres	Mujeres	
1999	3 786 841	1 916 262	1 870 579	-
2000	3 872 349	1 961 351	1 910 998	2,23
2001	3 953 393	2 002 061	1 951 332	2,07
2002	4 022 431	2 036 864	1 985 567	1,73
2003	4 086 405	2 069 239	2 017 166	1,58
2004	4 151 823	2 101 920	2 049 903	1,59
2005	4 215 248	2 133 445	2 081 803	1,52
2006	4 278 656	2 165 366	2 113 290	1,49
2007	4 340 390	2 195 780	2 144 610	1,43
2008	4 404 090	2 227 563	2 176 527	1,46
2009	4 469 337	2 260 174	2 209 163	1,47
2010	4 533 894	2 292 322	2 241 572	1,43
2011	4 592 149	2 321 360	2 270 789	1,28
2012	4 652 459	2 351 032	2 301 427	1,30
2013	4 713 168	2 380 850	2 332 318	1,30
2014	4 773 130	2 410 323	2 362 807	1,26
2015	4 832 234	2 439 333	2 392 901	1,23
2016	4 890 379	2 467 829	2 422 551	1,20
2017	4 947 490	2 495 770	2 451 720	1,16
2018	5 003 402	2 523 072	2 480 330	1,12
2019	5 058 007	2 549 677	2 508 330	1,09

Fuente: INEC-CCP. Estimaciones y proyecciones de población 1950 - 2050,

Se presentan aspectos generales que describen el perfil de salud del país, de salud, de recursos humanos y de la situación de las migraciones en Enfermería.

Los datos se muestran en forma descriptiva, se introducen que revelan la panorámica de la situación encontrada.

3.1 Perfil del país.

3.1.1 Perfil poblacional y social, población total, población por género.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos, nos presenta el siguiente cuadro estadístico respecto a población del 2019, por sexo y la tasa de crecimiento.



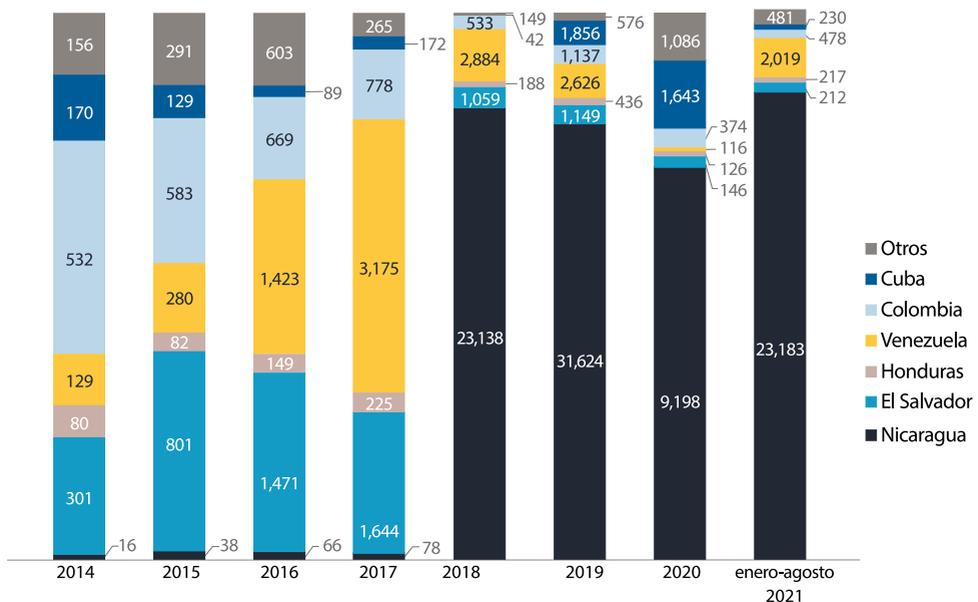
INEC, (2019). Panorama demográfico 2019. Costa Rica. INEC.

La densidad promedio poblacional es de 75 habitantes por km², (con rangos de 10 a 1000 hab/km²).

1. Estadísticas migratorias

Chaves-González, Diego y Mora, María Jesús. (2021). El estado de la política migratoria y de integración de Costa Rica. Costa Rica. Instituto de política migratoria, presentan los siguientes cuadros y gráficos, que muestran la situación de migrantes en el país.

GRÁFICA 2
Solicitudes de refugio por país de origen, 2014 a mediados de 2021



Fuente: Análisis de los autores en datos compartidos por la Unidad de Refugio de Costa Rica en septiembre de 2021.

(Chaves González, Diego et al, p. 12).

Marco normativo y de regulación de migraciones en el país.

⁹ Artículo 15 y 18, inciso 2, 5, 18 y 21 de la *Ley General de Migración y Extranjería*; Artículo 29 de la [Ley General de Policía](#) (Ley No. 7410, 1994).

¹⁰ Artículo 18, inciso 4 de la *Ley General de Migración y Extranjería*.

¹¹ Artículo 18, inciso 12 de la *Ley General de Migración y Extranjería*.

¹² Artículo 18, inciso 13 de la *Ley General de Migración y Extranjería*.

¹³ Artículos 29 y 13, inciso 28 de la *Ley General de Migración y Extranjería*, Art. 29; Artículo 276 del [Reglamento de Control Migratorio](#) (Decreto No. 36769-G, 2011).

¹⁴ Artículo 25 de la *Ley General de Migración y Extranjería*.

¹⁵ [Reglamento de Extranjería](#) (Decreto No. 37112-G, 2012)

¹⁶ [Reglamento de Control Migratorio](#) (Decreto No. 36769-G, 2011).

¹⁷ [Reglamento de Personas Refugiadas](#) (Decreto No. 36831-G, 2011).

¹⁸ [Ley contra la Trata de Personas y Creación de la Coalición Nacional contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y la Trata de Personas \(CONATT\)](#) (Ley No. 9095, 2013).

(Pikielny, María Sol y Mora, Mará Jesús. (febrero 2021). *Marco legal e institucional migratorio de la República de Costa Rica: Un documento informativo*. Costa Rica. Instituto de políticas migratorias. p:3.)

3.3 Perfil geográfico

Costa Rica, situada en América Central, tiene una superficie de 51.100 Km² con lo que se encuentra entre los países más pequeños.

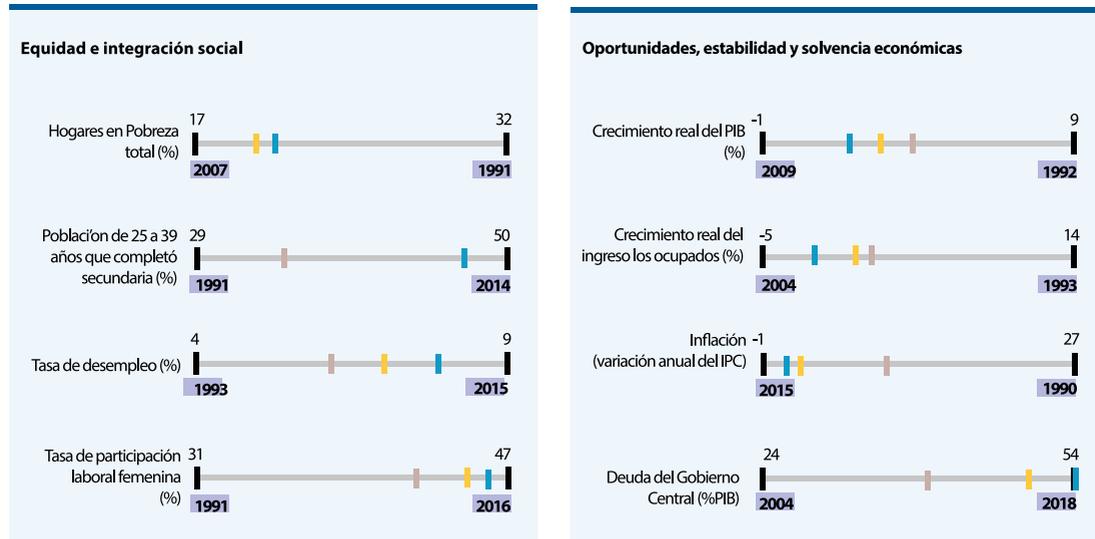
Clima: tropical, La temperatura media es de 22°C. Tiene dos estaciones: verano e invierno. Hay variantes como resultado del cambio climático.

División política.

La República de Costa Rica está dividida territorialmente en 7 provincias fragmentadas en 82 cantones y estos a su vez, subdivididos en 485 distritos colegiados. Las provincias son San José, Cartago, Alajuela, Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón.

Perfil social

Se orienta hacia la equidad, la integración social, las oportunidades, estabilidad y solvencia económica como ejes transversales para el desarrollo social, que nos heredaron nuestros antepasados como la consigna de ser igualitarios que se transformó a lo largo de la historia y hoy se manifiesta con desigualdades e inequidades.



El índice de Gini en el 2010 era de 0.503, siendo la Región Chorotega con un índice mayor en la Región, mostrando un panorama de desigualdad e inequidad son reveladas por un índice de 9,519 en conjunto con la Huétar norte de 0,519.

En el 2019: el índice de Gini 0,508 y la Región Huétar Norte mantiene el índice más alto en relación con las otras regiones de 0,508, igual que la nacional. En esta Región la inmigración es muy numerosa.

Gobierno

Por ser una república democrática su sistema político está dividido en tres poderes:

Poder Ejecutivo: Presidente de la República, elegido mediante sufragio directo, cada cuatro años, se puede reelegir después de ocho años. Dos vicepresidentes, un gabinete presidencial compuesto por los Ministros de Estado, que asumen carteras en lo económico, lo social, lo productivo y lo cultural.

Poder Legislativo: integrado por 57 diputados (representantes populares, responsables de dictar leyes.

Poder Judicial: lo forma una Corte Suprema, que consta de cuatro Salas. Asimismo, lo integran los Tribunales Superiores y Juzgados en cada materia. Según lo dispone la Constitución Política de Costa Rica, el Tribunal Supremo de Elecciones, con independencia de los Poderes de la República, es el encargado de la organización, dirección y vigilancia de los procesos electorales que se realizan cada cuatro años. Es un país sin ejército desde 1948

En la coyuntura actual en que Costa Rica está siendo afectado por el crecimiento económico bajo,

alto nivel de desempleo especialmente por la pandemia y una gran inseguridad ciudadana, no se ve un norte claro en el rumbo que lleva el país.

Costa Rica - Índice de Progreso Social - SPI

Fecha	SPI	Fundamentos del Bienestar
2019	80,65	29º
2018	79,98	29º
2017	79,97	29º
2016	80,22	28º

(Lic. Bernal Monge)- Pacheco, Consultor 14 octubre, 2020. Publicación)

Se evidencia un leve descenso en los fundamentos del bienestar, asociado a desigualdades e inequidades.

3.6 Escolaridad.

En el 2011, la tasa de analfabetismo es 2,7%. INEC. En el 2011 la tasa de alfabetización es:

Cuadro 6.
Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y sexo según provincia. Costa Rica.2011

Provincia	Alfabetismo		Analfabetismo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
San José	560 784	625 179	8 775	9 364
Alajuela	339 411	349 693	11 196	10 209
Cartago	198 588	208 457	4 205	4 494
Heredia	176 104	188 365	3 086	2 963
Guanacaste	129 514	134 366	4 263	3 845
Puntarenas	161 438	162 590	6 574	6 278
Limón	149 522	150 197	5 665	5 813

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

Tabla 3 Tendencias en Indicadores Sociales

Indicadores	2000	2005	2010	Último año disponible
Tasa bruta de escolaridad primaria. ^a	-	113,3	113,4	106,6 (2017)
Tasa de alfabetización. ^b	94,87			97,41 (2011)
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad. ^c	77,8	67,7	62,3	54,6(2017)

Fuente: elaboración propia

Nota: ^a datos de indicadores de la fuente (16), la tasa de alfabetización corresponde al porcentaje de personas mayores de 15 años, fue tomada de ^b (17), ^c datos de indicadores OPS (18).

Un leve descenso de la escolaridad primaria.

3.7 Actividad económica principal.

La actividad económica es muy variada y debe ser considerada de acuerdo a las regiones para la reactivación económica que permita mejorar el ingreso, el empleo, los salarios y el apoyo solidario para la reducción de las desigualdades e inequidades y fortalecimiento de un Estado de bienestar, que reduzca las emigraciones y ofrezca mejores condiciones de vida a migrantes.

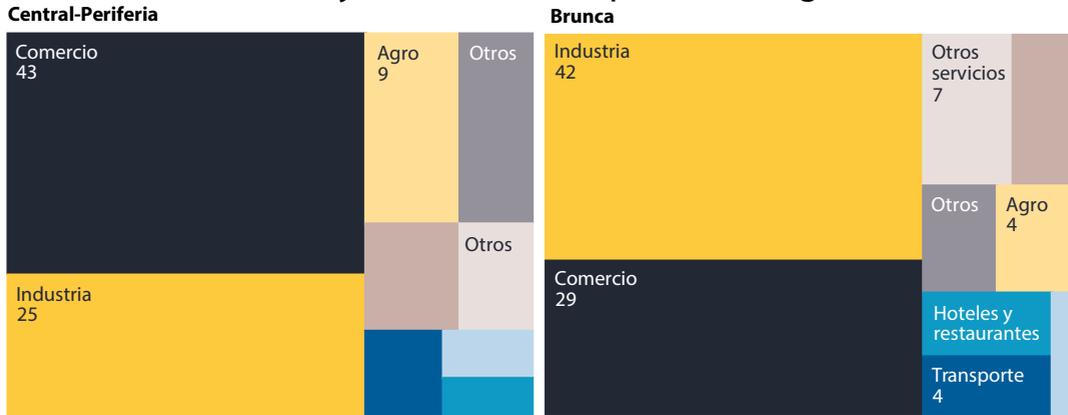
En el Informe del Estado Nación del 2019, muestra, la actividad por Regiones. Destacándose las actividades de comercio e industria y solo en la tipología de las estructuras productivas regionales, según distribución de los ingresos por concepto de ventas y sector económico. 2017

a) Central-GAM: asiento de la industria

Central-GAM



b) Central-Periferia y Brunca: fuerte peso de la agroindustria



c) Huetar Norte y Huetar Caribe: regiones agropecuarias



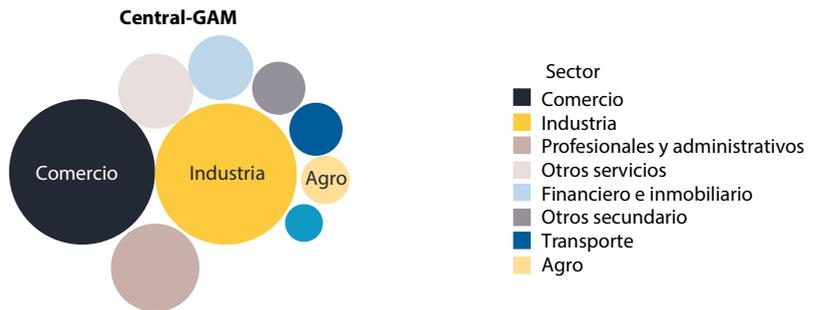
d) Chorotega y Pacífico Central: regiones con un peso significativo de las actividades relacionados con el turismo



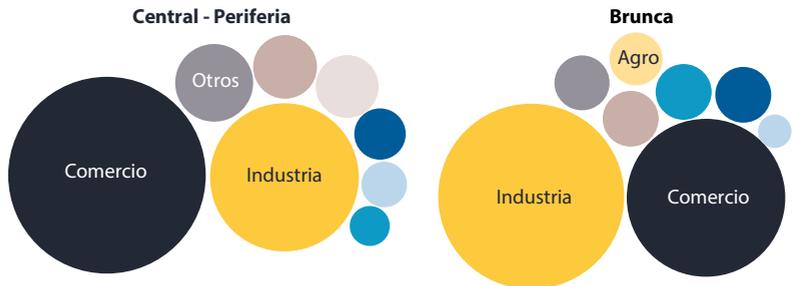
Fuente: Jiménez-Fontana y Segura 2019b, con datos del ICR

El presente gráfico visualiza la variedad de actividad económica en el país, el predominio del comercio y la industria, las Regiones Huétar norte y el Caribe (zona costera) predominan el comercio y el agro. Las regiones Chorotega y Pacífico central (región costera) predominan el comercio y los hoteles y restaurantes.

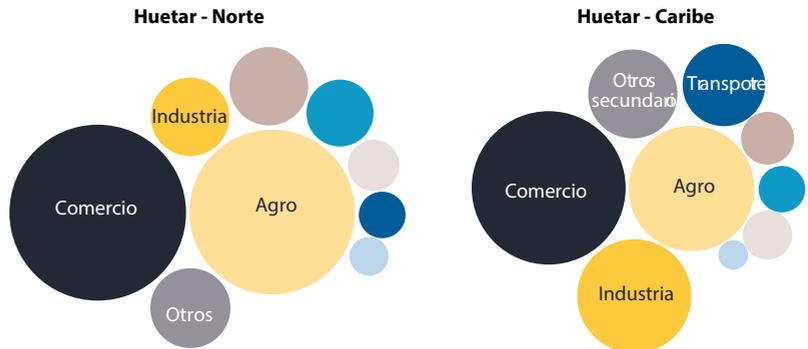
a) Central-GAM: asiento de la industria y los servicios más sofisticados del país



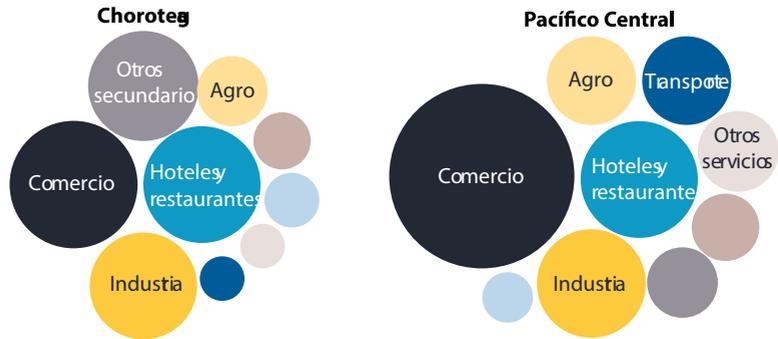
b) Central-Periferia y Brunca: fuerte peso de la agroindustria



c) Huétar Norte y Huétar Caribe: regiones agropecuarias



d) **Chorotega y Pacífico Central:** regiones con un peso significativo de las actividades relacionados con el turismo



Tomado de: Estado Nación (2019). Informe del Estado Nación 2019. Costa Rica. Estado Nación p.129

3.8 Índice de pobreza

Mónica Cerdas 21 de octubre 2021, 3:39 PM expresa:

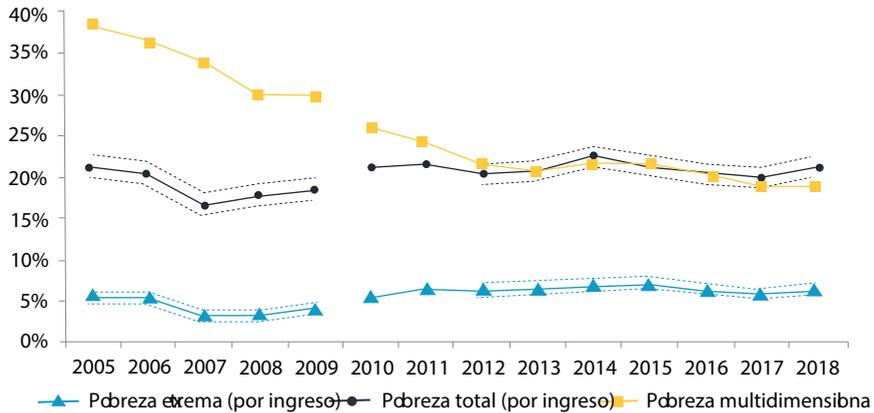
21 de octubre 2021, 3:39 PM

El nivel de pobreza en Costa Rica alcanzó un 23%, lo cual equivale a 383.500 hogares que se encuentran en esta condición, 36.000 menos con respecto al 2020. Sin embargo, la incidencia es superior a la de 2019, año en que la estimación fue de 21%.

Además, ese 23% representa a 1,35 millones de personas en pobreza y en pobreza extrema, lo cual refleja una disminución de 3,8 puntos porcentuales (p. p.) con respecto al año anterior.

La incidencia de pobreza del país en 2021 es la segunda más alta calculada en la serie de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), desde el 2010, pues la primera corresponde al 26,2% registrado en 2020.

Gráfico 1.21
Evolución de la incidencia de lapobrea, por método



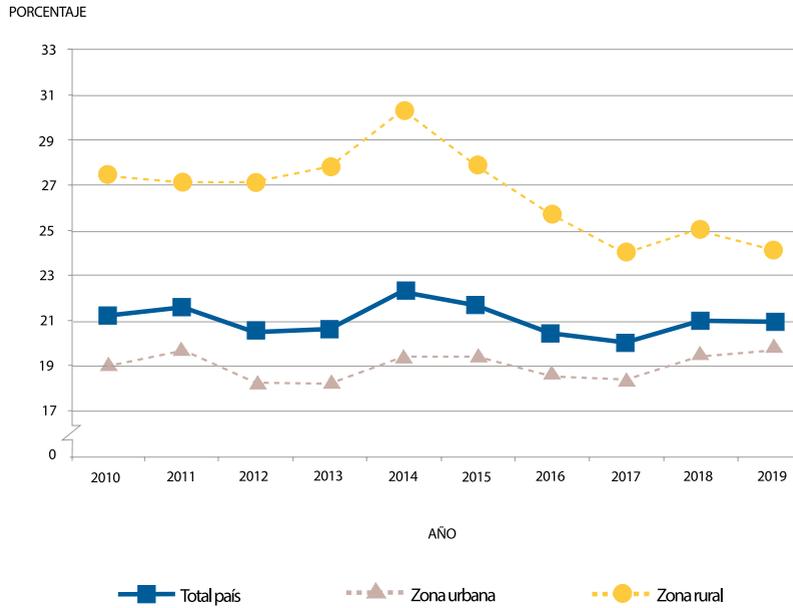
Cuadro 1
Costa Rica. Distribución porcentual de los hogares
Por año y nivel de pobreza LP
Segun zona y región de planificación,
Julio 2020 y julio 2021

Zona y región de planificación	2020		Pobres			2021		Pobres		
	Total	No pobres	Total	Pobreza no extrema	Pobreza extrema	Total	No pobres	Total	Pobreza no extrema	Pob est
Total	100.0	73.8	26.7	19.1	7.6	100.0	77.8	23.8	16.7	
Zona										
Urbana	100.0	73.6	26.4	19.5	6.9	100.0	78.2	21.8	15.3	
Rural	100.0	74.5	25.5	18.2	7.3	100.0	73.7	26.3	18.0	
Región de planificación										
Central	100.0	76.3	23.7	17.7	6.0	100.0	81.9	18.1	14.2	
Chorotega	100.0	68.3	31.7	22.8	9.0	100.0	73.8	26.2	17.7	
Pacífico Central	100.0	65.3	34.7	23.4	11.3	100.0	69.1	30.9	22.5	

En este cuadro se visualiza los hogares pobres y su relación con los niveles de pobreza, que componen la zona urbana y la rural.

Zona urbana, los no pobres son el 73 %, de pobreza extrema el 26% (2020), de zona rural los hogares no pobres lo constituyen 74,5% y de pobreza extrema el 35,5 %

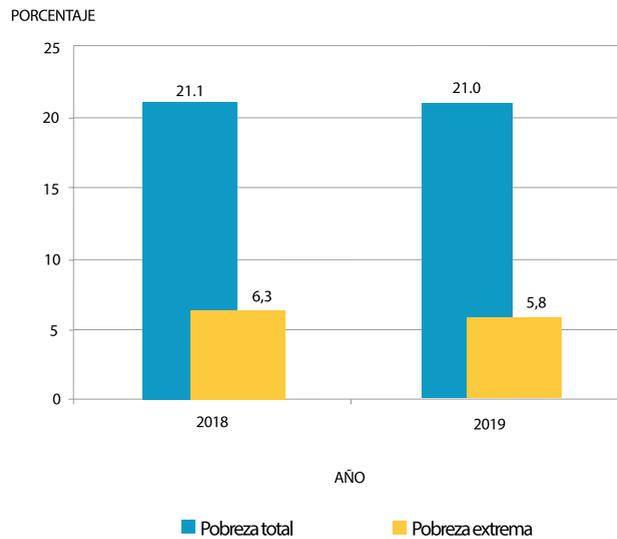
Porcentaje de hogares en pobreza LP por año según zona, julio 2010 - 2019



LP: línea de pobreza

Gráfico 4.4

Porcentaje de hogares según nivel de pobreza LP, julio 2018 y julio 2019



La incidencia de pobreza del país en 2021 es la segunda más alta calculada en la serie de la Enaho. (Encuesta Nacional de Hogares) desde el 2011)

En términos de personas, la incidencia de la pobreza del país en el 2021 es de 26,2 %, lo cual representa 1 351,7 miles de personas pobres (en pobreza y en pobreza extrema), esto significa una disminución de 3,8 p.p., es decir, 177,6 miles de personas menos en situación de pobreza.

INEC. (2010). Encuesta Nacional de Hogares, Julio 2019

RESULTADOS GENERALES, Costa Rica

Cuadro 8. Resumen de la tendencia de la incidencia de la pobreza en el periodo 1987-2017

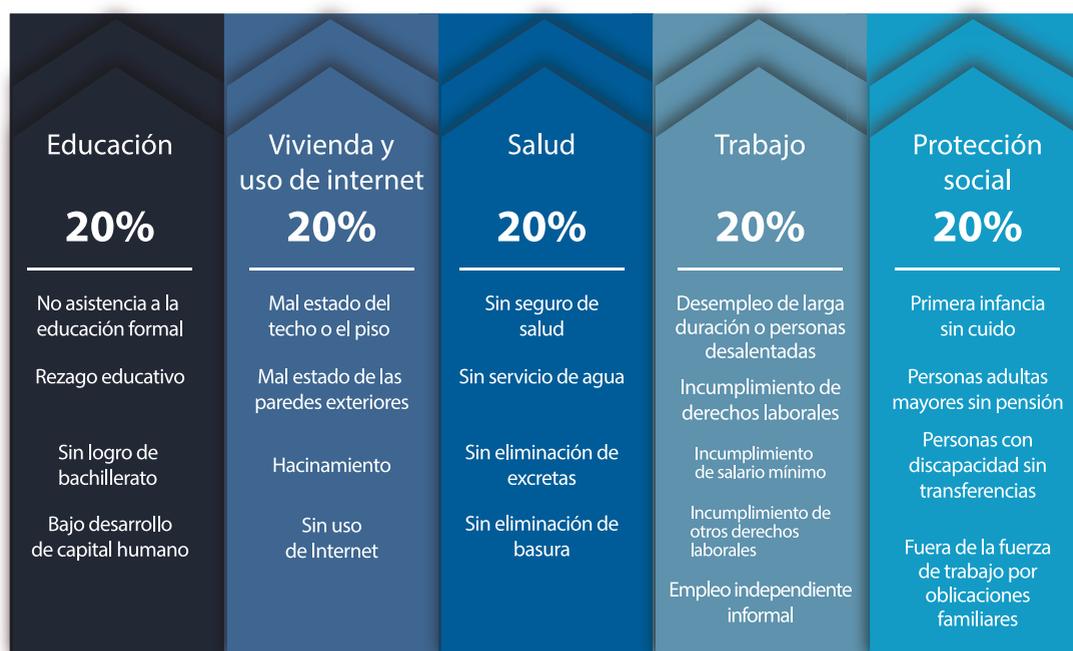
Periodo	Tendencia de la incidencia	% de hogares pobres	
		Al inicio	Al final
1987-1992	Estancamiento	36,7	35,3
1992-1994	Reducción	35,3	26,9
1994-2006	Estancamiento	26,9	27,3
2006-2017	Reducción	27,3	18,9

Fuente: Elaboración propia.

Tomado de: Fernández Aráuz, Andrés y Jiménez Rodríguez, Ronulfo. (2017). La tendencia de largo plazo de la pobreza en Costa Rica: 1987-2017. Costa Rica. Academia de Centroamérica.p..41.

Existe una relación entre la incidencia de la pobreza y las condiciones básicas, tales como vivienda, trabajo que marca el Índice de pobreza multidimensional, que es expresa en pobreza, abandono, vulnerabilidad, desigualdades e inequidades tal como se observa en el presente esquema:

Composición y peso de las dimensiones del IPM



Ver documento "Metodología del IPM, 2015" para más detalles, en página web del INEC [<http://www.inec.cr/metodologias>].

3.9 Salario mínimo.

La población económicamente activa que es un indicador de la sostenibilidad de la economía del país, por eso es muy importante un salario digno y justo, así como las oportunidades de empleo que reduzcan la pobreza de las familias y la reducción del éxodo hacia las ciudades con abandono del área rural o de sus países.

El salario mínimo en Costa Rica en el 2021 es de 269.322,0 y varía según la categoría y habilidades de la persona trabajadora, se realiza una lista, que se publica en La Gaceta y es gestión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cada año se realiza una revisión por el Consejo Nacional de Salarios, por medio de una negociación con los Sindicatos y el Consejo. Existe una lista para el sector público y privado.

A continuación, se presenta una lista de un listado de salarios mínimos:

SALARIOS MÍNIMOS
SECTOR PRIVADO
AÑO 2021

Decreto N° 42748-MTSS, publicado en La Gaceta N295, Alcan 332, del 17 de diciembre del 2020. Y Resolución CNS-RG-6-2020 publicada en la Gaceta N°3, del 06 de enero 2021. Rige 01 de ene 2021.

SIGLAS Y SALARIOS MÍNIMOS

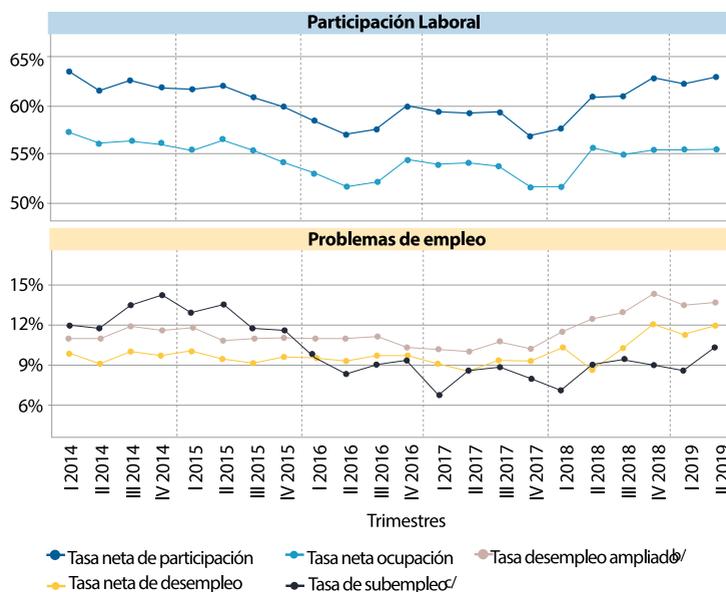
TONC	Trabajador en Ocupación No Calificada	€10.652,
TOSC	Trabajador en Ocupación Semicalfificada	€11.583,
TOC	Trabajador en Ocupación Calificada	€11.843,
TOE	Trabajador en Ocupación Especializada	€13.914,
TES	Trabajador de Especialización Superior	€21.593,
TONCG	Trabajador en Ocupación No Calificada (Genérico)	€319.574,
TOSCG	Trabajador en Ocupación Semicalfificada (Genérico)	€343.390,
TOCG	Trabajador en Ocupación Calificada (Genérico)	€359.544,
TMED	Técnico Medio en Educación Diversificada	€376.776,
TOEG	Trabajador en Ocupación Especializada (Genérico)	€406.010,
TEdS	Técnico de Educación Superior	€464.335,
DES	Diplomado de Educación Superior	€501.500,
Bach.	Bachiller Universitario	€568.819,
Lic.	Licenciado Universitario	€682.607,

* Salario mensual.

El que no tiene ninguna indicación, está por jornada ordinaria

Existen elementos que inciden en el mercado laboral y por lo tanto su impacto en el empleo y el salario, como se observa en los siguientes gráficos:

Indicadores seleccionados del mercado laboral^{a/}

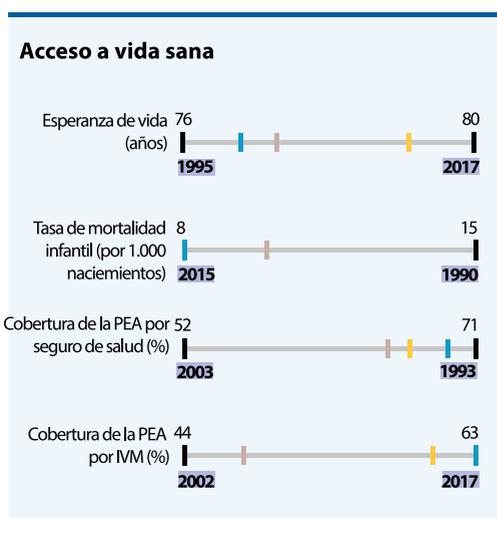


a/Las líneas punteadas identifican los trimestres de un año calendario.

b/La tasa de desempleo ampliada incluye, además de la población desempleada, a la población que está fuera de la fuerza de trabajo y disponible, pero desalentada.

c/La tasa de subempleo representa el porcentaje de la población ocupada que labora menos de cuarenta horas por semana, pero desea y está disponible para trabajar más tiempo.

Para el logro de un bienestar individual y familiar se requieren salarios dignos y justos, esta relación se observa en el siguiente esquema:



3.10 Acceso a vivienda, energía, agua potable, eliminación de residuos.

Vivienda y servicios básicos



En apariencia se mantiene un nivel óptimo de los servicios básicos al desagregarlos en relación en línea de pobreza o pobreza extrema probablemente la situación mostrara una variación. Dado que existe una relación entre el nivel de pobreza y la oportunidad de servicios básicos de calidad.

Manejo de residuos sólidos.

Se estima que actualmente se producen en Costa Rica todos los días alrededor de 4000 toneladas de residuos, un número tan grande que para comprender su magnitud debe contextualizarse; 4000 toneladas equivalen al peso de 300 buses. Unos 0,8 kilogramos de residuos por habitante por día. Este número ha ido en aumento puesto que en 1991 se producían en Costa Rica 1400 toneladas de residuos diarias, en el año 2006 este número ascendió a 3784, para el año 2014, ya se producían 4000 toneladas por día. Las razones que explican este aumento están relacionadas al incremento de la población, pero también a la adopción de patrones de los desechos sólidos, los principios y estrategias para la prevención de la contaminación ambiental y sus efectos adversos en la calidad de vida del planeta.

Tomado de: Fernández Vicente, Gabriel. (2020). El problema de la gestión de los residuos sólidos. Costa Rica, 360 Aguas verdes. sp.

3.2. Perfil sanitario del 2019

3.2.1 Causas de morbilidad.

Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte:

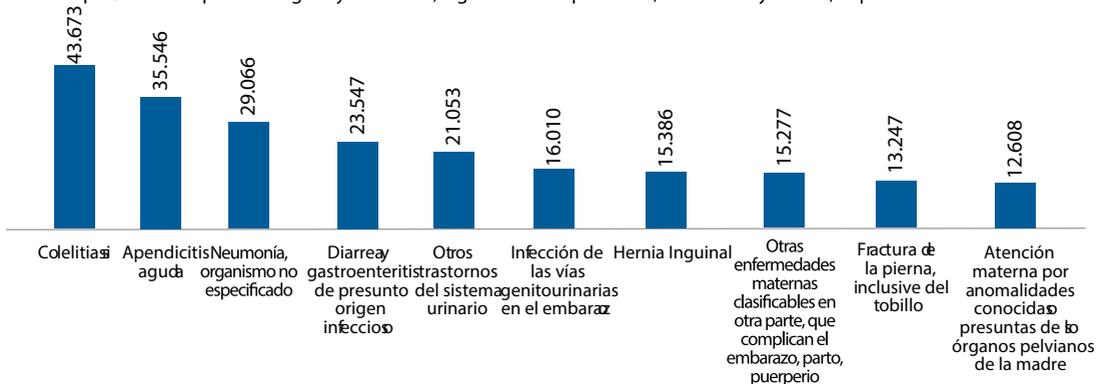
- Enfermedades crónicas:
 Diabetes.
 Hipertensión arterial
 Neoplasias: cáncer de mama, de colon, de recto
 Insuficiencia cardíaca congestiva.
 Tabaquismo
 Alcoholismo
 Fractura de cadera
 Obesidad
 Neumonía

El Ministerio de Salud en el 2019, reporta las siguientes causas de morbilidad:

Diez principales causas de morbilidad

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud CIE-10

La Colelitiasis, es la primera causa de morbilidad con **43.673** egresos. La segunda y tercera causa con mayor número de egresos hospitalarios son Apendicitis aguda y Neumonía, organismo no especificado, con **35.546** y **29.066**, respectivamente.

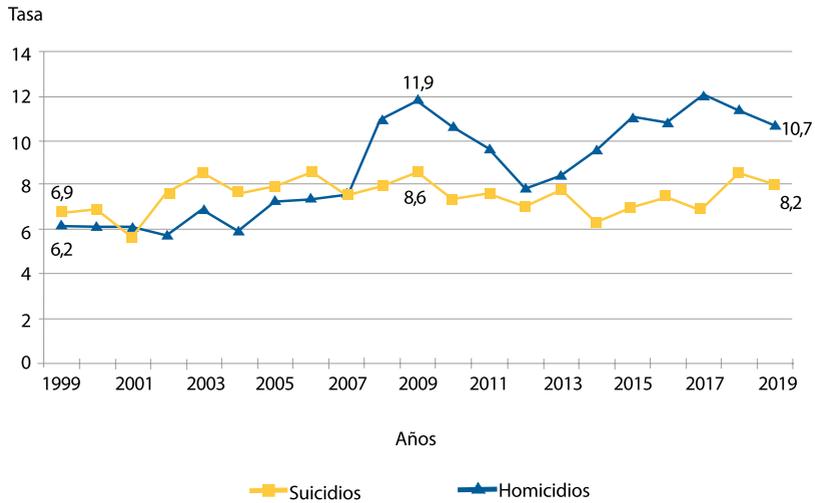


Las causas O80 - O84 referentes a partos, no se encuentran en este ranking puesto que a pesar de generar un egreso hospitalario no son consideradas causas de morbilidad

Gráfico 3.12

Costa Rica. Tasa de homicidios y suicidios, 1999 - 2019

(Por cien mil habitantes)



Nota: la tasa de homicidios toma en cuenta toda la población, mientras que la tasa de suicidios toma en cuenta la población de 5 años y más. Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 199 - 2019

Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de Situación Integral de Salud de Costa Rica*, -San José, Costa Rica

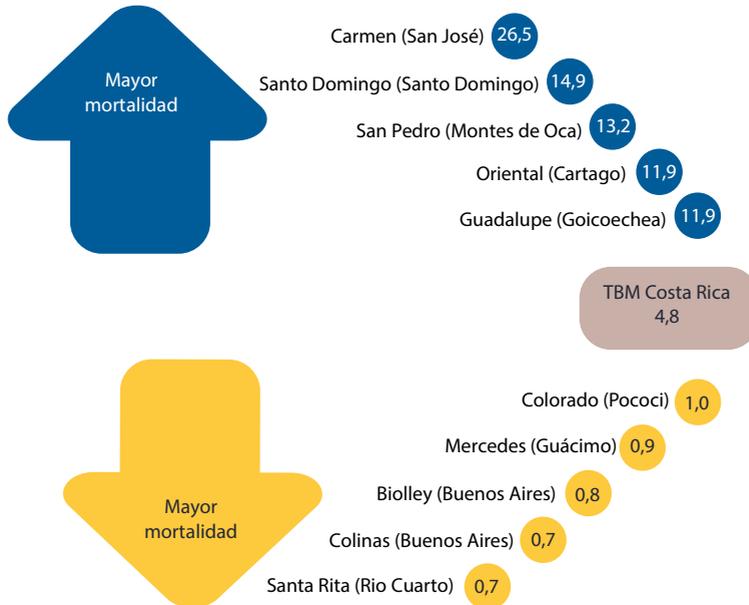
3.2.2 Causas de mortalidad

Figura 3.4
Costa Rica 10 causas de muerte por sexo, 2019

Rango	TotalH	ombrem	ujer
1	Infarto agudo del miocardio 1342	Infarto agudo del miocardio 826	Infarto agudo del miocardio 516
2	Cáncer gástrico 552	Cáncer de próstata 428	Cáncer de mama 366
3	Cáncer de próstata 428	Cáncer gástrico 351	Diabetes mellitus 219
4	Bronconeumoaí 426	Motociclista lesionado en accidente de tránsito 281	Cáncer gástrico 201
5	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada) 416	Bronconeumoaí 252	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada) 191
6	Diabetes mellitus 389	Enfermedad aterosclerótica de corazón 227	Diabetes mellitus (no insulinodependiente) 187
7	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada) 369	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada) 225	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada) 186
8	Cáncer de mama 367	Cáncer de pulmón 213	Exposición a factores no específicos, que causan fractura 185
9	Enfermedad isquémica del corazón 356	Enfermedad isquémica del corazón 208	Accidente cerebrovascular 185
10	Exposición a factores no específicos, que causan fractura 351	Enfermedad del hígado 190	Bronconeumoaí 174

FIGURA 3.3

Costa Rica. Top 5 distritos con la tasa bruta de mortalidad más alta y más baja, 2019



Las principales causas de muerte en el 2019 están relacionadas con: enfermedades crónicas, homicidios, suicidios y accidentes de tránsito.

Estadísticas Vitales 2019: Población, Nacimientos Defunciones y Matrimonios

3.2.3 Problemas de salud mental.

Un informe sobre la salud mental en el 2018 de la Universidad de Costa Rica señala lo siguiente: En el país no existen estudios epidemiológicos sobre la incidencia de trastornos mentales, ni políticas públicas que se orienten a la prevención y actividades de cuidado que disminuyan sus efectos en la salud de las personas.

El análisis señala lo siguiente:

El suicidio y los intentos de suicidio también han encendido las alertas en el país ante el incremento de los casos, especialmente entre la población adolescente. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, la tasa de suicidio es de 5,8 por cada 100 mil habitantes, lo que significa que en promedio hay 318 suicidios al año, con una mayor prevalencia entre los hombres, pero con un acelerado aumento en las mujeres.

Al respecto, el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) anunció en setiembre pasado que hasta ese momento se habían contabilizado en el año 2011 suicidios. Asimismo, reveló que esta es la tercera causa de muerte en Costa Rica entre jóvenes en edades comprendidas entre 15 y 19 años. (Universidad de Costa Rica, octubre 2018. Costa Rica).

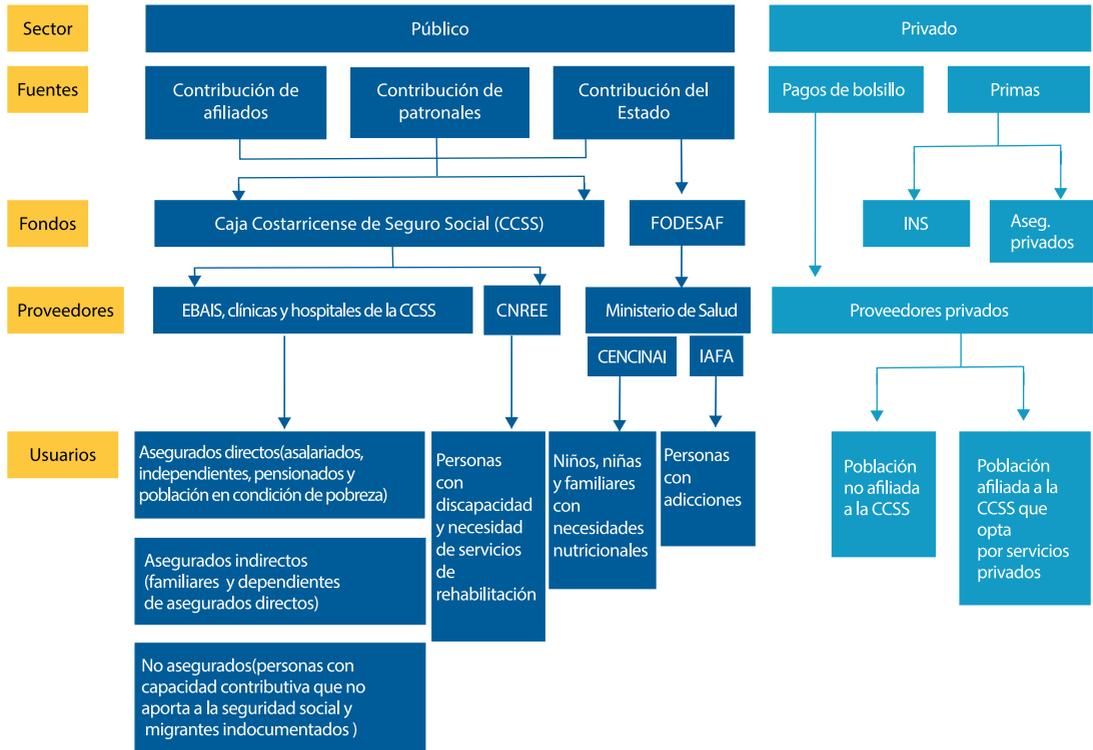
Se reportan bipolaridad, depresión, trastornos del estado de ánimo, trastornos de pánico y fobias.

En consulta telefónica con la enfermera Especialista en Salud Mental, Dra. Mauren Araya Solís, Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, que realizó una búsqueda de la información con la especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Dra. Maricruz Pérez Retana del Ministerio de Salud, la cual informó referente a la situación del 2010 el registro de los problemas de Salud Mental en el país, señalando la inexistencia de estudios de información de los mismos, sino que se estudiaban las diarreas, tuberculosis, diabetes, hipertensión, a partir del 2012, mediante el Decreto Ejecutivo # 37306, se estableció de carácter obligatorio la declaración de la Depresión, Esquizofrenia, el intento de suicidio, el trastorno bipolar para tener mayor control de las mismas y mejorar la toma de decisiones.

3.2.4 Sistema de salud.

En la historia del sistema de salud en Costa Rica se destaca la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en el año 1941, en su inicio para atender a los asalariados y las asalariadas, pero con el mandato de universalizar los servicios en el año 1961. El sistema de salud atravesó por varias reformas a lo largo de las décadas, configurándose como un sistema de salud basado en la seguridad social, con cobertura universal y financiamiento tripartito: empleados, empresas y el estado. La CCSS opera como un pagador único y, en general, posee sus propios proveedores de servicios, pero también contrata al sector privado. (Ratbe, Magdalena, blog Fundación. <https://fundacionplenitud.org>. Bajado el 2 abril del 2020. <https://fundacionplenitud.org>. Bajado el 2 abril del 2020).

Figura 1 Organización, funcionamiento y esquema de financiamiento del sistema de salud de Costa Rica

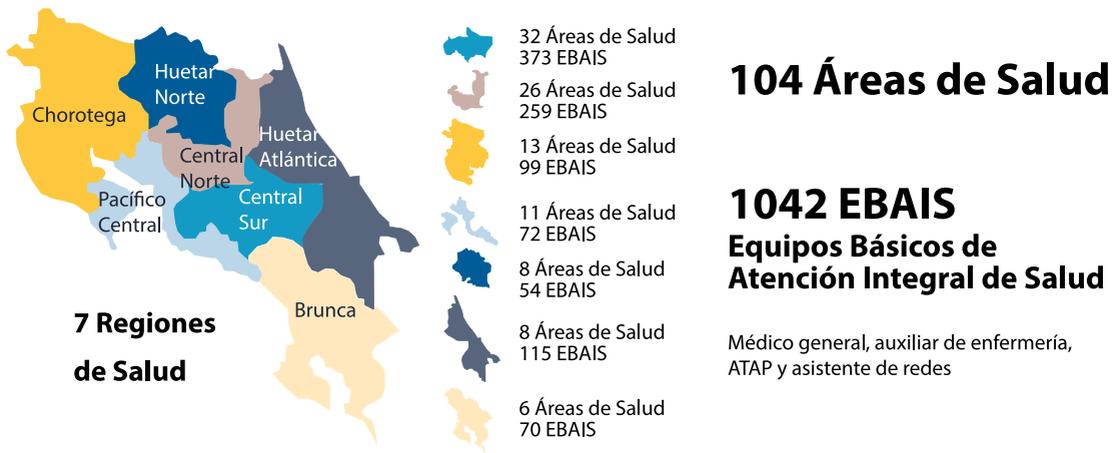


Fuente: Tomado de la referencia (20)

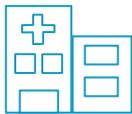
Imagen 1 Establecimientos de salud de primer nivel de la CCSS, por región 2018

Primer Nivel de Atención de la CCSS

corte al 31 de diciembre de 2017



Establecimientos de Salud Infraestructura



104 Sedes de Área



520 Sedes de Ebáis



693 Puestos de visita Periódica

La atención de salud de la Caja costarricense del Seguro Social está organizada en Redes de Servicio de Salud por regiones: este, noroeste y sur.

Tomado de: OPS. (2018). Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2018 Con base al Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. Costa Rica. OPS.

Cuadro 5 Establecimientos que conforman el tercer nivel de atención, CCSS

Hospitales Nacionales Generales	Hospitales Nacionales Especializados	Centros Especializados
H. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	H. Dr. Raúl Blanco Cervantes (Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología)	Clinica Oftalmológica
H. San Juan de Dios	H. Dr. Adolfo Carit Eva (Hospital de la Mujer)	Laboratorio Nacional de Genética Molecular Humana
H. México	H. Nacional de Niños (Dr. Carlos Sáenz Herrera)	Laboratorio Nacional de Citologías
	H. Nacional Psiquiátrico	Banco Nacional de Sangre
	H. Chacón Paut	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
	Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	Centro Nacional de Resonancia Magnética

Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud

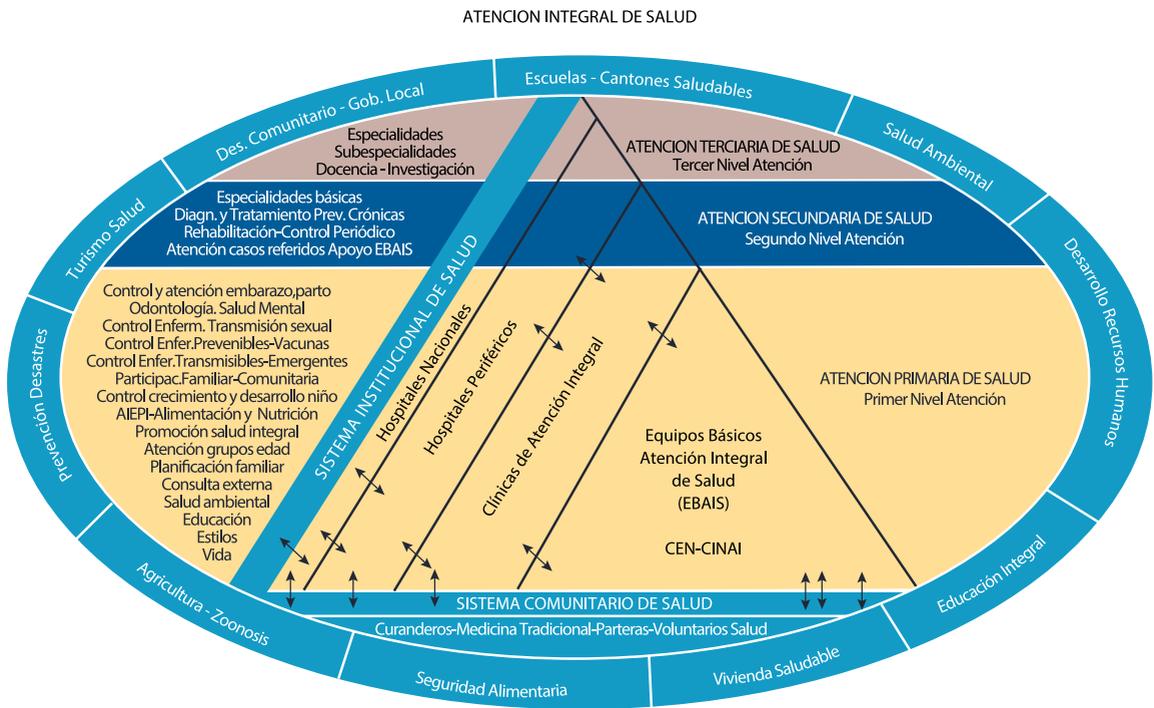
3.2.5 Atención primaria de Salud.

La promulgación de la Política de salud para todos marco una alerta significativa a los gobiernos del mundo en el rescate de la justicia social y la responsabilidad de estos en la reducción de la pobreza, las desigualdades e inequidades para todas y todos los ciudadanos /as que permitan el logro del bienestar social, la reducción de la violencia, el hambre , la falta de oportunidades del empleo, el analfabetismo y la angustia de una sobrevivencia flagrante de enfermedades y de una triste realidad inhumana de vida.

El Dr. Hugo Villegas exrepresentante de OPS en Costa Rica, señala en su publicación Atención primaria de salud en Costa Rica: 25 años después de Alma. Ata, en el 2005, señala:

La Atención Primaria de Salud es uno de los logros más destacados en Costa Rica en el tercio final del siglo pasado, con avances en la prevención y control de enfermedades, en la atención integral, en la reducción de factores de riesgo, en la búsqueda de niveles adecuados de salud, desarrollo humano y bienestar para todos, y más para quienes más lo necesitan. La mejor expresión de este esfuerzo de trabajadores de salud, gobernantes y comunidades fue lo que se dijo en la Asamblea Mundial de la Salud de 1978, en Ginebra: "Costa Rica es una nación que todos debemos admirar porque está logrando tener salud sin riqueza, y esto es algo de destacar en los países en desarrollo".

El Sistema de Salud costarricense ha tenido destacadas vinculaciones con otros sectores e instituciones encargadas del desarrollo nacional, integrando acciones, compartiendo responsabilidades para que la población participe activamente, y sea beneficiaria y participe del proceso. En otros apartados, se ha descrito la acción intersectorial y las acciones de los diversos entes participantes. El gráfico siguiente presenta el esfuerzo, en la década de los 70, antes de la Reunión de Alma-Ata y que constituyó el principal aporte al concepto de Atención Primaria de Salud.



Fuente: programa Salud Rural y Comunitaria-Costa Rica
 Dr. Hugo Villega de Olazábal - 1977
 (Actualización 2004)

La estrategia de Atención Primaria de Salud, en el país se adecuó al primer nivel de atención y a un personal Técnico en Atención Primaria de Salud, que recibe un curso denominado ATAPS, formado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense del Seguro Social, por medio del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), ente encargado de la docencia. Este personal se ubica en el primer nivel de atención. En actividades de prevención y enlace del EBAIS (equipo básico de atención de salud) con la comunidad y las familias.

3.2.6 Acceso universal a la atención de salud.

La Dra. Rocío Sánchez Madrigal, ex Ministra de Salud y ex Presidenta de la Caja Costarricense de la Caja del Seguro Social, en el 2012, publicó un artículo referente a Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica. En esta publicación analiza la organización del sistema de salud, en el cual la Caja costarricense ha tenido una evolución positiva de la iniciativa de acceso y tendencia a la cobertura universal, las estrategias aplicadas y los resultados del perfil epidemiológico, el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, el establecimiento de los niveles de complejidad, el financiamiento. Sin embargo, la crisis de los 80 más relacionada con la crisis de valores, corrupción, el aumento de la población, la cual no cotiza por falta de empleo y pobreza, además, las faltas de transparencia inciden en el modelo de atención universal. Se ha presentado una condición muy importante que se denomina listas de espera, que afectan la salud y calidad de vida de las personas que requieren resolver su serio problema de salud que las coloca en el abismo de la inminente mortalidad.

Concluye lo siguiente:

El sistema de seguridad social costarricense es considerado a nivel internacional como uno de los sistemas más exitosos y eficientes de Latinoamérica. Inició con el seguro social a los trabajadores del sector público y se ha ido consolidando hasta convertirse en uno de los sistemas públicos más comprehensivos en el abordaje de la salud, y de los de mayor universalización tanto en el nivel financiero como poblacional. Sin embargo, en la actualidad su principal reto es la sostenibilidad del sistema para mantener y ampliar cobertura; la ruta propuesta consiste en renovar y fortalecer los principios de equidad, solidaridad y universalidad; incorporar nuevos principios de transparencia, sostenibilidad y participación que se sumen al esfuerzo de construcción de un sueño histórico y alcanzar la cobertura universal.

Saézn Madrigal, Rocío, (2012). Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica. Rev. Rupturas" (2). San José.

3.2.7. Perfil de salud de Costa Rica.

a. Números de médico, médicas, enfermeras y enfermeros

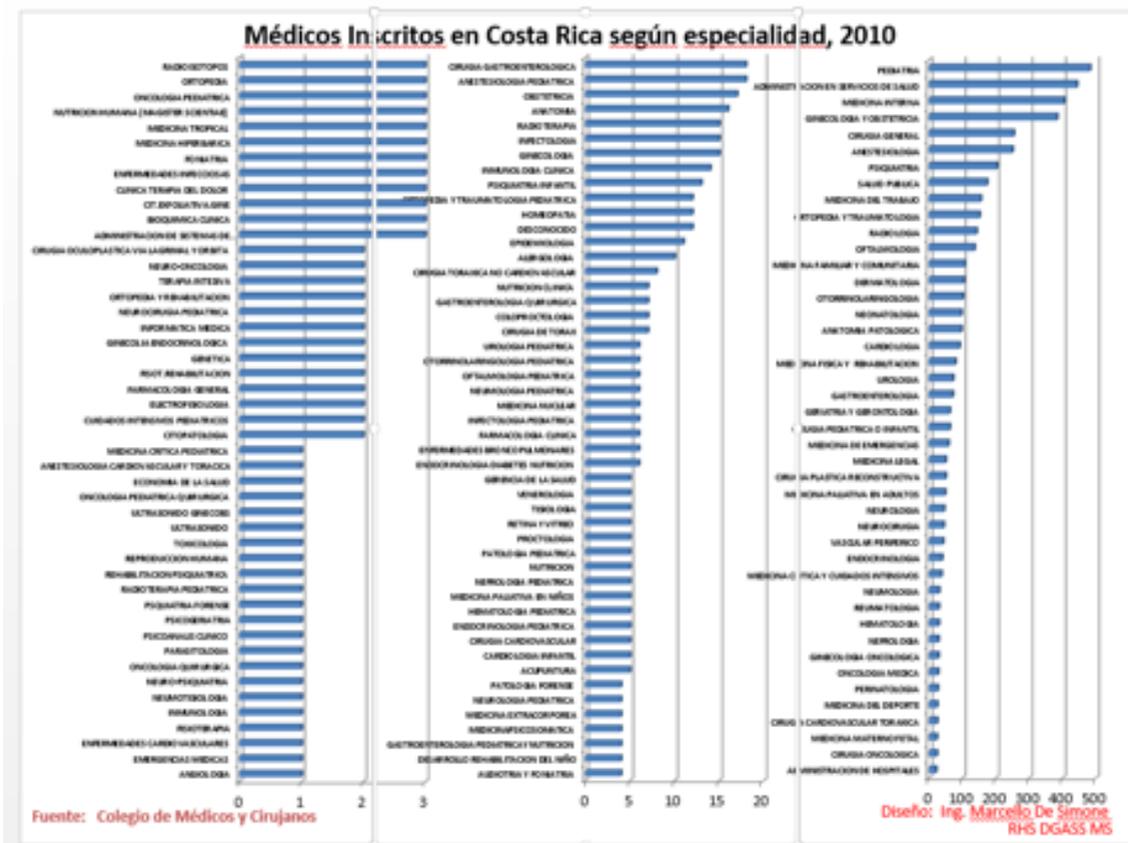
En el 2010 el personal médico es de 13.66 médicos; 8.89 enfermeros profesionales

En cuanto a médicos /as se tuvo acceso a la información muy restringida y poco accesible en el 2010, encontrándose la publicación del siguiente cuadro:

Cuadro. Número de Médicos y Médicas, Enfermeras y Enfermeros. Costa Rica. 2008 – 2010

MEDICOS Año	Género Masculino (n)	Género Femenino (n)	Total
Graduados en el año 2008	163	211	374
Graduados en el año 2009	143	221	364
Graduados en el año 2010	141	184	325

ENFERMEROS (AS) Año	Género Masculino (n)	Género Femenino (n)	Total
Graduados en el año 2008	92	445	537
Graduados en el año 2009	112	447	559
Graduados en el año 2010	161	581	742

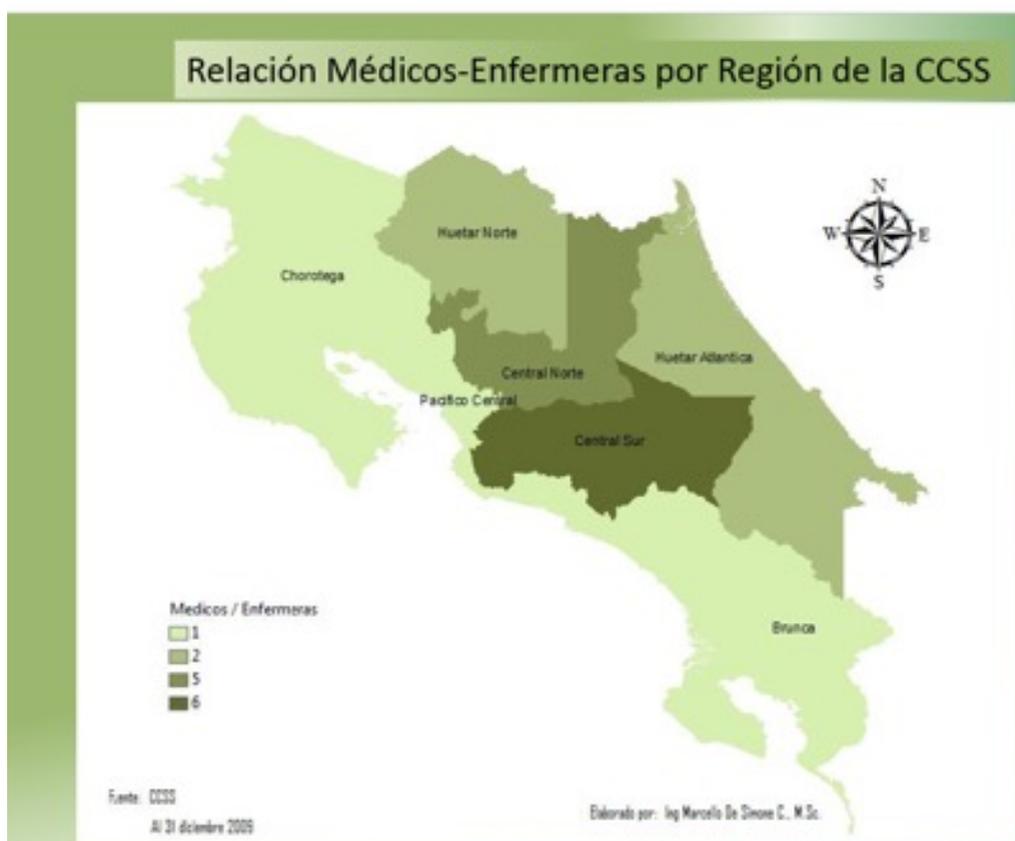


Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE; Observatorio Mundial de la Salud, OMS 2019

El número de médicos/as registrados en el país, de acuerdo con datos suministrados por el Colegio de Médicos y Cirujanos, a agosto de 2011 fue de: 9016 activos. Del 2000 al 2011, 52% del total histórico

El número de enfermeras y enfermeros registrados en el país, de acuerdo con datos suministrados por el Colegio de Enfermeras, a julio de 2011 fue de: 5193 licenciadas y licenciados en Enfermería.

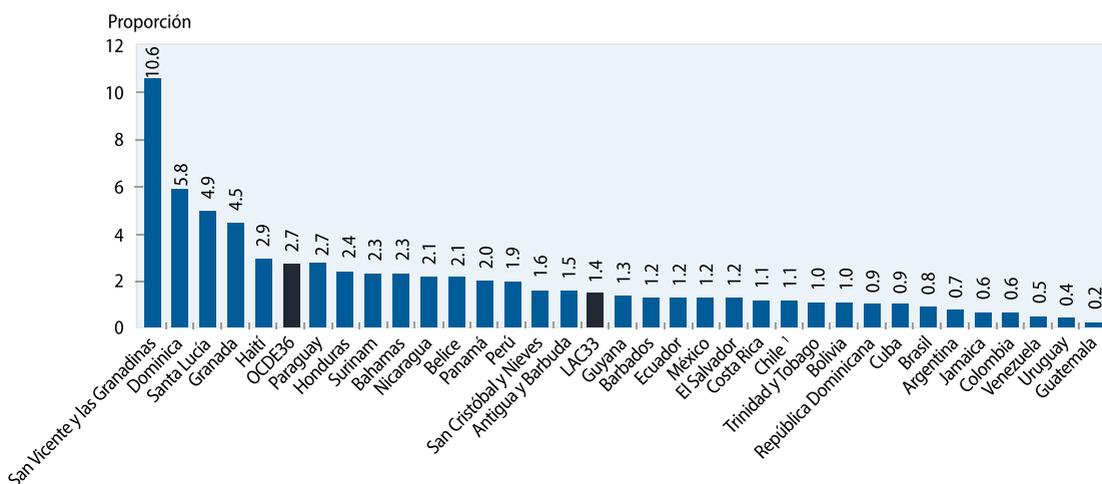
Es importante señalar, que, de acuerdo con la medición nacional de metas regionales en Recursos Humanos en salud, a noviembre de 2011 había 6647 enfermeras profesionales laborando en el país.



b. Proporciones y densidad y densidad / 10.000 habitantes.

La información encontrada por 1000 habitantes en el 2018.

Razón de enfermeras vs. Médicos en varios países 2019.



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE; Observatorio Mundial de la Salud, OMS 2019

c. Brecha de cobertura.

A pesar de que el Programa de Atención Primaria de la Caja costarricense de Seguro Social mediante la visita familiar por la persona técnica de atención primaria de salud tiene un expediente de cada familia, para la prestación del servicio, se requiere que la inscripción debe hacerla la persona interesada, lo que ocasiona que un grupo vulnerable no acceda a la misma, quedando excluidos del sistema. Por lo que, pueden verse afectada a la accesibilidad al servicio requerido, lo que incide en la continuidad de la atención de salud.

Además, la capacidad de la Caja Costarricense de Seguro Social es muy limitada por lo cual las familias migrantes en estado por debajo de la línea de pobreza pueden verse afectadas debido a una falta de plataforma y sistema de información adecuadas.

Todas las personas sin distinción de condición social y etnia tienen la oportunidad de recibir la atención a nivel ambulatorio o de hospitalización cuando acuden a los servicios, sin embargo, la continuidad de la atención puede ser afectada hasta tanto, no lleve a cabo las opciones de aseguramiento en las modalidades de asegurado directo, beneficiario, empleador o profesional, inscritas en el Régimen contributivo o no contributivo.

Otro problema lo constituyen las listas de espera que retardan la atención oportuna y eficaz del problema de salud, ya sea por la necesidad de la aplicación inmediata de medios diagnósticos pertinentes, tratamiento médico o quirúrgico, se han planteado estrategias de solución que está muy largo lo que va a reflejarse en complicaciones y muertes que podrían hacerse prevenibles.

Otro aspecto que inunemente se vislumbra es el financiamiento que permita la sostenibilidad del sistema y dotar de mayor complejidad al primer nivel y la reducción del gasto en los otros niveles de atención y dar soluciones integrales efectivas y eficaces. Implica buscar otras formas de financiamiento, que no conduzcan a la privatización y se mantenga los principios de universalidad, solidaridad, justicia social y del derecho a la salud y su protección. La salud es una inversión social.

d. Formación de enfermeras y enfermeros.

En Costa Rica el nivel de formación es de grado y de postgrado para las especialidades.

La formación está a cargo de universidades debidamente aprobadas dentro del marco normativo por ley.

Hay variedades curriculares que son aprobadas por la Vicerrectoría de docencia de la Universidad de Costa Rica y en el caso de las universidades privadas por el CONESUP (Consejo Nacional de Educación Superior)

La duración de la carrera es de 3 a 4 años en las universidades privadas (culmina con exámenes de grado o tesis) y de 5 años en la pública que culmina con una modalidad de trabajo de graduación (práctica dirigida, tesis, seminario).

Para ingresar a la Universidad de Costa Rica se requiere de la realización de una prueba de admisión, que exige a todas las personas que desean realizar sus estudios en dicha entidad universitaria. Universidades con carrera de Enfermería.

Pública: Universidad de Costa Rica.

Privadas:

Universidad Adventista de Centro América, UNADECA.

Universidad Santa Lucía

Universidad Autónoma de Centro América, UACA

Universidad de Iberoamérica, UNIBE

Universidad Latina de Costa Rica

Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica
Universidad Hispanoamericana

Ingreso al trabajo de enfermería.

Antes de solicitar empleo en los sectores privado y público, deben hacer el proceso de incorporación al Colegio de Enfermeras de Costa Rica, llenando los atestados requeridos por el marco jurídico de la Ley Orgánica 2343 y su Reglamento. La incorporación es obligatoria, de lo contrario, no puede ejercer, se le extiende una licencia que debe renovar cada dos años y pagar cada mes la cuota establecida por la corporación. Además, debe realizar el curso de Ética Profesional.

Para ingresar a trabajar a una institución de salud debe cumplir con la entrega de los documentos requeridos y su nombramiento es realizado por la Dirección de Enfermería y es de auxiliar de enfermería hasta que se presente el concurso de la oferta de plazas en propiedad de enfermería profesional, con los requisitos de concurso de la institución a nivel público (Caja Costarricense de Seguro Social) ya que en este momento la oferta es insuficiente lo que ha provocado un subempleo del 35 % aproximadamente y desempleo de un 30 % aproximadamente.

Actualmente se encuentran incorporadas 19.000 enfermeras y enfermeros.

Además, se cuenta con el marco legal del Estatuto de servicios de Enfermería Ley 7085 y su Reglamento (1987), que rige el empleo. Establece las categorías de enfermería, su regulación laboral y es vinculante para todas las instituciones públicas y privadas.

También las enfermeras y enfermeros realizan la práctica liberal.

f. Jornada laboral y salario medio.

La jornada laboral es de 8 horas, en internamiento labora en tres turnos en servicios de internamiento, el salario actual es de ₡809.000 colones, su equivalente en dólares actual \$1.173 que varía de acuerdo a la categoría de enfermería, complementario, antigüedad y dedicación exclusiva.

g. Organización profesional.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica, es la corporación que autoriza, regula y determina el ejercicio de la enfermería en el país, fundada en 1959.

3. Migración de enfermeras y enfermeros en América Latina

En el 2011 se realizó una investigación acerca de la situación de Enfermería promovida en América latina, el caso de estudio fue de la situación en América del Sur, participaron enfermeras de Argentina, Chile, Bolivia, Brasil, Colombia, Uruguay, Paraguay y Perú.

Se estudiaron los aspectos de: la magnitud, el impacto, las características, las razones y el impacto.

Entre los resultados se destacan: las razones por la que emigran: el salario y empleo, el sistema de seguridad social y el crecimiento económico.

Su efecto se manifiesta en el envío de las remesas y el éxodo del capital humano que afecta el desarrollo de los servicios de salud y por lo tanto en la evolución del desarrollo social, y por lo tanto en los sistemas de salud.

El espectro de la escasez de enfermeros y enfermeras es la tortura de los países.

Entre los principales resultados se destacan:

- La sobredimensión del fenómeno.
- Los países más desarrollados absorben el 92% del éxodo de las y los profesionales, con la consecuente afectación de los países con menor desarrollo y el efecto en las condiciones de vida de los pueblos, que pierden la oportunidad de mejorar su salud.
- Los motivos de la emigración son de carácter económico, familiar, de crecimiento personal, social y de seguridad.
- No se tienen estudios que evidencien el impacto del proceso migratorio de enfermería y la producción de las mejores evidencias.

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

Un estudio en el 2017, acerca de los Profesionales que emigran. Una comparación entre enfermeras e ingenieros mexicanos en Estados Unido, del Tratado de libre comercio entre Estados Unidos y México, denominado (TLCAN) el cual incluía la regulación de las profesiones.

Entre los factores estructurales identificados están las motivaciones para migrar, las redes familiares y profesionales y el rol de género.

Se examinan cómo los estándares de certificación, la capacidad de agencia de los migrantes y la intervención de diversos actores en la migración los cuales contribuyen a construir trayectorias laborales diferenciadas al interior de cada grupo profesional y entre ellos en el mercado de trabajo estadounidense.

Los principales hallazgos encontrados; diferencia entre los salarios de ingenieros y enfermeras, que obligan a este grupo a buscar otras formas ocupacionales agudizando el desempleo y subempleo en el país estadounidense.

Las diferencias en la trayectoria migratoria / laboral: por un lado, las barreras a la entrada, fuertes y de tipo credencialista, que, en el caso de las enfermeras, y más flexibles en el caso de los ingenieros, excepto en el caso de los civiles, que sí necesitan revalidar su título profesional en Estados Unidos. Las redes son conformadas por dos tipos de actores cuya presencia generalmente es excluyente en las trayectorias: los agentes subcontratistas y los familiares en Estados Unidos.

El rol de género entre las enfermeras que migraron por causas familiares fue en algunos casos un factor inhibitorio en la inserción laboral dentro del sector salud

Como consecuencia, las mujeres que entran a Estados Unidos por la vía familiar encuentran mayores barreras para cumplir sus objetivos laborales y profesionales.

Las certificaciones exigidas por las asociaciones de enfermería de Estados Unidos son una barrera que las enfermeras mexicanas deben salvar.

Hualde Alfaro, Alfredo y Rosales Martínez Yetzi (2017). Profesionales que emigran. Una comparación entre enfermeras e ingenieros mexicanos en Estados Unidos Espiral (Guadalaj.) vol.24 no.70 Guadalajara sep./dic.

Un estudio de la Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016, un estudio de caso, mostró lo siguiente:

- a. La crisis económica, efectivamente, cerró la puerta a enfermeras con formación internacional trabajaran como enfermeras en España.
- b. La negación del reconocimiento oficial de credenciales de enfermería parece no verse afectada por la existencia de acuerdos bilaterales de comercio y movilidad entre España y los países de origen.
- c. El nivel de migración de enfermería a España es un indicador sensible de las condiciones del mercado laboral interno, la falta de una política transparente sobre aprobaciones de credenciales, el gobierno está limitando en la práctica el acceso al mercado laboral de enfermería a enfermeras con formación en el extranjero

d. Los planificadores de recursos humanos sanitarios presten atención a la intersección entre el mercado laboral y las tendencias migratorias, para respaldar un debate transparente y basado en datos de todas las partes interesadas sobre el estado actual del mercado laboral de enfermería en España y sus necesidades futuras.

Pastor-Bravo, María del Mar y S. Nelson. (2019). Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016 un estudio de caso. Dialnet 66, (2) Junio.

En el 2011 se realiza un estudio de migración de enfermería a nivel de América Central, México y Caribe, auspiciado por la OPS encontrándose la siguiente situación:

Composición y distribución de la fuerza de trabajo

Tabla 1: Personal de enfermería por 10 000 habitantes

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

Tabla 2: Población total de personal de enfermería

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

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

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

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

* Según datos entregados por investigadoras.

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

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

Entre las razones de migración se señalan:

- Búsqueda de mejores oportunidades y el deseo de experimentar movilidad social.
- Conflictos de guerra civil en la última parte del siglo XX, generaron la migración forzada de grandes contingentes de población.
- Por oportunidades y el deseo de experimentar movilidad social.
- Las aspiraciones contrastan con una serie de limitaciones para el ejercicio de la profesión,
- La escasez de recursos y poca eficiencia administrativa de los sistemas de salud para brindar una atención de salud de calidad, condiciones deficientes para el desarrollo profesional,
- Bajos niveles de remuneración, y empleo inadecuado, inestable y con situaciones que limitan el desarrollo profesional y personal de la enfermera.
- La estabilidad social y económica de Costa Rica lo posicionan como un país con ventajas

comparativas para el ejercicio profesional de la enfermería en la subregión centroamericana.

- La cercanía con los Estados Unidos
- La mayor tasa de envejecimiento poblacional que caracteriza a los países desarrollados, situación que ha incentivado el surgimiento de una industria global de reclutamiento de recursos humanos que capta enfermeras de países en desarrollo asegurándoles mejores condiciones de trabajo y calidad de vida en los países de destino.
- Un factor fundamental es la falta de aplicación de regulación de los países, que establezcan las condiciones que aplicarse en las contrataciones, con un enfoque de solidaridad, justicia social y derechos humanos.
- Otra razón son las expectativas de las remesas.

Con respecto a Costa Rica y Panamá especifican que escapan de esta caracterización, ya que el primero ha mantenido su condición de atracción migratoria intrarregional por su especificidad sociopolítica y, por otra parte, Panamá ha mostrado un cierto distanciamiento de los problemas que afectan a los demás países. Con todo, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua se visualizan como los países más vulnerables, mostrando tendencias migratorias similares entre las que destaca la orientación preferente de los flujos hacia los Estados Unidos, donde los y las emigrantes buscan mejores condiciones de vida y una respuesta a sus expectativas laborales.

Entre las conclusiones y recomendaciones se destacan:

- a. El efecto de las desigualdades e inequidades se constituye en un eje fundamental en el crecimiento de las migraciones.
- b. La emigración de enfermería tiene un alto costo social y económico cuyo resultado es el aumento de la vulnerabilidad de la población.
- c. Definir los procesos regulatorios.
- d. Desarrollar procesos de homologación de acuerdo a los estándares curriculares.
- e. La construcción de alianzas entre los países para apoyarse con buenas prácticas que contribuyan al progreso y bienestar de los pueblos y de los sistemas de salud.
- f. Desarrollar una unidad de registro de las características que debe tener un sistema informático de la situación de migración de enfermería en Latinoamérica

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

4.2 Adhesión al Código de Prácticas para la contratación Internacional de personal de salud de la OMS.

El código de prácticas internacionales de personal de salud en mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud emitió la resolución: WHA63.16: Código de prácticas mundiales de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

Fue suscrito por 193 países miembros que comprometieron en desarrollar los procesos regulatorios del personal de salud, desde un enfoque ético, de justicia social para el personal que emigra o inmigra en busca de mejorar sus condiciones de vida y se tome en cuenta derechos humanos y se oriente al fortalecimiento de la dignidad humana.

Se hace necesario estudiar las regulaciones en los procesos de contratación del personal de salud de países con ingresos bajos que inmigran a países de alto ingreso y desarrollo humano.

Igualmente, la regulación de la contratación debe proceder con el personal de salud que emigra.

4.3 Legislación y normas para el personal de salud. Revalidación o convalidación de títulos extranjeros, requisitos de ingreso al país y residencia, notas y acuerdos de circulación subregional.

a. Legislación y normas del personal de salud en Costa Rica.

-Se encuentra la Ley General de salud.

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1° La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.:

ARTÍCULO 2°.- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

Ministerio de salud (1973) Ley General de Salud. Costa Rica. Ministerio de salud. # 5395. 30 de octubre de 1973. Costa Rica. Ministerio de salud. p.1.

-Ley N° 8487, de Migración y Extranjería, se refiere a migrantes en general, no específica para perso-

nal de salud. Igual se refiere a los requisitos de residencia

-Revalidación o convalidación de títulos extranjeros, requisitos de ingreso al país

-CONARE (Consejo Nacional de Rectores), integrada por los Rectores de las cinco universidades públicas:

- Universidad de Costa Rica, UCR
- Universidad Estatal a distancia, UNED
- Universidad Nacional, UNA
- Instituto Tecnológico de Costa Rica, TEC
- Universidad Técnica Nacional, UTN

Por ley de la República es el órgano encargado para realizar la convalidación de títulos extranjeros. El proceso reglamentado es el siguiente:

CONVENIO DE COORDINACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA ESTATAL EN COSTA RICA (...) ARTÍCULO 30. El reconocimiento de títulos expedidos en el extranjero lo hará la Institución o Instituciones de Educación Superior Universitaria Estatal signatarias de este Convenio que ofrezcan los programas respectivos y afines. (CONARE, 1982. Pág. 9)

REGLAMENTO DEL ARTÍCULO 30 DEL CONVENIO DE COORDINACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA ESTATAL (...) ARTÍCULO 01. Las Instituciones miembros del Consejo Nacional de Rectores ejercerán la autorización que sus leyes constitutivas les confieren para reconocer y equiparar títulos y grados, extendidos por instituciones extranjeras de educación superior, de acuerdo con las siguientes disposiciones interpretativas del artículo 30 del Convenio de Coordinación de la Educación Superior Universitaria Estatal. (Consejo Universitario, 1987. Pág. 1)

Entonces la persona interesada, debe realizar la solicitud ante la ORE (Oficina de Reconocimiento y Equiparación), siguiendo los procedimientos y presentando los documentos que ésta define. La revisión la ejecuta la Comisión de Reconocimiento y Equiparación de Grados y Títulos del CONARE, órgano que sesiona dos veces al mes e integrada de acuerdo a:

REGLAMENTO DEL ARTÍCULO 30 DEL CONVENIO DE COORDINACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA ESTATAL (...) ARTÍCULO 07. La Comisión de Reconocimientos y Equiparaciones estará integrada por un representante de cada una de las instituciones miembros del CONARE y por el Director de OPES.

ARTÍCULO 08. Son funciones de la Comisión:

- a. Decidir, en cada caso, cuál institución tramitará la solicitud de reconocimiento o de equiparación.
- b. Vigilar el correcto funcionamiento de la Oficina de Reconocimientos y Equiparaciones de Títulos y Grados.

Recomendar al CONARE el monto de los derechos a cobrar por el trámite de reconocimientos y de equiparación de grados y títulos. Dicho monto deberá revisarse cada dos años por lo menos. (Consejo Universitario, 1987. Pág. 1)

Esta Comisión, designa la Institución de Educación Universitaria en donde se imparten estudios de la disciplina correspondiente, para que ejecute el análisis de la documentación que evidencia la realización de estudios y la titulación obtenida. En caso de que la disciplina correspondiente se imparta con el mismo grado de titulación en varias Instituciones, la persona interesada podrá elegir la que prefiera.

En el Reglamento del artículo 30 del convenio de coordinación de la educación superior universitaria estatal (...) se establece en el artículo 09, en los casos de pregrado y grado, cualquiera de las instituciones signatarias podrá ser encargada para tramitar el reconocimiento o la equiparación si en ella se da, con el pregrado o el grado que se interesa, la disciplina correspondiente. Si esas circunstancias se dieran en varias instituciones, el interesado podrá indicar la que él prefiera para el trámite. Cuando la disciplina no exista en ninguna institución, corresponderá su trámite a la institución que tenga un programa con mayor afinidad. (Consejo Universitario, 1987. Pág. 1)

En el caso de Enfermería se traslada a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, la cual lo analiza en la Comisión de Currículo, quien analiza el Plan de estudios en relación al Plan de Estudio de la licenciatura vigente y toma la decisión de convalidación o equiparación, envía a la Oficina de Registro, la cual elabora la certificación y la entrega a la persona que corresponda. Posteriormente la enfermero o enfermera inmigrante que ha recibido la convalidación a Licenciatura, realiza los trámites de incorporación al Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

En caso de nacionales que realizan estudios en el exterior deben realizar el trámite de convalidación y equiparación señalado.

4.4 Emigración de enfermeras y enfermeros: número de enfermeras y enfermeros formados, en el país y en el extranjero, año de salida, título, país de destino

Enfermeras y enfermeros formados en el país: 15.908

Extranjeros: 24.

Certificaciones para viajar: 181.

No existe una base informática respecto a la categoría de migración: emigración- inmigración.

País de destino: Estados Unidos. España.

Título: Licenciatura en Enfermería.

Fuente: Unidad de Informática Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Está en estudio la creación del Observatorio de recursos humanos en Enfermería.

Recolección de la información por el Dr. Gabriel Guido Sancho.

5. Discusión.

Para el análisis se utilizó el documental analítico, sintético, mediante la obtención de información científica e informática, se reduce todos los datos descriptivos físicos y de contenido:

- En cuanto al carácter del estudio: la caracterización de la migración de enfermería en Costa Rica, no existen nuevos estudios que evidencien los aspectos relacionados con esta situación, con respecto a la emigración e inmigración, dado que el sistema informático del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, no se tiene una base de datos segregada con la información requerida
- En relación al objeto de estudio, la información encontrada no nos remite a la distinción de la situación para llevar a cabo una relación con la situación que se presenta en los países centroamericanos en la actualidad, por la poca documentación existente y el acceso a la misma.
- Las desigualdades, inequidades, desempleo, subempleo son los detonantes en el aumento de las migraciones en enfermería, con efecto negativo en los sistemas de salud, en los cuales existe falta de una planificación de recursos humanos en salud, especialmente en Enfermería Profesional y su relación con una migración calificada.
- Los países de bajo ingreso son un elemento que induce a una migración masiva de enfermería.
- En la regulación establecida no se detectó en contenidos de los documentos que establecen los procesos regulatorios de la migración con respecto a los componentes del Código de Prácticas Internacionales para la contratación de personal de salud de la OMS, que evidencia las condiciones para los casos de inmigración de Enfermería calificada en el país.
- Se carece de información en los registros oficiales del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y el Observatorio de Recursos Humanos de salud, del Ministerio de Salud, con respecto a la emigración e inmigración de las enfermeras y de los enfermeros en Costa Rica.
- La migración del personal de salud, en el caso de Enfermería no evidencia ser un asunto de estudio en el país, de acuerdo a la indagación realizada

Conclusiones y recomendaciones.

- El estudio de la migración en enfermería revela la influencia de las características sociales, económicas, políticas, del modelo de atención de salud, el perfil del sistema de salud, la situación de los recursos en salud, especialmente de Enfermería profesional, muestran su contribución en el estado de salud de la población y por ende de un desarrollo humano sustentable y sostenible de la ciudadanía. Lo cual justifica la importancia de su estudio.
- El estudio multicéntrico de la temática de la migración de enfermería en Latinoamérica, evidenció, lo importante de este estudio en el análisis de la realidad existente en forma integral para la realización de triangulaciones, que delimiten las diferencias y semejanzas para el planteamiento de una hoja de ruta y un Plan estratégico en la Región.
- La falta de una base de registro de la información en cuanto al registro de los datos referentes al proceso de migración en enfermería a nivel de país, tanto de los componentes de emigración e inmigración, limita la caracterización de la situación e influye en el establecimiento de un Plan de Acción efectivo y eficaz para la toma de decisiones.

Del estudio realizado se presentan las siguientes recomendaciones:

- Fomentar en la Red Internacional de Migraciones en Enfermería para su liderazgo e innovación, el establecimiento de un Foro permanente para la profundización de la temática, la producción de las políticas, estrategias, determinación del paradigma, actividades educativas, de investigación, producción literaria, desarrollo de bases de datos, abogacía y alianzas Inter países.
- El Colegio de Enfermeras de Costa Rica establezca la base de datos sobre la temática de migración en enfermería: emigración e inmigración que permita un estudio integral de la situación.

VI. Bibliografía

Fernández Aráuz, Andrés y Jiménez Rodríguez, Ronulfo. (2017). La tendencia de largo plazo de la pobreza en Costa Rica: 1987-2017. Costa Rica. Academia de Centroamérica. p.41.

Ministerio de Salud. (2019) Análisis de Situación Integral de Salud de Costa Rica, -San José, Costa Rica.

Chaves-González, Diego y Mora, María Jesús. (2021). El estado de la política migratoria y de integración de Costa Rica. Costa Rica. Instituto de política migratoria. p:8.

Estado Nación. (2019). Informe del Estado Nación 2019. Costa Rica. Estado Nación p.129

Pikielny, María Sol y Mora, Mará Jesús. (febrero 2021). Marco legal e institucional migratorio de la República de Costa Rica: Un documento informativo. Costa Rica. Instituto de políticas migratorias. p:3.

Villegas, Hugo., (2005). Atención primaria de salud en Costa Rica: 25 años después de Alma. Ata.

-Costa Rica.OPS. p.33.

Saénez Madrigal, Rocío, (2012). Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica. Rev. Rupturas” (2).

Hualde Alfaro, Alfredo y Rosales Martínez Yetzi (2017). Profesionales que emigran. Una comparación entre enfermeras e ingenieros mexicanos en Estados Unidos Espiral.24 (70) Guadalajara sep./dic.

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

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

Pastor-Bravo, María del Mar y S. Nelson. (2019). Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016 un estudio de caso. Dialnet 66, (2) Junio.

Ministerio de salud (1973) Ley General de Salud. Costa Rica. Ministerio de salud. # 5395. 30 de octubre de 1973.Costa Rica. Ministerio de Salud.p-1.

Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (s.f.). Compendio de leyes. Decretos y leyes. Costa C.E. C.R. pp:3 -11.

C.C.S.S. (2016). Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Costa Rica. C.C.S.S.

6.2. Bibliografía.

Ibañez Martín, María María y Delblanco, Fernando (2013). Fuga de cerebros en el sector salud ¿un fenómeno que condiciona el desarrollo en américa latinap: 3 – 26? Estudios económicos. XXXI. (N.S). (62). Enero – Junio.

Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud. (2015). Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Dirección de Vigilancia de la Salud. (2019). Análisis de la Situación Integral en Salud. Costa Rica. Ministerio de Salud.

Mora Izaguirre. Cynthia. (2017). Migraciones en Costa Rica, Un fenómeno histórico y dinámico. Desde diversas perspectivas disciplinarias. Costa Rica. FIACSO.

OMS. (2010) Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Ginebra. OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Desarrollo y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis. Costa Rica. Ministerio de Salud Organización Panamericana de la Salud, Facultad Lati-

noamericana de Ciencias Sociales.

Organización Panamericana de la Salud. (2003) Representación en Costa Rica. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX /, C.R.OPS.

OPS. (2018). Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. Costa Rica. OPS.

Ecuador

Angela Yáñez Corrales

Catalina Proaño

Daniela Chávez

Jannett Brito

Introducción

La movilidad humana en América latina entre el 2000 al 2020 ha experimentado cambios importantes tanto para los países receptores como para los países emisores (Ceja et al., 2021). Por su parte los Sistemas de Salud enfrentan retos y necesidades de salud de la población migrante tanto de los nacionales que salen como de los internacionales que ingresan, debido a que a partir de esta movilidad se determinan cambios del perfil demográfico y epidemiológico de cada país (Yáñez, 2018). El Ecuador por su parte, en primera instancia fue un país de tránsito, sin embargo, a lo largo del tiempo se convirtió en el cuarto país de destino, según datos se estima que ingresan al país diariamente 3000 migrantes a través de puestos fronterizos, en lo que se refiere a la emigración de la población ecuatoriana, las cifras de salidas del país han crecido a efecto de la pandemia por el SARS Cov 2, siendo el destino principal Estados Unidos y México (UNHCR & ACNUR, 2021), (INEC, 2021b).

En el marco de este fenómeno de movilidad humana, el análisis de la migración de profesionales de salud se torna importante por el impacto en los sistemas de salud, y sobre todo el análisis de la dinámica del personal de enfermería, elemento clave en la Atención primaria de Salud.

Es así que este documento tiene como propósito detallar la migración de profesionales de enfermería en el Ecuador, a través de revisión integrativa la cual consistió en la búsqueda de información respecto a las preguntas ¿Cuál es el número de profesionales de enfermería en el Ecuador? ¿Cuántos profesionales de enfermería se encuentran en situación de movilidad en el Ecuador?, ¿Cuáles son las características de la migración internacional de profesionales de enfermería? La búsqueda consideró a LILACS, SCIELO, CINHAI, como bases de datos, también consideró páginas webs oficiales del país para datos estadísticos. Al no contar con un organismo donde se concentre las entradas y salidas del país de profesionales de enfermería, se trabajó con información suministrada por la secretaria nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología del Ecuador (SENESCYT), quien proporcionó datos sobre los títulos convalidados de profesionales de enfermería para la inserción laboral en el país.

Los criterios de selección de artículos y datos consideraron la cohorte 2010-2019 y el primer semestre del 2020, la estrategia de búsqueda consideró las palabras clave: enfermería, migración internacional, movilidad internacional de enfermeras, inmigración, emigración, fuga de cerebros.

El análisis de datos se organizó a través del análisis de dos variables: Perfil socio sanitario y migración de profesionales de enfermería.

Desarrollo

El Ecuador a partir de la nueva constitución del 2008, construye el Sistema Nacional de Salud (SNS) bajo la línea del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, comunitario e Intercultural (MAIS- FCI), donde se establece lineamientos para la dirección del nuevo SNS ecuatoriano, basado en lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la salud (OMS), quien sitúa a los determinantes de la salud como clave en la dinámica del Sistema Nacional del país. (Ávila Santa-maría, 2012).

1. Perfil socio sanitario del Ecuador

Según (INEC, 2020) las proyecciones poblacionales se sitúan a partir de la base del censo nacional obligatorio realizado en el año 2010, el nuevo censo debió efectuarse en el 2020 como normativa nacional, sin embargo, por efectos de la pandemia Covid-19 aún se establecen los datos de acuerdo con proyecciones.

Población

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el 2020 la proyección de población ecuatoriana es de 17.510.643 habitantes, tomando como referencia las 3 principales cabeceras cantonales del país por su densidad poblacional, se establece un comparativo de la proyección de habitantes. (Tabla 1)

Tabla 1 Proyección poblacional del Ecuador, de acuerdo con las 3 principales cabeceras cantonales del país, 2010-2020

Cantón	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CUENCA	524.563	535.624	546.864	558.127	569.416	580.706	591.996	603.269	614.539	625.775	636.996
GUAYAQUIL	2.440.553	2.471.180	2.501.423	2.531.223	2.560.505	2.589.229	2.617.349	2.644.891	2.671.801	2.698.077	2.723.665
QUITO	2.319.671	2.365.973	2.412.427	2.458.900	2.505.344	2.551.721	2.597.989	2.644.145	2.690.150	2.735.987	2.781.641

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2010. Proyección De Población Por Años En Edades Simples. Estimaciones Y Proyecciones De Población (Período 2010 - 2020)

La proyección poblacional de acuerdo a regiones y por provincias se establece en la Tabla 2.

Tabla 2 Proyección poblacional del Ecuador, por años, según regiones y provincias, 2010-2020

REGIONES Y PROVINCIAS	AÑO										
	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020
TOTAL, PAÍS	15.012.228	15.266.431	15.520.973	15.774.749	16.027.466	16.278.844	16.528.730	16.776.977	17.023.408	17.267.986	17.510.643
REGIÓN SIERRA	6.692.336	6.808.224	6.924.765	7.041.335	7.157.782	7.273.937	7.389.686	7.504.942	7.619.649	7.733.725	7.847.136
AZUAY	739.520	753.493	767.695	781.919	796.169	810.412	824.646	838.859	853.070	867.239	881.394
BOLÍVAR	191.631	193.689	195.719	197.708	199.646	201.533	203.344	205.094	206.771	208.384	209.933
CAÑAR	235.814	240.248	244.754	249.297	253.863	258.450	263.048	267.643	272.236	276.819	281.396
CARCHI	171.746	173.410	175.050	176.662	178.228	179.768	181.265	182.719	184.136	185.523	186.869
COTOPAXI	424.663	431.243	437.826	444.398	450.921	457.404	463.819	470.167	476.428	482.615	488.716
CHIMBORAZO	476.255	481.498	486.680	491.753	496.735	501.584	506.325	510.935	515.417	519.777	524.004
IMBABURA	413.657	419.919	426.223	432.543	438.868	445.175	451.476	457.737	463.957	470.129	476.257
LOJA	467.671	473.331	478.964	484.529	490.039	495.464	500.794	506.035	511.184	516.231	521.154
PICHINCHA	2.667.953	2.723.509	2.779.370	2.835.373	2.891.472	2.947.627	3.003.799	3.059.971	3.116.111	3.172.200	3.228.233
TUNGURAHUA	524.048	530.655	537.351	544.090	550.832	557.563	564.260	570.933	577.551	584.114	590.600
SANTO DOMINGO	379.378	387.229	395.133	403.063	411.009	418.957	426.910	434.849	442.788	450.694	458.580
REGIÓN COSTA	7.499.401	7.616.555	7.733.291	7.849.237	7.964.269	8.078.285	8.191.269	8.303.168	8.413.888	8.523.453	8.631.859
EL ORO	624.860	634.481	644.000	653.400	662.671	671.817	680.845	689.760	698.545	707.204	715.751
ESMERALDAS	551.712	561.605	571.382	581.010	590.483	599.777	608.906	617.851	626.626	635.227	643.654
GUAYAS	3.778.720	3.840.319	3.901.981	3.963.541	4.024.929	4.086.089	4.146.996	4.207.610	4.267.893	4.327.845	4.387.434
LOS RÍOS	805.514	817.676	829.779	841.767	853.622	865.340	876.912	888.351	899.632	910.770	921.763
MANABÍ	1.420.348	1.436.259	1.451.873	1.467.111	1.481.940	1.496.366	1.510.375	1.523.950	1.537.090	1.549.796	1.562.079
SANTA ELENA	318.247	326.215	334.276	342.408	350.624	358.896	367.235	375.646	384.102	392.611	401.178

REGIÓN											
AMAZÓNICA	760.853	780.529	800.285	820.024	839.722	859.385	878.996	898.547	918.016	937.406	956.699
MORONA S											
ANTIAGO	153.163	157.551	161.948	166.345	170.722	175.074	179.406	183.728	188.028	192.301	196.535
NAPO	106.953	109.514	112.151	114.805	117.465	120.144	122.838	125.538	128.252	130.976	133.705
PASTAZA	86.470	89.053	91.699	94.373	97.093	99.855	102.655	105.494	108.365	111.270	114.202
ZAMORA											
CHINCHIPE	95.194	97.676	100.170	102.684	105.213	107.749	110.296	112.835	115.368	117.899	120.416
SUCUMBÍOS	181.287	186.072	190.896	195.759	200.656	205.586	210.532	215.499	220.483	225.481	230.503
ORELLANA	137.786	140.663	143.421	146.058	148.573	150.977	153.269	155.453	157.520	159.479	161.338
REGIÓN											
INSULAR	25.884	26.576	27.284	28.000	28.726	29.453	30.172	30.890	31.600	32.320	33.042
GALÁPAGOS	25.884	26.576	27.284	28.000	28.726	29.453	30.172	30.890	31.600	32.320	33.042
ZONAS NO											
DELIMITADAS	33.754	34.547	35.348	36.153	36.967	37.784	38.607	39.430	40.255	41.082	41.907

Distribución por género

Según (INEC, 2020) la distribución por género, el Ecuador al 2020 está constituido por 8.665.937 habitantes masculinos y 8.844.706 habitantes femeninos, en la Tabla 3 se detalla la distribución.

Tabla 3 Proyección poblacional del Ecuador, por años, según regiones y provincias, de acuerdo con el género, 2010-2020

PROVINCIAS	2010 M	2010 F	2011 M	2011 F	2012 M	2012 F	2013 M	2013 F	2014 M	2014 F	2015 M	2015 F	2016 M	2016 F	2017 M	2017 F	2018 M	2018 F	2019 M	2019 F	2020 M	2020 F
TOTAL, PAÍS	7.443.875	7.568.357	7.567.674	7.698.755	7.691.912	7.829.086	7.815.937	7.958.814	7.939.553	8.087.914	8.062.618	8.216.234	8.184.970	8.343.768	8.306.558	8.478.421	8.427.261	8.596.147	8.547.061	8.728.919	8.665.937	8.844.706
REGION SIERRA	3.249.130	3.443.268	3.396.078	3.492.146	3.363.416	3.561.340	3.428.860	3.628.478	3.478.282	3.679.506	3.535.603	3.758.337	3.592.750	3.796.936	3.649.668	3.885.273	3.796.342	3.913.307	3.762.717	4.021.018	3.818.775	4.028.357
AZUAY	350.083	389.435	357.144	396.352	364.274	403.421	371.452	410.465	378.664	417.505	385.898	424.514	393.150	431.498	400.403	438.456	407.682	445.388	414.953	452.286	422.235	459.159
BOLIVAR	93.867	97.766	94.823	98.866	95.780	99.938	96.714	100.984	97.628	102.018	98.512	103.021	99.360	103.984	100.180	104.914	100.960	105.811	101.709	106.673	102.428	107.504
CAÑAR	110.211	125.603	112.519	127.729	114.875	129.878	117.264	132.033	119.670	134.193	122.096	136.354	124.537	138.511	126.983	140.660	129.440	142.796	131.894	144.925	134.355	147.041
CARCHI	84.860	86.856	85.724	87.686	86.578	88.472	87.418	89.244	88.238	89.990	89.044	90.724	89.826	91.439	90.586	92.133	91.330	92.804	92.059	93.464	92.767	94.102
COTOPAXI	206.274	218.388	209.500	221.737	212.737	225.088	215.960	228.438	219.159	231.762	222.342	235.062	225.486	238.333	228.598	241.569	231.668	244.758	234.707	247.908	237.706	251.010
CHIMBORAZO	227.756	248.496	230.273	251.225	232.765	253.919	235.212	256.541	237.615	259.120	239.956	261.628	242.250	264.075	244.478	266.457	246.644	268.773	248.755	271.022	250.803	273.201
IMBABURA	201.346	212.271	204.434	215.485	207.521	218.702	210.626	221.917	213.740	225.128	216.848	228.327	219.963	231.513	223.055	234.682	226.131	237.826	229.180	240.949	232.206	244.051
LOJA	230.035	237.636	232.880	240.451	235.717	243.247	238.516	246.013	241.283	248.757	244.001	251.463	246.669	254.125	249.289	256.750	251.854	259.330	254.366	261.869	256.819	264.335
PICHINCHA	1.201.235	1.266.718	1.228.342	1.295.167	1.255.642	1.423.728	1.383.037	1.452.336	1.410.485	1.480.983	1.437.963	1.509.662	1.465.452	1.538.347	1.492.933	1.567.033	1.520.397	1.595.714	1.547.820	1.624.378	1.575.215	1.653.014
TUNGURAHUA	254.361	269.687	257.531	273.124	260.750	276.601	263.993	280.097	267.235	283.597	270.478	287.085	273.702	290.558	276.920	294.013	280.104	297.447	283.260	300.853	286.383	304.217
SANTO DOMINGO	189.057	190.321	192.894	194.330	196.771	198.356	200.668	202.398	204.564	206.445	208.446	210.497	212.358	214.558	216.343	218.606	220.131	222.657	224.002	226.692	227.857	230.723
REGION COSTA	3.769.288	3.736.012	3.825.211	3.791.344	3.881.000	3.852.288	3.926.486	3.912.751	3.991.579	3.972.694	4.046.204	4.032.081	4.106.312	4.090.957	4.153.893	4.149.275	4.206.888	4.207.003	4.259.294	4.264.159	4.311.112	4.320.747
EL ORO	316.833	308.027	321.562	312.919	326.250	317.750	330.887	322.513	335.463	327.206	339.976	331.841	344.435	336.410	348.837	340.923	353.177	345.368	357.458	349.746	361.682	354.069
ESMERALDAS	280.553	271.159	285.298	276.307	290.004	281.378	294.640	286.370	299.206	291.277	303.683	296.094	308.072	300.834	312.363	305.488	316.567	310.059	320.681	314.546	324.702	318.952
GUAYAS	1.882.715	1.896.095	1.911.874	1.928.445	1.941.146	1.960.938	1.970.412	1.993.128	1.999.627	2.025.302	2.028.762	2.057.325	2.057.781	2.089.219	2.086.662	2.120.942	2.115.400	2.152.492	2.143.970	2.183.873	2.172.362	2.215.071
LOS RIOS	412.503	393.011	418.219	399.457	423.926	405.853	429.585	412.182	435.194	418.428	440.739	424.601	446.206	430.708	451.613	436.739	456.944	442.687	462.202	448.568	467.396	454.373
MANABI	714.971	705.377	722.397	713.862	729.713	722.160	736.852	730.259	743.782	738.158	750.320	745.846	757.014	753.334	763.341	760.699	769.410	767.680	775.256	774.540	780.878	781.200
SANTA ELENA	161.813	156.434	165.863	160.354	169.963	164.309	174.110	168.298	178.304	172.320	182.522	176.374	186.777	180.458	191.073	184.573	195.388	188.716	199.727	192.884	204.096	197.082

REGIÓN AMAZONICA	393,989	366,864	404,300	376,223	414,678	385,606	425,038	394,983	435,395	404,327	445,752	413,633	456,095	422,901	466,425	432,122	476,712	441,304	486,980	450,426	497,203	459,490
MORONA SANTIAGO	77,488	75,665	79,864	77,687	82,238	79,709	84,617	81,728	86,988	83,733	89,339	85,715	91,726	87,687	94,098	89,630	96,464	91,564	98,824	93,477	101,177	95,167
NAPO	54,477	52,478	55,775	53,739	57,116	55,035	58,465	56,340	59,819	57,646	61,181	58,963	62,551	60,287	63,928	61,614	65,390	62,952	66,687	64,289	68,079	65,630
PASTAZA	43,714	42,756	45,069	43,984	46,458	45,241	47,860	46,513	49,289	47,804	50,747	49,117	52,214	50,441	53,717	51,782	55,238	53,137	56,767	54,503	58,320	55,880
ZAMORA CHINCHIPE	49,476	45,718	50,803	46,873	52,137	48,033	53,483	49,200	54,841	50,377	56,204	51,545	57,574	52,725	58,944	53,890	60,311	55,057	61,677	56,222	63,038	57,378
SUCUMBIOS	95,734	85,553	98,184	87,888	100,657	90,239	103,149	92,610	105,657	94,999	108,187	97,398	110,730	99,802	112,278	102,223	115,834	104,649	118,400	107,081	120,977	109,528
ORELLANA	71,080	64,690	74,611	66,052	76,072	67,349	77,465	68,593	78,800	69,773	80,079	70,898	81,300	71,968	82,471	72,982	83,579	73,949	84,625	74,854	85,620	75,718
REGIÓN INSULAR	13,486	12,398	13,815	12,761	14,154	13,130	14,499	13,501	14,848	13,878	15,200	14,253	15,552	14,620	15,903	14,987	16,248	15,352	16,603	15,717	16,956	16,086
GALAPAGOS	13,486	12,398	13,815	12,761	14,154	13,130	14,499	13,501	14,848	13,878	15,200	14,253	15,552	14,620	15,903	14,987	16,248	15,352	16,603	15,717	16,956	16,086
ZONAS NO DELIMITADAS	17,982	15,872	18,266	16,281	18,657	16,691	19,051	17,102	19,451	17,516	19,854	17,931	20,261	18,346	20,667	18,763	21,074	19,181	21,480	19,602	21,987	20,020

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2010. Proyección De Población Por Años En Edades Simples. Estimaciones Y Proyecciones De Población (Período 2010 - 2020)

Estadísticas migratorias

En el año 2020, hubo un total de 2.021.476 movimientos internacionales, de los cuales las entradas constituyen 978.493 y las salidas registran un total de 1.042.983

Tabla 4 Movimiento migratorio en Ecuador, 2020

Salida/Destino	Porcentaje	Entrada/Origen	Porcentaje
Estados Unidos	43.3%	Estados Unidos	30.0%
Perú	16.7	Colombia	18.2%
México	10.7%	Perú	9.6%
Colombia	7.3%	España	8.1%
España	6.0%	Canadá	2.9%
Chile	2.8%	Chile	2.9%
Panamá	2.5%	Venezuela	2.6%
Argentina	1.7%	México	2.1%
Italia	1.7%	Alemania	2.1%
Brasil	1.4%	Argentina	1.9%
Resto De Países	6.0%	Resto de países	19.7%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2010. Proyección De Población Por Años En Edades Simples. Estimaciones Y Proyecciones De Población (Período 2010 - 2020)

Tabla 5 Movimiento migratorio en el Ecuador, de acuerdo con el motivo de viaje, 2020

Motivo de Viaje	% Salida	% Entrada
Turismo	60.2%	54.7%
Negocios	1.8%	3.2%
Eventos	5.9%	9.3%
Estudios	2.8%	0.2%
Residencia	21.1%	19.9%
Aislamiento (COVID)	0%	0.5%
Otros	8.3%	12.2%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2010. Entradas y Salidas Migratorias

El movimiento migratorio en el Ecuador experimenta cambios a partir del 2016 donde, se establece la diáspora venezolana a lo largo de Latinoamérica, convirtiendo a Ecuador en el cuarto país con más fluencia del colectivo migrante venezolano, según reportes 67.333 de población venezolana se encuentran regularizada de acuerdo a los procesos establecidos para el registro migratorio y visa de excepción por razones humanitarias, sin embargo, existe población irregular no registrada, se estima que en el Ecuador se encuentran 443.000 venezolanos, convirtiéndolo en el cuarto país con más afluencia de este colectivo respecto a Latinoamérica (Organización Internacional para las Migraciones, 2020).

El Ecuador se vuelve atractivo para residencia debido a políticas públicas que se reflejan en la constitución, dando libre apertura para la regularización de profesionales en corto tiempo y la obtención de visa profesional residente permanente o temporal facilitando la inserción laboral, para la población profesional y el beneficio es que no se solicita visa de turismo para el ingreso (Peralvo, 2017).

Para mayo 2021 por acuerdo ministerial número 80 expedido por el Ministerio de Relaciones exteriores del Ecuador, se determina exigir visa a personas cuya nacionalidad se encuentre en el listado de los 34 países de riesgo para el Ecuador. El acuerdo fue expedido en base a l riesgo país por tráfico de migrantes: Afganistán, Angola, Bangladesh, Camerún, Corea del Norte, Costa de Marfil, Cuba, Egipto, Eritra, Etiopía, Filipinas, Gambia, Ghana, Guinea, Haití, India, Irak, Irán, Kenia, Libia, Mali, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistán, República del Congo, República democrática del Congo, Senegal, Siria, Somalia , Sri Lanka, Venezuela, Vietnam y Yemen(Acuerdo Ministerial No. 0000003, 2021); en el caso de la población venezolana el éxodo inicial pudo establecerse con soltura en el país, caso contrario, a los colectivos subsiguientes donde se determina mayor control social, debido al aumento de migrantes y a consideraciones de riesgo para el país, lo que ha implicado dificultades para el colectivo residente en cuanto a prácticas de discriminación (Acuerdo Ministerial No. 0000003, 2021).

Perfil geográfico

La República del Ecuador, con su capital Quito tiene una superficie de 256.370 Km² (Ecuador Continental) con 128,81 habitantes por km² (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021).

Clima

El Ecuador cuenta con una diversidad climatológica que depende de varios factores que modifican su condición de forma natural, tales como: latitud geográfica, altitud del suelo, dirección de las cadenas montañosas, distancia al océano, los vientos y corrientes marinas. Consta de 4 regiones claramente definidas.

La Región Costa: Posee un clima tropical o ecuatorial su temperatura media anual varía entre 22 y 26°C. los principales meses de lluvia son entre diciembre y mediados de mayo, esta precipitación pluvial obedece a las corrientes marinas de Humboldt y El Niño.

La Región Sierra: Es muy variado debido a la cordillera de Los Andes y vientos que soplan por los valles y llanuras. Posee pisos climáticos:

- Tropical andino: 1.500 msnm (temperatura entre 20 y 25°C).
- Subtropical andino: 1.500 msnm a 2.500 msnm (20°C).
- Templado: 2.500 a 3.500 msnm (17°C).
- Frío 3.500 a 5650 msnm (1°C y 10°C).
- Glacial 5.650 a 6.310 msnm (inferiores a 0°C)

La Región Amazónica: Cálido-ardiente-húmedo, la temperatura varía entre 22°C y 26°C, es la región más húmeda de país.

La Región Insular: Desértico. Sequía extrema y una temperatura de 21°C franjas del nivel del mar. Templado 250 a 450 msnm /17°C). Frío: sobre los 450msnm (14°C). (Portilla, 2018)

División política

La República del Ecuador es un país soberano cuya división político-administrativa se distribuye en 24 provincias y 221 cantones. Su capital San Francisco de Quito (la más antigua de Sudamérica) fue declarada por la Organización de las Naciones Unidas para la educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) como Patrimonio Cultural de la Humanidad el 8 de septiembre de 1978. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021)

a. Perfil social Escolaridad

En el Ecuador, la Asamblea Constituyente el 29 de mayo de 1897 aprobó una nueva Ley de Instrucción Pública, estableciendo la enseñanza primaria gratuita, laica y obligatoria. El artículo 26 de la constitución de la República del Ecuador determina qué:

“La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo”(Ministerio de Educación, 2013).

En el año de 2006 se desarrolló un Plan Decenal 2006-2015 en el que se determinan estrategias determinadas en la universalización de la educación inicial de cero a cinco años, de la Educación General Básica de primero a décimo años, incremento de la matrícula del bachillerato hasta alcan-

zar al menos el 75% de la población en la edad correspondiente, erradicación del analfabetismo y fortalecimiento de la educación continua para adultos, mejoramiento de la infraestructura física y el equipamiento de las instituciones educativas, mejoramiento de la calidad y equidad de la educación e implementación de un sistema nacional de evaluación y rendición social de cuentas del sistema educativo, revalorización de la profesión docente y mejoramiento de la formación inicial, capacitación permanente, condiciones de trabajo y calidad de vida y aumento del 0.5% anual en la participación del sector educativo en el Producto Interno Bruto hasta el año 2012, o hasta alcanzar al menos del 6% (Consejo Nacional de Educación, 2007).

En el 2015 el Ministerio de Educación reporta las siguientes estadísticas, el total de instituciones educativas públicas y privadas fue de 22.687 de las cuales el 75% pertenecen a la educación fiscal, 21% Instituciones particulares. 3% Educación fisco misional y 1% a la institución municipal, con una participación estudiantil de 3.779.552. La asistencia escolar se distribuye aproximadamente entre 5 a 17 años (Antamba, 2015).

Tabla 6. Escolaridad de población en el Ecuador según la edad, 2015

Edades en años	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Básica	93.67	98.56	99.02	99.47	99.27	98.87	98.77	98.06	95.97	81.31	58.35	72.16	66.64
Bachillerato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.00	31.33	13.90	10.72
No asiste a clase	6.33	1.44	0.98	0.53	0.73	1.13	1.23	1.94	3.98	7.69	10.32	13.93	22.64

Fuente: *Estadística Educativa. Reporte de indicadores (2015).*

Actividad económica

La economía del Ecuador se basa en la producción y exportación de productos petroleros, sus derivados, banano, plátano, café, cacao, camarón, atún y los no tradicionales como flores, madera, frutas entre otros. Ecuador ocupa el 90° del ranking de competitividad global. (Banco Central del Ecuador (BCE), 2020)

La inestabilidad política y social que atraviesa el Ecuador ha causado que la pobreza y la pobreza extrema se aumenten siendo la más golpeada la población rural. El 32,2% de la población en Ecuador, o alrededor de 5,7 millones de personas, está en condición de pobreza, de estos 2,6 millones viven en pobreza extrema (considerándose un ingreso mensual menor a USD 47.37 al mes o USD 1.6 al día. Esto equivale al 14,7% de la población ecuatoriana. (INEC, 2021a)

El Salario Básico Unificado (SBU) en el 2021 corresponde a USD 400 establecido por el Ministerio de Trabajo del país.(Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-249, 2020), sin embargo, el costo de la canasta básica familiar se establece para el 2021 en USD 715,31 según el (INEC, 2021a), denotando una brecha en el salario versus el poder adquisitivo para productos de primera necesidad.

Según (Ávila Figueroa et al., 2020) el Producto Interno Bruto per cápita al 2021 del Ecuador corresponde a USD 5.665.2

Acceso a vivienda, energía, agua potable, eliminación de residuos (alcantarillado).

Vivienda

Según (Pesantes, 2020)el déficit de vivienda se estima en un 12,4% a nivel país, constituyendo un total de 573.339 familias sin acceso a viviendas propias, en cuanto a la relación ciudad y área rural, esta se encuentra en un déficit del 8% versus el 25,9% del área rural de familias sin un lugar para vivir.

Tabla 7 Déficit de vivienda en el Ecuador según el año, 2010-2018

Año	% de déficit de vivienda
2010	19,3
2011	16,5
2012	13,7
2013	15,6
2014	15,2
2015	13,4
2016	12,3
2017	13,4
2018	12,4

Fuente: (INEC, 2021a) Encuesta De Empleo y desempleo

Tabla 8 Tipo de viviendas en Ecuador de acuerdo con el área urbana y rural, 2020

Tipo de vivienda	Área Urbana	Área Rural
Casa Villa	1.651.118	1.058.374
Departamento	407.445	37.303
Cuartos de inquilinato	159.466	22.327
Mediagua	75.397	77.875
Rancho	79.591	122.621
Covacha	13.529	16.725
Choza	1.730	20.164
Otra vivienda particular	3.223	2.031
Total	2.391.499	1.357.420

Fuente: (INEC, 2020) Censo De Población Y Vivienda

Agua

A nivel nacional el 67.8% de la población bebe agua de tubería, pozo o manantial protegido o agua embotellada. El 1.9% utiliza el nivel básico de agua, contempla fuente mejorada de agua (red pública, pila o llave pública, pozo o manantial protegidos, agua embotellada o en funda), cercanía y calidad, pero no la suficiencia. El 21.5% de la población utiliza el nivel básico 2, contempla fuente mejorada de agua, cercanía, pero no calidad (presencia de E. Coli). El 6.7% de la población tiene un sistema de distribución de agua no mejorado (carro repartidor o triciclo, tanquero, poso manantial vertiente no protegida y agua lluvia). El 2.1% de la población utiliza agua superficial para beber (acequia, río).(INEC, 2020)

Alcantarillado

El 90,7% de la población posee saneamiento básico, ya que dispone de servicio higiénico adecuado (alcantarillado, pozo séptico, pozo ciego, letrina con losa) y de uso exclusivo.

El 6.1% de la población tiene un acceso limitado a alcantarillado. (excusado, pozo séptico/ciego, letrina con losa, prestado). El 2.1% de la población no posee alcantarillado y realiza su eliminación al aire libre.(INEC, 2019)

Higiene

El 89,1% de las personas tienen una instalación para lavarse las manos con agua y jabón dentro de

la vivienda, el 7.7% de la población posee un servicio limitado, el 3.3% de la población no posee instalación.(INEC, 2019)

b. Perfil sanitario del Ecuador

En el Ecuador el 2016, la esperanza de vida se determina en 76,4 años (73,7 en hombres y 79,1 en mujeres), para el 2020 la tasa de mortalidad se establece en 4.3 x cada 10.000 habitantes, siendo la mortalidad masculina mayor (4.8) que la femenina (3.8), siendo las defunciones generales en 73.431(INEC, 2018)

Diez primeras causas de mortalidad

Según (Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS), 2016) en el reporte de mortalidad, para el 2016 última compilación de información se registra las 10 primeras causas de mortalidad según sexo y código CIE-10. (Tabla 9)

Tabla 9 Diez primeras causas de mortalidad por sexo en el Ecuador, 2016

Causa	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total, general
Total, general	36905	30601	67506
I21 Infarto agudo de miocardio	3497	2609	6106
J18 Neumonía, organismo no especificado	1401	1242	2643
E14 Diabetes mellitus no especificada	1112	1248	2360
E11 Diabetes mellitus tipo 2	1010	1193	2203
K74 Fibrosis y cirrosis del hígado	989	789	1778
V89 Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	1320	340	1660
C16 Tumor maligno del estómago	984	655	1639
I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva	653	832	1485
J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	830	621	1451
N18 Enfermedad renal crónica	624	504	1128
I10 Hipertensión esencial (primaria)	459	574	1033
C61 Tumor maligno de la próstata	967		967
I64 Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	469	485	954
I50 Insuficiencia cardíaca	392	502	894
I61 Hemorragia intraencefálica	462	423	885
X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	673	148	821
X59 Exposición a factores no especificados	481	297	778
I63 Infarto cerebral	393	366	759
I67 Otras enfermedades cerebrovasculares	372	387	759
I12 Enfermedad renal hipertensiva	387	354	741

Fuente: (Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS), 2016)

c. Perfil de recursos humanos para la salud: Cantidad de médicos y enfermeras Número y densidad/10.000 habitantes

Según (INEC, 2018) Se identifican 4165 Establecimientos de Salud a nivel nacional, 626 Establecimientos con internación hospitalaria y 3539 Establecimientos sin internación hospitalaria a nivel nacional. En lo que respecta a los profesionales de salud, de acuerdo con el reporte de instituciones de la Red Pública y la Red complementaria del Sistema Nacional de Salud se establece en la Tabla 10 y 11 el número de profesionales totales a nivel país cohorte 2018, y la fuerza laboral por cada habitante.

Tabla 10 Número de profesionales de salud en Ecuador, 2018

Profesionales de la salud	Número
Médicos	39.908
Enfermeras	24.751
Odontólogos	5.318
Psicólogos	1.582
Obstétricas	2.296
Auxiliares de enfermería	17.350

Fuente: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. INEC (2018)

Tabla 11 Fuerza laboral de personal de salud por cada 10.000 habitantes en Ecuador, 2018

Profesionales de la salud	Número
Médicos	23,44
Enfermeras	14,54
Odontólogos	3,12
Psicólogos	0,93
Obstétricas	1,35
Auxiliares de enfermería	10,19

Fuente: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. INEC (2018)

Cobertura y brechas de cobertura de la Seguridad Social

En el Ecuador existe la Red Pública Integral de Salud la cual se encuentra integrada por las siguientes entidades sanitarias: Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Y por otra parte la red privada de salud constituida por entidades con fines de lucro (clínica y hospitales) y entidades sin fines de lucro (iglesias y otras ONG). (Ministerio de

Salud Pública, 2012). A fin de determinar la cobertura y las brechas de cobertura de seguridad social se identifica la disposición de establecimientos de salud (Tabla 12) y para determinar la cobertura de atención se plasma la (Tabla 13).

Tabla 12 Número de establecimientos de salud por sector y tipo, 2018

Total, Establecimientos	Sector			Tipo	
	Público	Sector Privado con fines de lucro	Sector privado sin fines de lucro	Con internación	Sin Internación
4.165	3.321	614	230	626	3.539

Fuente: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. INEC (2018)

Tabla 13 Atención de morbilidad por sector, Ecuador, 2018

Sector	Número de atenciones	Porcentaje de atenciones
Sector Público	33.627.092	84,45%
Sector Privado sin fines de lucro	3.119.410	7,83%
Sector Privado con fines de lucro	3.072.537	7,72%
Total, Nacional	39.819.039	100%

Fuente: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. INEC (2018)

Formación de profesionales de enfermería

La formación de profesionales de Enfermería en el Ecuador se encuentra bajo la Ley orgánica de Salud expedida en el 2006 y modificada en el 2015, en ella se reconoce a los profesionales de salud como aquellos con formación universitaria de tercer y cuarto nivel.(Ley Orgánica de Salud, 2015)

A partir de la nueva constitución del 2008 la política regulatoria de formación de profesionales de salud cambia considerablemente, entre los cuales se encuentra la creación de un organismo de control y evaluación que sustituyen al anterior Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP), es así que se crea el Consejo de Educación Superior (CES) con el objetivo de planificar, regular y coordinar el Sistema de Educación Superior, y la relación entre sus distintos actores con la Función Ejecutiva y la sociedad ecuatoriana. Con el fin de lograr la calidad de la Educación superior se crea paralelamente el Consejo de Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES) organismo público técnico, con personería jurídica y patrimonio propio, con indepen-

dencia administrativa, financiera y operativa con el objetivo de lograr la regulación, planificación y coordinación del sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior, para ejercer la rectoría de la política pública de Educación Superior se crea la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e innovación (SENESCYT), la cual coordina acciones entre la función ejecutiva del país y las instituciones de Educación Superior.

Una de las nuevas regulaciones para la formación profesional es el acceso al Sistema Nacional de Nivelación y Admisión el cual todo aspirante al sistema de Educación Superior debe rendir un examen y alcanzar un puntaje específico para el acceso. En el caso de la Formación de profesionales de Enfermería, esta política regulatoria sobre todo en el ámbito económico con la adjudicación de becas a logrado aumentar la formación en número de enfermeros.

En el marco regulatorio de la Instituciones de Educación Superior, en los últimos 5 años se ha determinado reorganizar la formación profesional en salud, de tal forma que a través de ASEDEFE, se logra construir con las Facultades y Escuelas de Enfermería una malla curricular convalidable en un 80% a lo largo del territorio ecuatoriano, apoyando de esta forma, el aumento de profesionales de enfermería en formación y su movilidad.(ASEDEFE, 2012)

Para la obtención del título de tercer nivel académico se requiere 7200 horas de formación desarrolladas actualmente en 9 semestres, siendo en el último año la realización de prácticas profesionales conocido como Internado Rotativo, ejecutado en la Red Pública de Salud, por lo que reciben un sueldo estimado para el efecto por parte del Estado.(Ley Orgánica de Salud, 2015)

Con cohorte 2020 existen 24 instituciones de educación superior que ofrecen el grado de Licenciatura en Enfermería, no se ofertan Doctorados. (Calderón Macías et al., 2020). Las maestrías se sitúan en el marco de lo determinado por la pertinencia al Modelo de Salud Integral MAIS FCI, es decir en el ámbito comunitario y familiar, algunas maestrías se concentran en el campo administrativo y del saber propio de enfermería como gestión del cuidado y enfermería propiamente dicho, limitando el campo de acción enfermero y condicionando el nivel de jerarquización salarial, por oferta de posgrados limitada condicionada al requerimiento de organismos pertinentes.

Ingreso al trabajo

De acuerdo a la ley Orgánica de salud y al organismo competente CEAACES para que un profesional de la salud de medicina, enfermería odontología puedan insertarse laboralmente deben cumplir requisitos, uno de ellos es la aprobación del examen aplicado por el CEAACES que en conjunto con la SENESCYT emitirá el permiso para ejercer la profesión. Una vez aprobado el examen de habilitación profesional, los

egresados de dichas carreras de salud deben cumplir el año de salud rural en los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud-RPIS, en este año cada profesional es dependiente laboralmente del Ministerio de salud Pública del Ecuador.(Ley Orgánica de Salud, 2015)

En el caso de títulos extranjeros reconocidos por la SENESCYT, los profesionales deben rendir el examen de habilitación profesional y cumplir con el año de salud rural establecido en la ley.(Registro Oficial 626 de 12-Nov, 2015)(Convenio de Cooperación Interinstitucional Entre El MSP y Las Asociaciones de Profesionales de Salud, 2015)

Jornada laboral

Actualmente según la Ley Orgánica de Servicio Público expedida en el 2010, la jornada laboral para el profesional de enfermería se establece en 8 horas diarias al igual que el resto de los empleados del sector público en general, perdiendo el derecho adquirido anteriormente de jornada de trabajo de 6 horas diurno, 12 horas nocturno cada dos noches y 2 días de descanso en la semana. (Calderón Macías et al., 2020)

Salario inicial

En el Ecuador el Ministerio del trabajo es el organismo encargado de determinar la escala de sueldos a nivel país, determinado por jerarquías de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud y las normas técnicas de responsabilidades, en la escala se establece 20 puestos jerárquicos que determinan su asignación económica mensual.

En el año 2015 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, determinó la nueva clasificación de puestos laborales para los establecimientos de salud de la Red pública Integral de Salud, otorgando un ajuste salarial para los profesionales de enfermería de 986 dólares mensuales como inicial (servidor público 3) a 1.212 dólares (servidor público 5). También se ajustó el ingreso salarial de profesionales de enfermería especialistas y coordinadoras, que pasarán de un mínimo de 1.676 (servidor público 7) a 1.760 y 2.034 dólares, según cada caso (servidor público 8 o 9).(Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-249, 2020), (Ministerios de Salud Pública, 2015)

En cuanto al salario en Instituciones de salud privadas se ajusta de acuerdo con consideraciones propias, llegando a aproximarse al salario como servidor Público 3 que va de 900 a 1200 dólares.

Desempleo

En el Ecuador no se registra desempleo para los profesionales de Enfermería, el déficit de profesionales ha impulsado al aumento significativo de formación de Auxiliares de enfermería, determinando

un retroceso para la inserción laboral de los profesionales. Este déficit puede estar sujeto a las condiciones laborales que no son adecuadas para los profesionales.

Organización profesional

Las organizaciones profesionales de Enfermería en el Ecuador están constituidas por 2 organizaciones, una en representación de los profesionales y la otra representando a la academia. La Federación Ecuatoriana de Enfermeros es una organización gremial conformada por Enfermeras y Enfermeros que ejercen su profesión a nivel público y privado en diversos ámbitos relacionados con el quehacer en salud. Su estructura interna está constituida por 20 colegios provinciales que persiguen objetivos comunes. Esta jurídicamente reconocida. Económicamente funciona con los aportes de los socios a través de los colegios, ésta no se encuentra vinculada como organismo dentro del Ministerio de salud, funciona de forma autónoma y sin obligatoriedad para de ser miembro activo, debido a que en el año 2010 fue derogada la ley en la que lo constituía como máximo organismo de representación de enfermería. En la actualidad la representación está fragmentada por Colegios provinciales de enfermeros, la Federación Nacional, los cuales se ocupan de otorgar avales para eventos de divulgación científica y generar espacios de capacitación, más que en proponer estrategias y presentar propuestas a los organismos correspondientes para el empoderamiento y reconocimiento de la profesión. (Calderón Macías et al., 2020)

Por otro lado, se encuentra la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería ASEDEFE, institución de derecho privado sin fines de lucro y de ámbito nacional, agrupa a 23 Escuelas y facultades del país, es la entidad responsable de direccionar y asesorar la formación del talento humano de enfermería y de apoyar técnicamente los procesos de evaluación y acreditación de la carrera de Enfermería basados en los estándares establecidos por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, CEAACES y el Consejo de Educación Superior, CES; en los niveles de pregrado y postgrado, educación continua y vinculación con la colectividad.

2. Migración del personal de Enfermería

Legislación de migraciones en Ecuador para Enfermería

La política migratoria en el Ecuador tiene como unos de sus objetivos incentivar el ingreso de ciudadanos extranjeros y que este aporte de talento humano se significativo para el desarrollo técnico y científico del país, vigilando la garantía de precautelar el empleo de los ciudadanos nacionales (Geronimi, 2004).

Dentro del Acuerdo de Integración Subregional Andino, en el capítulo I, artículo 3, dentro de los programas y acciones de cooperación económica y social, están contemplados "Programas orientados a impul-

sar el desarrollo científico y tecnológico”.(Sistema de Información sobre comercio exterior, 2003)

De igual forma el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, como componente medular de respuesta a las dificultades de la migración de personal sanitario y elemento importante para el fortalecimiento de los sistemas de salud, tiene como objetivo “establecer y promover principios y prácticas voluntarios en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra”; referencia siendo así una guía para los Estados Miembros y las partes interesadas. Este código es de alcance mundial y contempla dentro de las prácticas de contratación que “Los Estados Miembros deberían garantizar que, a reserva de las leyes correspondientes, incluidos los acuerdos internacionales pertinentes en que son parte, los agentes de salud migrantes tengan los mismos derechos y responsabilidades en el plano jurídico que el personal de salud formado en el país por lo que respecta a todas las condiciones de empleo y de trabajo”. (Asamblea mundial de la salud, 2010)

En Ecuador en el año 2015, el plan Ecuador Saludable voy por ti, consistía en captar y retener a profesionales de la salud ecuatorianos y también extranjeros, ejecutando un proceso de reclutamiento, selección y contratación, con experiencia, conocimientos y competencia técnica para cubrir los requerimientos en salud. Los profesionales que se inscriban en este plan debían rendir una prueba psicométrica y de conocimientos técnicos, además de una entrevista de trabajo, y cumplir con los procesos de selección establecidos por la normativa legal vigente, como requisito importante es el registro de los títulos en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) de Ecuador. Los profesionales de la salud de nacionalidad ecuatoriana o extranjera pueden acceder al plan siendo que hayan culminado sus estudios de pre o post grado, o que se encuentren ejerciendo su profesión en el exterior (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2015).

a. Inmigración de enfermeras/os en Ecuador

El Ecuador no cuenta con un organismo máximo de representación de Enfermería ante el Ministerio de salud Pública, lo que limita la data sobre la movilidad de los profesionales de Enfermería debido a circunstancias detalladas en el elemento Organización profesional, sin embargo, con el fin de determinar datos que reflejen la migración la SENESCYT, otorgó el acceso a datos mediante Oficio Nro. SENESCYT-DNGI-2021-0086-O del 18 de agosto de 2021, respecto a la convalidación de títulos de Enfermería con cohorte 2016-2020, expresados en la Tabla 14. En relación con datos de emigración de enfermeras ecuatorianas, no se logra determinar una base de datos específica.

Tabla 14 Registro de Títulos Nacionales de tercer nivel de formación académica, correspondiente a Licenciatura, Técnicos y Tecnólogos, 2016-2021

TIPO DE TÍTULO	NOMBRE TÍTULO	NIVEL FORMACIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NACIONAL	TECNOLOGO SUPERIOR EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL TECNOLÓGICO	-	-	-	-	-	283
NACIONAL	TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL TÉCNICO	2707	3018	2664	2360	1458	633
NACIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL TÉCNICO	2	-	1	-	-	-
NACIONAL	ENFERMERA/O	TERCER NIVEL TÉCNICO	4	1	2	2	-	-
NACIONAL	LICENCIATURA EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	2954	3124	3332	3196	2953	1630
TOTAL			5667	6143	5999	5558	4411	2546

Fuente: SENESCYT, 2021

Tabla 15 Registro de Títulos Extranjeros de tercer nivel de formación académica, correspondiente a Licenciatura, Técnicos y Tecnólogos, 2016-2021

TIPO DE TÍTULO	NOMBRE TÍTULO	NIVEL FORMACIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021
EXTRANJERO	LICENCIADO EN ENFERMERIA INTEGRAL COMUNITARIA	TERCER NIVEL	-	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	LICENCIATURA EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	228	323	215	165	68	46
EXTRANJERO	ENFERMERIA	TERCER NIVEL	6	9	9	4	9	4
EXTRANJERO	BACHELOR OF SCIENCE WITH A MAJOR IN NURSING	TERCER NIVEL	-	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	BACHELOR OF NURSING	TERCER NIVEL	19	4	1	3	1	1
EXTRANJERO	DIPLOMADA EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	1	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	GERENTE EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL	-	-	-	-	-	1
EXTRANJERO	GRADUADA EN ENFERMERIA CON MENCION EN INNOVACION Y GESTION DE LA DIVERSIDAD EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	-	-	-	-	1	-
EXTRANJERO	LICENCIADA EN ENFERMERIA INTEGRAL COMUNITARIA	TERCER NIVEL	-	1	1	1	2	-
EXTRANJERO	LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA	TERCER NIVEL	1	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	LICENCIADO EN CIENCIAS DE ENFERMERIA	TERCER NIVEL	1	1	-	1	-	-
EXTRANJERO	TECNICO SUPERIOR EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	-	-	-	-	1	-
EXTRANJERO	TECNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA	TERCER NIVEL	-	4	2	-	-	-
EXTRANJERO	ASSOCIATE DEGREE NURSING	NIVEL TÉCNICO	-	-	-	1	-	-
EXTRANJERO	ASSOCIATE IN APPLIED SCIENCE MAJOR NURSING	NIVEL TECNOLÓGICO	1	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	ASSOCIATE IN APPLIED SCIENCE IN NURSING	NIVEL TECNOLÓGICO	-	1	-	1	-	-
EXTRANJERO	ASSOCIATE OF SCIENCE NURSING	NIVEL TÉCNICO	-	-	-	-	1	-
EXTRANJERO	PROFESIONAL TECNICA DE ENFERMERIA TECNICA	NIVEL TÉCNICO	-	-	-	-	5	1
EXTRANJERO	TECNICA SUPERIOR UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA INTEGRAL COMUNITARIA	NIVEL TÉCNICO	-	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERIA CON MENCION EN GERIATRIA	NIVEL TÉCNICO	-	-	-	1	-	-
EXTRANJERO	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERIA CON MENCION EN URGENCIA	NIVEL TÉCNICO	2	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	TECNICO EN ENFERMERIA MEDICA	NIVEL TÉCNICO	-	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	TECNICO SUPERIOR EN ENFERMERIA	NIVEL TÉCNICO	105	186	163	78	36	17
EXTRANJERO	TECNOLOGA EN ENFERMERIA	NIVEL TECNOLÓGICO	-	-	1	-	-	-
EXTRANJERO	TECNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA	NIVEL TÉCNICO	-	1	-	-	-	-
TOTAL			364	535	392	255	124	70

Fuente: SENESCYT, 2021

Tabla 16 Registro de Títulos Nacionales de cuarto nivel de formación académica, 2016-2021

TIPO DE TÍTULO	NOMBRE TÍTULO	NIVEL FORMACIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NACIONAL	DIPLOMA SUPERIOR EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA	CUARTO NIVEL	1	-	-	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA	CUARTO NIVEL	29	22	2	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PERINATOLOGIA	CUARTO NIVEL	11	6	2	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN TRAUMA Y EMERGENCIA	CUARTO NIVEL	7	41	3	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA CLINICA	CUARTO NIVEL	1	-	-	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA ONCOLOGICA	CUARTO NIVEL	3	-	-	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA PEDIATRICA	CUARTO NIVEL	2	-	-	-	-	-
NACIONAL	ESPECIALISTA DE ENFERMERIA PARA CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO	CUARTO NIVEL	1	-	-	3	-	-
NACIONAL	MAGISTER EN ENFERMERIA EN GERONTO-GERIATRIA	CUARTO NIVEL	1	-	-	-	-	-
NACIONAL	MAGISTER EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA	CUARTO NIVEL	4	-	5	-	-	-
NACIONAL	MAGISTER EN ENFERMERIA DEL ADULTO	CUARTO NIVEL	13	-	-	-	-	-
NACIONAL	MAGISTER EN ENFERMERIA CLINICO QUIRURGICA	CUARTO NIVEL	60	60	20	8	4	1
TOTAL			133	129	32	11	4	1

Fuente: SENESCYT, 2021

Según la data de los títulos extranjeros registrados en la SENESCYT, se puede aproximar el criterio que pertenecen a personal de enfermería en movilidad humana.

Tabla 17 Registro de Títulos Extranjeros de cuarto nivel de formación académica, 2016-2021

TIPO DE TÍTULO	NOMBRE TÍTULO	NIVEL FORMACIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021
EXTRANJERO	ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL	CUARTO NIVEL	-	-	-	1	-	-
EXTRANJERO	ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERIA GERIATRICA	CUARTO NIVEL	2	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN PERIOPERATORIA	CUARTO NIVEL	-	-	-	1	-	-
EXTRANJERO	ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ENFERMERIA COMUNITARIA	CUARTO NIVEL	1	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ENFERMERIA INTENSIVA Y EMERGENCIA	CUARTO NIVEL	1	0	1	2	0	0
EXTRANJERO	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA MATERNOPERINATAL	CUARTO NIVEL	-	-	1	-	-	1
EXTRANJERO	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CIUDADADO CRITICO	CUARTO NIVEL	2	2	6	15	10	1
EXTRANJERO	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA PEDIATRICA	CUARTO NIVEL	-	-	1	-	-	-
EXTRANJERO	MAGISTER EN ENFERMERIA	CUARTO NIVEL	-	1	-	1	-	-
EXTRANJERO	MAGISTER EN ENFERMERIA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO	CUARTO NIVEL	-	-	4	2	1	0
EXTRANJERO	MAGISTER EN ENFERMERIA EN SALUD REPRODUCTIVA	CUARTO NIVEL	-	2	-	-	-	-
EXTRANJERO	MAGISTER EN ENFERMERIA MENCION SALUD COMUNITARIA	CUARTO NIVEL	-	2	1	-	-	-
EXTRANJERO	MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL MENCION OBSTETRICIA	CUARTO NIVEL	-	1	-	1	-	-
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCION Y GESTION DE ENFERMERIA	CUARTO NIVEL	0	0	0	18	26	55
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CUIDADOS ESPECIALES	CUARTO NIVEL	-	-	-	-	-	1
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN PRACTICA AVANZADA Y GESTION EN ENFERMERIA	CUARTO NIVEL	-	1	-	-	-	-
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	CUARTO NIVEL	-	-	-	2	1	-
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CRITICOS EN ENFERMERIA	CUARTO NIVEL	-	-	-	-	1	-
EXTRANJERO	MÁSTER EN ENFERMERIA INTENSIVA	CUARTO NIVEL	1	-	-	-	-	-
EXTRANJERO	MÁSTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN DIRECCION Y GESTION DE ENFERMERIA	CUARTO NIVEL	-	-	-	-	-	1
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO DE I NIVEL EN ENFERMERIA EN AREA CRITICA	CUARTO NIVEL	-	-	1	-	-	-
EXTRANJERO	MÁSTER EN ENFERMERIA DE FAMILIA Y DE COMUNIDAD	CUARTO NIVEL	-	-	1	-	-	-
EXTRANJERO	MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACION ENFERMERA Y PRACTICA PROFESIONAL AVANZADA	CUARTO NIVEL	-	-	-	-	1	-
EXTRANJERO	MASTER OF SCIENCE IN NURSING	CUARTO NIVEL	-	-	-	-	1	-
TOTAL			7	9	16	43	41	59

Fuente: SENESCYT, 2021

En cuanto a los flujos migratorios generales se puede referir datos de salidas de ecuatorianos y entradas de extranjeros de acuerdo con el motivo de viaje. (Tabla 18, 19)

Tabla 18 Salidas de ecuatorianos según el motivo de viaje, 2010-2020

1/ Motivo de viaje	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Total	898.885	1.022.451	1.022.205	1.137.875	1.278.336	1.398.167	1.550.898	1.547.312	1.497.680	1.544.708	1.547.312	1.497.680	1.544.708	1.547.312	1.497.680	1.544.708	1.547.312	1.497.680	1.544.708	1.547.312	1.497.680	1.544.708
Turismo	474.753	616.042	608.948	652.254	719.441	874.682	1.019.035	1.022.609	1.044.605	1.046.646	1.022.609	1.044.605	1.046.646	1.022.609	1.044.605	1.046.646	1.022.609	1.044.605	1.046.646	1.022.609	1.044.605	1.046.646
Negocios	5.272	9.038	16.285	22.985	22.337	24.158	22.695	22.829	25.180	35.400	22.829	25.180	35.400	22.829	25.180	35.400	22.829	25.180	35.400	22.829	25.180	35.400
Eventos	15.836	46.276	67.286	86.268	90.790	88.235	88.496	73.701	62.526	113.542	73.701	62.526	113.542	73.701	62.526	113.542	73.701	62.526	113.542	73.701	62.526	113.542
Estudios	4.625	3.575	6.680	9.751	13.462	13.987	18.837	29.226	30.480	38.707	29.226	30.480	38.707	29.226	30.480	38.707	29.226	30.480	38.707	29.226	30.480	38.707
Residencia**	-	-	-	-	-	-	94.433	352.616	259.233	212.709	94.433	352.616	259.233	212.709	94.433	352.616	259.233	212.709	94.433	352.616	259.233	212.709
Asilamiento***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	398.399	347.503	324.985	366.617	382.306	397.105	307.402	46.331	55.656	97.704	46.331	55.656	97.704	46.331	55.656	97.704	46.331	55.656	97.704	46.331	55.656	97.704

Fuente: INEC, 2021

Tabla 19 Entradas de extranjeros según el motivo de viaje, 2010-2020

1/ Motivo de viaje	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Total																					
Total	1.047.098	1.141.037	1.271.901	1.364.057	1.556.991	1.544.463	1.418.159	1.608.473	2.427.660	2.043.993	1.608.473	2.427.660	2.043.993	1.608.473	2.427.660	2.043.993	1.608.473	2.427.660	2.043.993	1.608.473	2.427.660	2.043.993
Turismo	890.144	951.079	1.023.433	1.061.516	1.148.664	1.105.014	975.877	1.237.384	1.928.612	1.375.859	1.237.384	1.928.612	1.375.859	1.237.384	1.928.612	1.375.859	1.237.384	1.928.612	1.375.859	1.237.384	1.928.612	1.375.859
Negocios	10.179	19.581	34.547	57.142	69.383	66.783	57.418	50.270	52.422	68.740	50.270	52.422	68.740	50.270	52.422	68.740	50.270	52.422	68.740	50.270	52.422	68.740
Eventos	12.527	40.995	71.928	82.747	126.192	128.619	120.477	81.858	97.946	151.417	81.858	97.946	151.417	81.858	97.946	151.417	81.858	97.946	151.417	81.858	97.946	151.417
Estudios	1.055	886	1.348	1.904	1.734	1.424	1.659	2.837	2.876	4.773	2.837	2.876	4.773	2.837	2.876	4.773	2.837	2.876	4.773	2.837	2.876	4.773
Residencia**	-	-	-	-	-	-	43.518	149.889	211.868	242.076	43.518	149.889	211.868	242.076	43.518	149.889	211.868	242.076	43.518	149.889	211.868	242.076
Asilamiento***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	133.193	126.493	140.645	160.748	211.016	242.623	219.540	86.235	133.936	201.128	86.235	133.936	201.128	86.235	133.936	201.128	86.235	133.936	201.128	86.235	133.936	201.128

Fuente: INEC, 2021

Fuente: INEC, 2021

CONCLUSIONES

La migración del personal de salud es un fenómeno crítico que contempla desafíos de gran complejidad y retos para el propio recurso humano y para los sistemas sanitarios motivados por las crecientes demandas de fuerza de trabajo y el cumplimiento del marco de la cobertura universal de los servicios de salud.

Se puede afirmar que, aunque la migración es parte de la opción que tiene todo ser humano como un derecho a la libertad de movilidad y a la búsqueda de mejores oportunidades de vida, esto supone también algunos efectos que pueden ser negativos para quienes eligen radicar en el país, sobre todo en el caso de sistemas sanitarios que no han incluido dentro de sus niveles a titulaciones diversas y de formación escalonada y deben validar sus títulos presentándose a un Examen para la habilitación profesional para poder ejercer su profesión dentro del país; y también para quienes deciden inmigrar y deben someterse a diversas formas de reconocimiento de sus títulos de grado obtenidos en el Ecuador.

La inversión que la nación hace en la formación de sus recursos humanos en salud, no se compensa con las remesas que los migrantes envían al país, lo que encarece aún más la débil economía del estado, sobre todo si se considera la situación de salud que se viene atravesando desde inicios de 2020 por la pandemia por Covid 19.

Desde hace algunos años se conoce que el país “pierde” profesionales que salen de la patria, y ha sido una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los estados mejoren las condiciones de trabajo y los salarios como parte de una política de retención de los recursos humanos formados en los diferentes campos sanitarios.

La migración en el Ecuador es un fenómeno del cual no puede excluirse al personal enfermero, y este es un problema de gran trascendencia, puesto que de acuerdo con las estimaciones de la OMS existe una brecha mundial en cuanto a la disponibilidad de este recurso profesional, por tanto, la inmigración de enfermeros a corto plazo significaría que la relación enfermero/población (14,54/10000 habitantes) en el país, sea aún más crítica de lo que es en el momento actual.

Medir el fenómeno de migración enfermero es complejo, puesto que no se dispone de información tamizada que permita analizar el panorama real de la movilidad de los enfermeros; los registros de entrada y salida del país incluyen datos inexactos sobre la profesión de los viajeros, y esta es una limitante que se incluye en los estudios previos realizados sobre migración de profesionales de la salud.

En 2020 según los registros, el país de mayor movimiento migratorio fue desde (30%), y hacia (43,3%) Estados Unidos; esto a nivel general, a pesar de que según la Organización Internacional para las

migraciones reporta una gran migración venezolana (443000 personas) desde 2016, el INEC ubica a Venezuela en el séptimo lugar como país de ingreso de ciudadanos (2,6%).

De la revisión realizada sobre el tema en el campo específico de enfermería, se desglosan las siguientes conclusiones:

- En el periodo 2016 - 2021 en el Ecuador los títulos nacionales y extranjeros registrados y reconocidos como de tercer nivel fueron un total de 32064, siendo el 94,57 de titulación nacional y 5,43% títulos extranjeros.
- Tomando como referencia los títulos nacionales, fueron un total de 30324 títulos, los cuales tuvieron la siguiente distribución: 56,68% corresponden a títulos de licenciatura en enfermería; 42,34% a técnico superior en enfermería; 0,94% a tecnólogo superior en enfermería (solo registrados en 2021); 0,03% a enfermeros y 0,01 a auxiliares de enfermería (registrados hasta el 2018).
- En lo que concierne a títulos extranjeros, se registraron algunos títulos que no tienen denominación en el país, y que fueron reconocidos por el Senescyt como de tercer nivel, fueron un total de 1137, clasificados de la siguiente manera: 60,06% corresponden a licenciatura en enfermería; 33,62% a técnico superior en enfermería; 2,36% a enfermería; 1,69% a bachelor of nursing; 0,34% a técnico superior universitario en enfermería y a profesional técnica en enfermería técnica; 0,29% a licenciado en enfermería integral comunitaria; 0,17% a licenciado en ciencias de la enfermería; 0,11% a diplomado en enfermería, técnico de nivel superior en enfermería con mención en urgencia y associate in applied science major nursing; y, a las siguientes titulaciones licenciado en enfermería integral comunitaria; bachelor of science with a major in nursing; gerente en la especialidad de enfermería; graduada en enfermería; licenciada en enfermería y obstetricia; y técnico superior en enfermería, associate of science nursing, técnica superior universitario en enfermería integral comunitaria, técnico de nivel superior en enfermería con mención en geriatría, técnico en enfermería médica, técnico superior universitario en la especialidad de enfermería, associate in applied science major nursing, y tecnóloga en enfermería, con un 0.09% cada una.
- Un aspecto importante, es que a pesar de que se han registrado títulos extranjeros, no resulta claro el afirmar que se trata de migración hacia nuestro país, puesto que podría darse el caso de ecuatorianos que salieron a formarse en otro estado, y al retorno, registran el título obtenido.
- Los datos que se registran en migración omiten información sobre la profesión, de manera que no es factible precisar la movilidad de enfermeros hacia otros países, o desde otras naciones hacia el Ecuador.
- En el Ecuador, para el 2018 se disponía de 24.751 enfermeros, con una relación de 14,54 enfermeros/ 10000 habitantes; estableciendo la relación, se podría inferir que, para ese año hubo 375 enfermeros que salieron del Ecuador para residir en otro país y 44 que salieron para realizar estudios. En cuanto a los ingresos al Ecuador, siguiendo la misma lógica, se establece que 4 extranjeros

ingresaron para realizar estudios y 308 enfermeros entraron para radicar en el país.

Respecto al número de profesionales de enfermería que se encuentran en situación de movilidad en el Ecuador, lamentablemente no se posee una data específica debido a que no se registra entradas y salidas del país por profesión.

Bibliografía

Antamba, L. (2015). Estadística Educativa. Reporte bianual de indicadores educativos del Ministerio de Educación, Ecuador.

Asamblea mundial de la salud. (2010). Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf

Asedefe. (2012). Política nacional de educación de enfermería asociación ecuatoriana de escuelas y facultades de enfermería asedefe.

Ávila Figueroa, W., Espinoza Figueroa, J., & Ascencio Quimí, R. (2020). Ecuador y el FMI. Universidad de Guayaquil. <https://www.imf.org/en/Countries/ECU>

Ávila Santamaría, R. (2012). El derecho a la salud en el contexto del buen vivir La Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho a la salud. UASB-DIGITAL.

Banco Central del Ecuador (BCE). (2020). Información Estadística Mensual. Banco Central Del Ecuador. <https://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>

Calderón Macías, M. L., Herrera Velázquez, M. del R., & Solórzano Solórzano, S. E. (2020). Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. Revista Científica Sinapsis, 2(15). <https://doi.org/10.37117/s.v2i15.215>

Ceja, I., Álvarez, S., & Berg, U. (2021). Migración (CLACSO, Ed.).

Ley orgánica de salud, Plataforma Profesional de Investigación Jurídica 13 (2015).

Consejo Nacional de Educación. (2007). Plan Decenal de Educación del Ecuador 2006 - 2015.

Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS). (2016). Defunciones.

Geronimi, E. (2004). ESTUDIOS SOBRE MIGRACIONES INTERNACIONALES. Admisión, contratación y protección de trabajadores migrantes. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_201595.pdf

INEC. (2018). Estadística de defunciones generales. In Periodic.

INEC. (2019). Indicadores de Agua, saneamiento e higiene en Ecuador.

INEC. (2020). Proyecciones Poblacionales. Proyecciones Poblacionales. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

INEC. (2021a). Encuesta Nacional De Empleo, Desempleo Y Subempleo. In Encuesta Nacional De Empleo, Desempleo Y Subempleo.

INEC. (2021b). Entradas y Salidas Internacionales. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/entradas-y-salidas-internacionales/>

Ministerio de Educación. (2013). Constitución de la República del Ecuador (Documento actualizado 19/12/2013). Ministerio de Educación.

Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. (2015). Guía de Servicios Interinstitucionales. <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-DE-SERVICIOS-INTERINSTITUCIONALES-GUIAS-19-AGOSTO.pdf>

Acuerdo Ministerial No. 0000003, 1 (2021).

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de atención Integral de Salud -MAIS (Subsecretaría).

Registro Oficial 626 de 12-nov, (2015).

Convenio de cooperación interinstitucional entre el MSP y las Asociaciones de profesionales de salud, Pub. L. No. Decreto Ejecutivo No 814, Convenio 1 (2015).

Ministerios de Salud Pública. (2015). Enfermeras: se sube el salario de arranque a \$1.212 y se elevan salarios de coordinadoras y especialistas – Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/enfermeras-se-sube-el-salario-de-arranque-a-1-212-y-se-elevan-salarios-de-coordinadoras-y-especialistas/>

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). MONITOREO DE FLUJO DE POBLACIÓN VENEZOLANA ECUADOR.

Peralvo, R. (2017). La migración calificada de venezolanos a Quito. Realidades y expectativas.

Pesantes, K. (2020). Casi 600.000 familias en Ecuador no tienen vivienda propia. Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/familias-ecuador-sin-casa-propia/>

Portilla, F. (2018). Agroclimatología del Ecuador (Editorial Universitaria Abya-Yala, Ed.; Universidad).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). Ecuador en breve | El PNUD en Ecuador. Ecuador En Breve. <https://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/countryinfo.html>

Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-249, Pub. L. No. MDT-2020-249, 1 (2020).

Sistema de Información sobre comercio exterior. (2003). SICE - Comunidad Andina - Decisión 563. Sistema de Información Sobre Comercio Exterior. <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/dec563s.asp>

UNHCR, & ACNUR. (2021). Monitoreo de Protección. Informe Nacional.

Yáñez, Á. (2018). Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *Medisur*, 16(16).

España

Silvia Costa Abós
Alba Biosca Alonso

Introducción

La migración de enfermeras es un fenómeno globalmente extendido, y que tiene un impacto tanto en los países de envío como de recibimiento. Estos flujos de movilidad internacional transforman los sistemas sanitarios en la medida en que los proveen y desproveen de sus recursos humanos en salud, un pilar esencial para la consecución de objetivos y derechos humanos básicos como la cobertura sanitaria universal (CSU), donde la enfermera como prestadora de cuidados y servicios es clave. Teniendo en cuenta la necesidad de realizar un abordaje multicausal y desde ambas perspectivas, a lo largo de este trabajo se pondrá en contexto y se analizará la migración de enfermeras de América Latina hacia España, durante la década de 2010- 2019.

1.1 Conceptos sobre migración

La migración es un proceso por el que un individuo se desplaza de su lugar de residencia habitual hacia otro lugar dentro del mismo país o fuera del mismo (migración internacional). Es un movimiento que excluye de su definición las actividades con fines de ocio, vacaciones, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa (1). La persona que lleva a cabo el proceso migratorio se conoce como migrante, término que por uso social hace referencia a las personas que migran, bien sea de forma temporal o permanente, atendiendo a una variedad de motivos diversos, y por vías tanto regulares como en situaciones irregulares y sin documentación reglada (2).

El ciclo migratorio está constituido por etapas que engloban desde la partida de la residencia habitual, pasando por el establecimiento en otro sitio, hasta un posible retorno final al punto de inicio. Dependiendo de si se parte de un enfoque del país de salida o del país de destino, la migración comprende la emigración, o perspectiva del país de partida, donde el desplazado se va en busca de otra residencia o país de destino; y, la inmigración, que se corresponde con la perspectiva del país de llegada, que recibe al migrante, y probablemente se convertirá en su nueva residencia. Los movimientos de emigración e inmigración constituyen los llamados flujos migratorios (1).

Los estados se encargan de regular y controlar la migración, generalmente con convenios de cooperación bilateral y multilateral con otros países, en especial énfasis, con los fronterizos o con aquellos a los que aportan una mayor emigración o de donde reciben principalmente su inmigración. Por una parte, la migración segura, ordenada y regular es aquella que atiende a las leyes establecidas que regularizan la entrada y salida a un país, o el permiso de residencia y trabajo, al tiempo que protegen los derechos y bienestar de la persona migrante. Por otra parte, existe la circulación de personas por vías de migración irregulares establecidas fuera de la normativa y legalidad de un país o de acuerdos

bilaterales, donde se suele tratar de migrantes no documentados, pero que no eximen a los Estados de no vulnerar la protección de los derechos humanos (1).

Migración laboral

Existen varios motivos por los que las personas se desplazan a otro sitio, siendo una de las principales motivaciones la búsqueda y consecución de trabajo, es decir, por la migración laboral. La figura central de este tipo de migración es el trabajador migrante, es decir, la persona que realiza una actividad remunerada en otro país -llamado Estado de empleo- de donde no sea nacional (1).

1.1. América Latina

América Latina, Latinoamérica o Región de América Latina y el Caribe (ALC, LAC) indistintamente refiere a una región cultural localizada en el continente americano (Anexo 1). Es un término étnico-geográfico que engloba por términos generales, y atendiendo a una definición amplia incluyendo países latinos y no latinos, los siguientes cuarenta y dos países, territorios no autónomos y departamentos de ultramar:

- América del Norte: México
- Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá
- América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, República Bolivariana de Venezuela
- Caribe: Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, República Dominicana, Saint-Barthélemy, Saint Christopher y Nevis, Saint Vincent y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago (3)

Por último, por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación del Gobierno de España emplea la siguiente separación de la región (4, 5):

- Región del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay
- Países Andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y República Bolivariana de Venezuela
- Centroamérica, México y el Caribe

1.2. Evolución de los flujos migratorios entre España y Latinoamérica

Ambos territorios se han enviado y recibido población uno de otro, alternándose los papeles de país de origen y país de destino para numerosos migrantes, tanto por motivos económicos como políticos. Durante los siglos XIX y XX, los emigrantes españoles se fueron mayoritariamente hacia Argentina, Brasil, Cuba o Uruguay debido al paro, el fracaso de la modernización agrícola o el lento desarrollo industrial en España, y que al mismo tiempo, estaba motivada por la estabilidad social,

política y económica que ofrecían los países de acogida (6). En la entrada del siglo XXI, se invierte la tendencia migratoria y España se convierte en uno de los principales países receptores en el mundo, especialmente, de población latinoamericana (ver Anexo 2 para datos migratorios de los años 2012, 2015 y 2019), y que se irá consolidando con la entrada en vigor de convenios bilaterales de migración y de doble nacionalidad; de condiciones favorables para la obtención de la nacionalidad española para descendientes de españoles emigrados; o una mayor facilidad en la renovación del permiso de residencia para los latinoamericanos (7).

Los datos más actualizados a los que se tiene acceso, los de 2020 del Informe de Migración de la OIM, se apunta que en España viven un total de 6,84M de migrantes, constituyendo el 14,6% de la población total. El mismo documento muestra cómo para los dieciocho países latinoamericanos analizados, España se encuentra entre los cinco destinos que recibe una mayor inmigración de estos países, a excepción de la República Bolivariana de Venezuela que se ubicaría entre los diez primeros (8).

1.3. Panorama actual de la enfermería en España

Según datos del Banco Mundial (9), el ratio de enfermeras y matronas por cada 1.000 personas en España era de 5,7 en 2017, por debajo de la media europea de 9,5 y de los países vecinos como Portugal con 6,9 o Francia con 11,16. Sin embargo, cabe destacar la diferencia entre comunidades autónomas como se refleja al comparar Navarra –8,6– con Murcia –4,59– (10). Por otra parte, respecto al paro, cabe destacar la baja tasa de los titulados enfermeros (1,46% en octubre de 2021), pero todavía por encima de la de los facultativos (0,49% para el mismo período) (11). Asimismo, durante 2019 del total de nuevos contratos registrados, un total de 120.782 para 38.706 enfermeras, unos 113.697 fueron de duración temporal, por el que se expone la precariedad del sector (12).

En la misma línea, la doctora en Ciencias Enfermeras y Presidenta del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB), Paola Galbany, a través de varios estudios (13-16) reflejaba cómo desde la década de 1990 las enfermeras españolas, en comparación con otras profesiones, solicitaban con mayor cantidad la acreditación de la titulación para poder trabajar en el extranjero, sobre todo para emigrar hacia países europeos como Reino Unido, Francia o Alemania. Las investigaciones resaltan cómo las reformas del mercado laboral en España o la reducción en gasto público han motivado esta emigración para buscar principalmente la estabilidad laboral. En consecuencia, por ejemplo, entre 2010- 2013 se incrementaba el desempleo de enfermeras, al tiempo que los contratos temporales durante la época estival iban al alza, aumentando la precariedad y carga laboral, y, por tanto, menguando la calidad de los cuidados enfermeros, siendo un daño colateral grave si se tiene en cuenta que España ha sido y es uno de los países de la OCDE con mayor esperanza de vida. Este complejo escenario nos muestra una demanda de enfermeras en España, de la que los medios

de comunicación han hecho eco este año de pandemia. Sin ir más lejos, para alcanzar la media europea, el sindicato CSIF estima una necesidad de contratación de 120.000 enfermeras más (17), mientras que otras apuntan a 108.000 enfermeras para 2023, y unas 127.000 para 2030, si se tiene en cuenta el crecimiento demográfico y la entrada en el mundo laboral de los nuevos graduados (10).

1.4. La enfermería en Latinoamérica

El fenómeno de la fuga de cerebros (brain drain) de los profesionales de la salud en ALC, especialmente hacia países de la OCDE, como es el caso de España o Italia, ha deteriorado los sistemas de salud de la región dado que los ha mermando la densidad de los recursos humanos (profesionales de medicina y de enfermería), y, por tanto, ha afectado directamente al abastecimiento de servicios, la productividad de los profesionales y el acceso a los servicios de salud de alta calidad por parte de las poblaciones locales (18).

Un indicador fundamental para el análisis de los sistemas sanitarios es la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), que consiste en la garantía de acceso y utilización por parte de la población, de los servicios y recursos de salud de su comunidad, sin tener que realizar grandes sacrificios, especialmente, económicos, y así hacer frente a las causas más comunes de morbimortalidad. Ésta incluye todos los servicios de salud a lo largo de la vida de una persona, y, engloba, por tanto, desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, hasta los cuidados paliativos (19).

La Organización Panamericana de Salud (OPS), en lo referente a la región, elaboró unas tablas informativas con datos clave y actualizados de 2020 sobre la situación de la enfermería en prácticamente todos los países latinoamericanos (20). Del análisis de la recopilación se pueden destacar los siguientes puntos relacionados con los profesionales de enfermería –incluyendo enfermeras y TCAI– y la salud de la población:

- Solo hay dos países sin Consejo, Colegio o Institución referente de Enfermería: Argentina, El Salvador;
- En relación con el punto anterior, sólo Argentina no cuenta con reglamento sobre las condiciones y horas de trabajo del personal de enfermería;
- Respecto a la CSU, el país con la menor tasa es Haití (49), mientras que Cuba sería el mejor posicionado para conseguirla (83);
- La formación básica para las enfermeras varía de 3 a 5 años en total según el país, siendo mayoritariamente formaciones de 4 años, y sin encontrar uniformidad por áreas geográficas;
- La densidad de enfermeras por 10.000 habitantes muestra cómo Haití presenta la tasa más baja (3'8 enfermeras/10.000 hab.), y Chile la más alta (126'4 enfermeras/10.000 hab.);
- Se calcula una estimación del posible déficit de enfermeras para 2030, donde 26 de los paí-

ses analizados no tendrán carencias, mientras que 7 países estarán en situaciones graves que varían entre un déficit de 100-200 profesionales (Costa Rica, Belice) hasta una preocupante carencia de 30.000 a 40.000 profesionales (Guatemala).

1.5. La migración en la disciplina enfermera

El Consejo Internacional de Enfermería emitió en 2020 el informe sobre la situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Tras analizar 86 países, remarcaba que uno de cada ocho profesionales de la enfermería habría nacido o formado en un país de origen distinto al de destino en el que actualmente ejercen la profesión. Se destaca además la dependencia de los países ricos al recibir profesionales extranjeros, alcanzando prácticamente un 15,2% del total de enfermeras (21).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Organización Panamericana de Salud (OPS) emitieron una Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (22), donde se presentaba como línea estratégica el desarrollo y manejo de los recursos humanos en salud, y sobre todo remarcando la importancia de invertir en la retención de enfermeras, así como en el uso y aplicación del código ético de reclutamiento elaborado por la propia OMS, para poder garantizar la cobertura universal de salud en los países latinoamericanos mediante la disponibilidad de un ratio adecuado de enfermeras por población. Sin embargo, se planteaba positivamente la evaluación de la migración circular -cuando el migrante devuelve finalmente al lugar de origen- y el establecimiento de acuerdos bilaterales en movilidad de trabajadores del sector de la salud.

En referencia al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, aprobado durante la 63 Asamblea Mundial de la Salud en 2010, con carácter voluntario y de alcance mundial, se expone como amenaza y preocupación la escasez personal sanitario que sucede mayoritariamente en países en vías de desarrollo o con economías de transición. Se considera que la contratación internacional debe regirse bajo principios de transparencia, equidad y sostenibilidad de los sistemas de salud, y atendiendo a los derechos y obligaciones de las partes implicadas: países de origen y destino, y trabajadores migrantes (23).

2. Material y método

La metodología de búsqueda se ha efectuado entre los meses de octubre a noviembre de 2021.

La elección de los descriptores clave (tabla 1) más adecuadas se ha hecho en concordancia a los objetivos establecidos, para conseguir los artículos más precisos que den respuesta. Se ha utilizado

el tesoro Medical Subject Headings (MeSH), y se han traducido los términos a los cuatro idiomas aplicables: catalán, castellano, inglés y portugués (brasileño).

Tabla 1: Palabras clave MeSH

Català	Castellà	Anglès	Portuguès (brasiler)
Espanya	España	Spain	Espanha
Infermeria	Enfermería	Nursing	Enfermagem
Infermeres migrants	Enfermeras migrantes	Migrant nurses	Enfermeiras migrantes
Migració	Migración	Migration	Migração
Llatinoamèrica	Latinoamérica	Latin America	América Latina
Mobilitat	Movilidad	Mobility	Mobilidade
Homologació	Homologación	Homologation Recognition	Homologação
Recursos humans en salut	Recursos humanos en salud	Human resources in health	Recursos humanos em saúde

Fuente: elaboración propia

2.1. Bases de datos y fuentes documentales consultadas

A lo largo de la revisión se ha consultado un amplio repertorio de fuentes de información primaria y secundaria entre bases de datos (BBDD), repositorios de organizaciones oficiales, e institutos de estadística nacionales e internacionales. Entre las BBDD se destaca por su aportación la Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS); otras consultadas han sido: PubMed, Cinahl, Web of Science, Cochrane Library, Scielo, EnFisPo y el buscador de Google Académico.

En la tabla 2 se describen los criterios de selección de los organismos de referencia consultados que no constituyen las BBDD convencionales. Quedarían por ser incluidos el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), el Consejo General de Enfermería (CGE), y el Colegio Oficial de las Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB).

Tabla 2: Relación de fuentes de información y criterios de selección

Fuente de información	Criterios de selección
Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS)	La OPS es la oficina regional para las Américas de la OMS. Sirve como la organización especializada en la salud pública de la región. Además, aportan datos estadísticos a través de sus observatorios, así como la mayoría de informes técnicos en el ámbito, por ejemplo, con el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)	Organización internacional, colaboradora con los gobiernos de países miembros cuya misión es diseñar mejores políticas públicas. Expone el panorama de salud en Latinoamérica, y tiene un centro de estadística.
Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU)	Organismo de integración subregional, que reúne a los ministros de salud de los países andinos, y coordina los esfuerzos para la mejora de la salud en el área. Proporciona informes técnicos.
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	Organización intergubernamental en el ámbito de la migración y conforma "la Agencia de Migración" de las Naciones Unidas. Aporta terminología, informes sobre migración e incluye el portal de datos sobre migración (MDP).
Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)	Es una empresa pública dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, colaboradora con la OMS/OPS en los campos de la Salud Pública y la Gestión de los Servicios Sanitarios.
International Centre on Nurse Migration (ICNM)	Recurso global para el desarrollo, promoción y difusión de la información sobre la migración laboral de enfermeras, en colaboración con el ICN.
Ministerio de Educación y Formación Profesional del Gobierno de España / Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación del Gobierno de España	Organismos del Gobierno Español que aporten información sobre homologación de titulaciones extranjeras y sobre convenios bilaterales entre España y el resto de países.
Instituto Nacional de Estadística (INE)	Organismo autónomo adscrito al Ministerio de Economía y Hacienda que elabora estadísticas públicas sobre la situación y la evolución de la sociedad de España.

Fuente: elaboración propia

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión atienden al propósito de afinar al máximo la búsqueda de artículos (tabla 3).

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión
Publicaciones en català, castellà, anglès i portuguès
Artículos publicados en el período de 2010-2021*
Artículos de libre acceso
Artículos que traten de enfermeras formadas a América Latina
Artículos que traten específicamente la migración de enfermeras latinoamericanas en activo a España
Criterios de exclusión
Articles amb accés restringit o de pagament
Articles que tractin exclusivament la migració d'auxiliars d'infermeria de Llatinoamèrica a Espanya
Articles que tractin exclusivament la migració de metges de Llatinoamèrica a Espanya
Articles que tinguin com a objecte d'estudi la migració d'estudiants d'infermeria
Artículos que traten específicamente la migración de enfermeras latinoamericanas en activo a España
Criterios de exclusión
Articles amb accés restringit o de pagament
Articles que tractin exclusivament la migració d'auxiliars d'infermeria de Llatinoamèrica a Espanya
Articles que tractin exclusivament la migració de metges de Llatinoamèrica a Espanya
Articles que tinguin com a objecte d'estudi la migració d'estudiants d'infermeria

*Ante la dificultad de cuantificar el fenómeno de la migración laboral de enfermeras y teniendo en cuenta la escasez de datos públicos respecto al tema ha sido necesario ampliar el período de cinco a once años (2010-2021) de la estrategia de búsqueda de los artículos publicados y documentos técnicos y que podían ser incluidos en los resultados.

2.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la búsqueda se han combinado las palabras clave utilizando los operadores booleanos OR y AND, para obtener artículos que aportaran la mayor información y precisión posible (tabla 4).

Durante la revisión, y ante la dificultad de encontrar artículos al respecto de los objetivos propuestos, se ha aplicado la estrategia de bola de nieve para extraer documentos citados en la bibliografía de documentos ya revisados o seleccionados y se han revisado las referencias cruzadas.

Tabla 4: Estrategia de búsqueda

PUBMED			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Nursing" AND "Latin America" AND "Migration"	16	2	1
"Spain" AND "Migrant nurses" AND "Recognition"	1	1	1
LILACS			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Enfermería" AND "Migración" AND "América Latina"	8	2	2
"Recursos humanos en salud" AND "enfermería" AND "migración"	6	3	2
CINAHL			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Nursing" AND "Latin America" AND "Migration"	7	2	1
"Human Resources for Health" AND "Latin America" AND "Migration"	2	1	1

COCHRANE			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Enfermería" AND "Migración"	0	0	-
SCIELO			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Enfermeira" AND "América Latina" AND "Migração"	2	0	0
ENFISPO			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Enfermería" AND "Migración"	2	0	-
"Enfermería" AND "Movilidad"	7	1	0
WEB OF SCIENCE			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"Migration" AND "Nurses" AND "Latin America"	18	3	2
"Spain" AND "Migrant nurses" AND "Recognition"	1	1	1
Total sin duplicados		5	

Fuente: elaboración propia

El resto directamente se extraen otras fuentes de información oficial, en concreto: once de las publicaciones de Recursos humanos para la salud de la OPS; uno del Ministerio de Asuntos Exteriores del Gobierno de España; dos del Ministerio de Educación y Formación Profesional del Gobierno de España; dos de la Serie de estudios multipaís del Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud, así como uno del apartado de Migración; y uno de Google Académico.

La selección inicial se realizó mediante la lectura de los resúmenes de los artículos buscados. En segunda instancia y para la selección final, se procedió a la lectura de los resúmenes ejecutivos (en el caso de los informes) o una lectura siguiendo las palabras clave en el documento, a fin de excluir

artículos duplicados, de poca relevancia o que erróneamente se habían seleccionado a pesar de no tratar específicamente el tema investigado.

2.4. Gestión bibliográfica

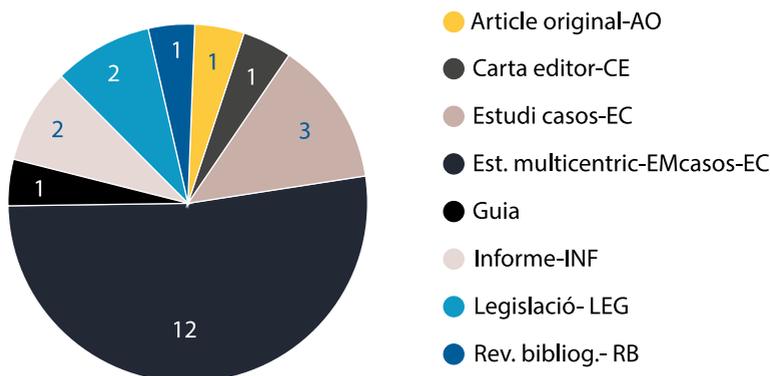
Los artículos seleccionados se han gestionado mediante la aplicación Mendeley Desktop, un gestor bibliográfico de referencia, que importa directamente los artículos desde las bases de datos utilizadas. Se han organizado los documentos en carpetas según los objetivos a los que daban respuesta y otra carpeta en referencia a la introducción.

Asimismo, se ha utilizado la aplicación Google Drive para el almacenamiento de los diversos informes y protocolos (OPS, OMS, IOM, etc), estructurando una tabla donde se dejaba constancia para cada documento, de su sitio web origen, las palabras clave utilizadas, y la información relevante.

3. Resultados

Los veintitrés documentos seleccionados después de la búsqueda se pueden observar en la figura 1, que muestra los diferentes tipos de artículos. Asimismo, en la tabla 5 se resumen los resultados obtenidos de cada artículo. Dado que de cada documento se ha podido extraer información para más de un objetivo específico, éstos se ordenan por fecha de publicación ascendente, y no por objetivos.

Figura 1: Tipo de artículos seleccionados



**La presentación de los resultados, al tratarse de un Trabajo de Final de Grado (TFG) se hace mediante tablas que recogen la información más importante de cada uno de los artículos seleccionados. Consideramos que para el propósito de esta investigación multicéntrica no es relevante incluirlas en este documento final.*

4. Discusión

Para facilitar la discusión y comparación entre los artículos, el apartado se ha dividido según los objetivos específicos.

4.1. Magnitud del flujo migratorio de enfermeras

Cuantificar el alcance de enfermeras latinoamericanas migradas en España requiere de la utilización de diversas fuentes, proporcionadas tanto desde los países de origen como del de destino, que no ha sido posible dada la escasa sistematización de registros oficiales y de acceso abierto por parte de ambas regiones (24-26) y por el dinamismo de los flujos migratorios (27). Sólo el estudio de Pastor y Nelson (24) aportaba datos actualizados anuales –década 2006-2016–, pero bajo petición directa de las investigadoras en el Ministerio de Educación del Gobierno español. De su investigación extraemos datos de 2010 a 2016, donde se presentaron un total de aproximadamente 2.352 aplicaciones de enfermeras latinoamericanas, de las que 1.515 recibieron la homologación y reconocimiento oficial del título.

En términos generales, para todas las subregiones latinoamericanas, a excepción del Caribe no latino y los países no hispanohablantes, y especialmente de la región andina, se señala a España como destino preferente para las enfermeras de estos países, junto a los EE.UU., Canadá e Italia (25-28), que se caracterizan por ser mujeres y altamente cualificadas, incluso, con más de seis años trabajados en la profesión (26).

La información mayoritariamente se ha encontrado fragmentada, insuficiente, incompleta o desactualizada (29). Generalmente se han encontrado fuentes primarias para inmigrantes y secundarias por los emigrantes (28, 30). Además, los registros de migración de los colegios de enfermería, o el registro de títulos profesionales homologados en España, han sido otras fuentes clave (26). Por este motivo, a lo largo de la bibliografía, los investigadores han empleado las siguientes estrategias de obtención de información en materia de migración laboral de enfermeras: encuestas de opinión realizadas a profesionales en activo sobre compañeros de profesión (28, 31) ; entrevistas en profundidad (25-26, 28) y semi-estructuradas a profesionales de la salud, colegios profesionales y responsables de agencias de reclutamiento (30).

4.2. Proceso de homologación del título de Enfermería en España

En España, el RD 967/2014 de 21 de noviembre (32) y la Orden ECD/2654/2015 (33) de 3 de diciembre regulan el proceso de homologación y equivalencia de los títulos extranjeros que habilitan para ejercer. La principal diferencia entre homologación y equivalencia recae en que la primera se utiliza en profesiones regladas, como el Grado de Enfermería, y, la segunda, para el resto de las profesiones.

El grado debe registrarse a través del Ministerio de Educación y Formación Profesional, a través de un único formulario oficial (anexo 3).

Los acuerdos bilaterales y multilaterales también regulan la llegada, el establecimiento y las condiciones de vida de los inmigrantes laborales, así como les otorgan protección legal (25). España cuenta con acuerdos en vigor en materia de migración laboral con República Dominicana, Colombia y Ecuador en 2001, y con Perú en 2004 (34-35), y forma parte del Convenio Andrés Bello –firmado en 1990, y ratificado en 1995 – junto a once países latinoamericanos, que establece la validez de los estudios en cualquiera de los países firmantes, pero para propósitos de estudio o especialización (36). Para ver detalladamente otros convenios, se puede visualizar el anexo 4.

Sin embargo, una revisión de los datos de solicitudes de homologación y los de aprobación de entre 2006-2016 apuntaría que los convenios migratorios entre España y los países andinos no habrían aumentado los flujos migratorios de enfermeras, ni habrían aportado un tratamiento preferencial a estos profesionales que en contadas ocasiones verían denegadas sus credenciales (24). Sin embargo, se advierte que los países receptores de inmigrantes suelen revisar anualmente las regulaciones migratorias según las necesidades profesionales que requieran (37).

4.3. Factores impulsores de migración de enfermeras en LAC

La migración de profesionales cualificados es multicausal y multidimensional (26). Implica tres etapas diferenciadas: la decisión de emigrar, el establecimiento en el país de empleo, y el arraigo profesional y social (28). Entre los agentes que intervienen en el reclutamiento activo de RHUS, se encuentran los agentes captadores (agencias privadas de reclutamiento, agentes cooperadores con gobiernos de destino), los receptores (médicos, enfermeras), y los facilitadores (ministerios, embajadas, universidades, etc) (30).

Las empresas de reclutamiento ofrecen no sólo unas mejores condiciones de trabajo, sino también una mejor calidad de vida en los países de destino. Asimismo, junto a familiares y otros profesionales emigrados, aportan apoyo, conocimientos de aspectos burocráticos y reducen la incertidumbre durante el proceso migratorio (25). Por ejemplo, en alguna ocasión el Gobierno para minimizar la falta de enfermeras en el sector privado y atraer talento extranjero, incluyó la profesión en el Catálogo de Ocupaciones Difíciles de Encontrar (34)

La Unión Europea, entre ellas España, se habrían convertido en países de empleo de profesionales inmigrantes latinoamericanos, especialmente, después del atentado de las Torres Gemelas en 2001 y el endurecimiento de las condiciones de migración en Estados Unidos, a diferencia de las facilidades

socioeconómicas europeas, y políticas con acuerdos de doble nacionalidad, como los de España con Ecuador, Colombia o República Dominicana, siendo el destino preferido para la Región Andina (26).

La desconexión entre los sistemas formadores y proveedores de los países de origen (37); la globalización; y las telecomunicaciones que permiten un rápido acceso a oportunidades de trabajo en el exterior y en vender una imagen no siempre realista de los países desarrollados (27, 38) han contribuido a la migración laboral de enfermeras.

De este modo, en términos de migración se trata por una parte de factores de empuje –push factors– aquellos que motivan a dejar el país y son negativos; por otro, de factores de atracción –pull factors– siendo aquellas condiciones que atraen a profesionales extranjeros a mudarse a otro país, que los utiliza de forma activa (39).

Sin embargo, dada la extensión del territorio, existen diferencias históricas, geográficas, socioculturales o demográficas entre las diferentes subregiones (tabla 6). A modo de ejemplo, Costa Rica presenta ventajas comparativas económicas y de seguridad con el resto de países centroamericanos (25, 29).

Tabla 6: Factores de emigración de enfermeras en función de la subregión latinoamericana

SUBREGIONES LATINOAMERICANAS	MOTIVACIONES PARA EMIGRAR
Cono Sur	<ul style="list-style-type: none"> - De tipo familiar y económico (Paraguay) (28) - Violencia puesta de trabajo (Argentina, Brasil) (42) - Pluriempleo (42)
Países Andinos	<ul style="list-style-type: none"> - De tipo económico, familiares y falta de trabajo (Bolivia) (28) - De carácter familiar y búsqueda de desarrollo personal y profesional (Colombia) (28) - De tipo familiar y económico (Perú) (28)
Centroamérica	<ul style="list-style-type: none"> - Climatológicas: el Huracán Mitch en 1998 profundizó las brechas de desarrollo económico y social, perjudicando a las comunidades más vulnerables (25, 29) - Los conflictos bélicos (25, 29) - Las condiciones políticas (25, 29) - Pluriempleo (25, 29, 30, 42) - Alta tasa de contratos temporales a tiempo parcial (Belice) (29) - La enfermería zanja asume también el papel de matrona (Panamá) (29) - Falta de políticas y RHUS (Guatemala) (29) - Pobreza generalizada (38)
Caribe	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de educación para los hijos y/o el cónyuge (39)
México	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de reconocimiento académico y social (40) - La inseguridad del país (40)

Como factores de rechazo una vez se han instaurado en España, encontraríamos la discriminación, la separación de la familia, el trato diferente hacia los pacientes y el uso de otros idiomas cooficiales (26). Hay que tener en cuenta también el numerus clausus –cuota– en las especialidades enfermeras, que se situaba en torno al 2% en 2015 (34).

4.3.1. Maniobras de retención de profesionales de la salud

Los países de origen, para contrarrestar el reclutamiento activo por parte de Europa o Norteamérica, utilizan maniobras de retención de RHUS, a pesar de la falta de información para analizar la migración laboral. Teniendo en cuenta los motivos de empuje, los países emisores deberían contrarrestar las carencias detectadas para revertir este éxodo de RHUS. Las acciones que se destacan son: invertir en los sistemas educativos y de investigación (26); evaluar las facultades de enfermería; aumento salarial; promover la enfermería de práctica avanzada; contratar enfermeras para posiciones de mando; promover la formación continua; prevenir los riesgos laborales y psicosociales asociados a la profesión (40); identificar las motivaciones de los nuevos graduados en materia de especialidad y perfil laboral; o incluir mecanismos de cooperación técnico-financiera en las subregiones latinoamericanas (43). Por otra parte, encontramos factores personales y familiares (26, 39), religiosos, o motivos de tipo humanitario y de interés en trabajar en áreas de desarrollo y cooperación (25).

Un ejemplo, es el caso de Perú, que mediante el establecimiento de una dirección de RHUS con capacidad para planificar su personal sanitario, aporta beneficios económicos y no económicos, formalizados por vía legal, a aquellos profesionales que quieran quedarse en el país y trabajar en sectores rurales (41).

4.4. Impacto de la migración de enfermeras latinoamericanas

La magnitud de los flujos migratorios actuales pone de manifiesto las necesidades de los países más desarrollados para incorporar mano de obra, especialmente, en el sector sanitario (24) y que participan en los sistemas de seguridad social públicos para atender a una población cada vez más envejecida (38), como es el caso de España que recibe mayoritariamente RHUS calificados de América Latina (26). Ante la dificultad de evaluar esta migración y su impacto, organizaciones internacionales lideradas por la OMS (44) aportaban instrumentos para valorarla tanto desde las instituciones como a nivel individual, y sobre todo mediante encuestas y entrevistas.

En el ámbito económico, la pérdida –o coste financiero– que sufren los países de origen o emisores de RHUS se cuantifica, en términos generales, atendiendo a los costes de educación básica y superior, donde en los países latinoamericanos se tiene muy en cuenta si se trata de instituciones públicas o privadas (26, 38). Asimismo, se añaden los posibles ingresos o flujos generados que ganan los profesionales una vez terminados la carrera (26). Sin ir más lejos, en las islas caribeñas, el coste de la

emigración de RHUS suponía sobre el 2014, pérdidas de millones de dólares anuales (38).

En cuanto al intercambio de conocimientos, son relevantes las Redes de Profesionales, constituidas tanto por RHUS que permanecen en el país de origen como aquéllos que han emigrado. Éstas sirven básicamente para continuar formándose y apoyarse, así como para ayudar a mantener el vínculo entre profesionales y con su país, que puede fidelizarlos (37). Sin embargo, la transferencia de conocimiento sigue desperdiándose desde las instituciones (45).

A modo de resumen, el impacto puede clasificarse según tenga efectos positivos o negativos (tabla 7).

Tabla 7: Impacto de la migración de enfermeras en el país de origen y destino

PAÍS EMISOR	PAÍS DE RECEPCIÓN
IMPACTO POSITIVO	
Envío de remesas, siendo una aportación significativa al PIB (25) y una contribución a reducir la pobreza, especialmente, en áreas rurales (27)	Cubrir carencias de personal con profesionales altamente cualificados (24, 45)
Redes profesionales con los profesionales emigrados: formación continua, establecimiento alianzas, transferencia nuevos conocimientos (37, 45)	Ahorro del coste de formación de los profesionales recién llegados (45)
Reducción del paro laboral (45)	Ingresos por pago de impuestos (45)
	Intercambio de conocimientos (45)
IMPACTO NEGATIVO	
Disminución de RHUS altamente cualificados (25, 36-37, 45)	Pérdida inversiones en profesionales devueltos (45)
Imposibilidad de substituir la pérdida de RHUS (25, 27)	
Disminución calidad, proveimiento y acceso a los servicios de salud (25, 37, 41), sobre todo, en áreas rurales (41)	Mayor competencia entre profesionales (45)
Pèrdua resolutive i augment càrrega de treball en RHUS que no emigren (25, 27, 45)	
Pérdida económica i de impuestos (26, 45)	Costos de reasentamiento i d'integració (45)
Costos sociales: reconfiguración familiar, orfandad de niños y adolescentes, confrontaciones violentas en casos de tránsito irregular (26, 45)	
Retraso en el desarrollo de la profesión enfermera (39)	
Reasignación de responsabilidades a otros grupos ocupacionales o especialistas, afectando a la calidad (27)	Precarización de condiciones de trabajo (45)
Pèrdua personal docent, difícil de reemplaçar (27)	
Si la emigración es alta, reducción del crecimiento de la población, i en consecuencia, de la fuerza de trabajo (46)	Remesas enviadas a origen (45)
Pérdida capacidad de recerca i investigación (38, 45)	
Pérdida de liderazgo (45)	Racismo (45)

En cuanto se produce una migración circular donde el profesional regresa al país de origen después de su estancia en el extranjero, la valoración suele ser positiva por parte de los compañeros, que les van más competitivos y les valoran el haber adquirido nuevas habilidades laborales en países con mayor acceso a tecnología y fuentes educativas (26). Un estudio realizado en enfermeras de la República Dominicana, que podría equipararse con la percepción de los profesionales devueltos, destacaba que las entrevistadas valoraban positivamente de las enfermeras extranjeras: las aportaciones económicas; los conocimientos especializados; o la contribución al manejo del paciente crítico (25). Es más, se apunta al retorno de aquellos RHUS que pudieran estar desaprovechados en el extranjero, no trabajando en el sector, y que podrían reinsertarse en el origen (26). Un ejemplo a destacar son los programas “Ecuador saludable vuelvo por ti”, del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (25), y el “Plan bienvenidos a casa” de la Secretaría Nacional del Migrante de Ecuador, (27) que tienen la finalidad de incentivar el retorno de los RHUS emigrados y proporcionar de personal las regiones más desprovistas, como las áreas rurales, facilitándoles el acceso a préstamos bancarios, becas de posgrado o ayudas para el hogar.

Varios informes plantean la posibilidad de que los países receptores aporten a los países de origen parte de la inversión en la formación de los RHUS, mediante acuerdos de compensación de cofinanciación (28, 45). Las políticas públicas en materia de migración podrían fortalecer el diálogo social a nivel global e impulsar estrategias de reciprocidad en capacitación, investigación o reconocimiento de derechos de los migrantes (28). Aunque desde los países emisores y organizaciones internacionales parece haber un consenso respecto a las intervenciones que los países de destino deberían adoptar, entre otros: facilitar la migración circular; apoyar los procesos de homologación; denunciar situaciones de abusos; elaborar guías de integración profesional y cultural; y, sobre todo, mejorar en la planificación de los RHUS para avanzar hacia la autosuficiencia (27).

4.5. Limitaciones

La principal limitación ha sido la dificultad para encontrar artículos centrados exclusivamente en la migración de enfermeras, y que estuvieran actualizados. En la misma línea, el hecho de investigar sobre una región tan extensa, como Latinoamérica, donde cada subregión y país presenta un contexto diverso ha implicado una gran recopilación de datos. Datos en múltiples ocasiones que no son de acceso abierto y público, como en el caso de la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud; que se encuentran dispersas entre varias instituciones; que existen contradicciones entre los distintos censos, como ocurriría entre la OCDE y el Gobierno de España (34); la falta de mecanismos para recopilar la información en LAC; el uso de diferentes términos de migración y enfermería para referirse a entidades similares; o la dificultad para acceder a datos de instituciones privadas, en conjunto, han dificultado la contabilización del fenómeno migratorio de forma rigurosa,

y sin necesidad de realizar tantas aproximaciones.

Por último, la recopilación de resultados podría haber sido mayor con documentos actualizados y de organismos oficiales que, al ser de pago, no han podido ser incluidos.

5. Conclusiones

La carencia de registros oficiales, de acceso abierto, actualizados y con criterios unificados es un obstáculo para contabilizar los flujos migratorios de enfermeras latinoamericanas en España, aunque sigue siendo uno de los países principales donde emigran los profesionales de la salud latinoamericanos, especialmente, los provenientes de la región andina. El perfil de las enfermeras migrantes suele ser mujer, altamente calificada, y de toda la región estudiada.

La homologación, dependiente del Ministerio de Educación y Formación Profesional, no es un tema recurrente en las investigaciones sobre migración. Cuesta determinar si se produce una correlación entre las aprobaciones y denegaciones de las solicitudes de enfermeras extranjeras y el establecimiento de convenios bilaterales de cooperación entre España y los países latinoamericanos.

En términos generales, las enfermeras de América Latina emigran, por un lado, por razones económicas, en busca de mejores condiciones laborales y para desarrollar su carrera profesional; por otro, se ven impulsadas a marcharse por cuestiones climatológicas, bélicas o de pobreza. Los gobiernos de los países emisores intentan contrarrestar su pérdida mediante estrategias de retención, actualmente poco desarrolladas y eficaces.

Los estudios se centran mayoritariamente en el impacto negativo de la migración, obviando la posibilidad de una migración circular o del establecimiento de redes de soporte y conocimiento entre profesionales locales y los emigrados. Se discute escasamente la aportación de los RHUS emigrados a los países de destino, probablemente debido a que la mayoría de los informes al respecto son redactados desde los países de origen, los cuales subrayan las implicaciones catastróficas que el desabastecimiento de enfermeras supone a la Región, a destacar, la pérdida de calidad y de acceso a los servicios de salud.

La contratación de enfermeras, tal y como se anima desde las grandes organizaciones en salud como la OMS, debería seguir el Código de Ética de la propia institución. Los países desarrollados que activamente reclutan a RHUS en países, generalmente, más pobres, podrían asumir parte del coste de la formación de estos profesionales o intentar avanzar hacia la autosuficiencia para no debilitar, aún más, sistemas de salud gravemente afectados por la migración.

5.1. Aplicabilidad en la práctica enfermera

El hecho de generar conocimiento e investigación sobre la migración de enfermeras, especialmente con datos de acceso abierto, puede favorecer a las autoridades competentes, colegios e instituciones de enfermería, así como a los gestores de hospitales y otros centros de atención médica, la posibilidad de abogar, cooperar y crear estrategias para proporcionar unas mejores condiciones de trabajo para todas las profesionales, ya sean nacionales o extranjeras. De este modo, podría reivindicarse una migración más ética, facilitar un seguimiento, y hacer frente conjunto contra el desabastecimiento de enfermeras tanto por los países de origen como de destino.

Nuevas líneas de investigación

Dada la complejidad del fenómeno migratorio de enfermeras y sus implicaciones en los sistemas de salud, podría continuarse la investigación por diversas perspectivas o reflexiones con el fin de aportar evidencia y respuestas en aspectos como: la cuantificación de los flujos migratorios laborales; las estrategias para impulsar la migración circular; las redes de intercambio de conocimientos y experiencias entre enfermeras emigradas y profesionales en los países de origen; la evaluación de la situación de los profesionales migrados en el país de empleo y el favorecimiento de acciones de apoyo; la homologación de la especialidad; o, la correlación de los agentes implicados en los fenómenos migratorios y la responsabilidad compartida.

Bibliografía

1. Términos fundamentales sobre migración [Internet]. Organització Internacional per a les Migracions.
2. s.d. [citad el 14 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
3. Sobre la migración [Internet]. Organització Internacional per a les Migracions. 2020 [citad el 14 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
4. Índice de países [Internet]. Latin American Network Information Center (LANIC), University of Texas at Austin. 2015 [citad el 14 de novembre de 2021]. Recuperat de: <http://lanic.utexas.edu/subject/countries/indexesp.html>
5. Países Andinos y Cono Sur [Internet]. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. s.d. [citad el 15 de noviembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.aecid.es/ES/Paginas/Dónde%20Cooperamos/América%20Latina%20y%20Caribe/Paises%20Andinos%20y%20Cono%20Sur/03-Paises-Andinos-y-Cono-Sur.aspx>
6. Centroamérica, México y el Caribe [Internet]. Agencia Española de Cooperación Inter-

nacional para el Desarrollo. s.d. [citad el 15 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.aacid.es/ES/Paginas/Dónde%20Cooperamos/América%20Latina%20y%20Caribe/Centroamerica-Mexico-Caribe/03-Centroamerica-Mexico-Caribe.aspx>

7. Pérez-Acevedo M. Migración española hacia América desde la perspectiva de la Cartilla del Emigrante

8. (1910). Historia y Memoria. 2017;15: 169-201. <https://doi.org/10.19053/20275137.n15.2017.5594>

9. García A, Jiménez B, Redondo A. La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI. Invest Geog. 2009; 70. Recuperat de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112009000300004

10. Informe sobre las migraciones en el mundo [Internet]. Organizació Internacional per a les Migracions. 2020 [citad el 16 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/?lang=ES>

11. Enfermeras y parteras (por cada 1.000 personas) [Internet]. Organizació Internacional per a les Migracions. s.d. [citad el 16 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3>

12. España necesita 110.000 enfermeras más para alcanzar los ratios europeos. Redacción médica (España). 26 de marzo de 2021. Recuperat de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/espana-enfermeras-alcanzar-ratios-europeos-2451>

13. Informe de RRHH en Enfermería: Empleo enfermero [Internet]. España: Consejo General de Enfermería, Instituto Español de Investigación Enfermera; 2021 Oct. [citad el 17 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.ieinstituto.es/areas-de-desarrollo/observatorio-enfermero/demografia-enfermera/empleo-enfermero-rrhh>

14. Empleo enfermero-RRHH [Internet]. Instituto Español de Investigación Enfermera. 2021. [citad el 17 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.ieinstituto.es/areas-de-desarrollo/observatorio-enfermero/demografia-enfermera/empleo-enfermero-rrhh>

15. Galbany P. La migració de les infermeres espanyoles des de l'inici de la crisi [Internet]. ResearchGate, UAB Divulga. 12 de desembre de 2016. Recuperat de: https://www.researchgate.net/publication/315583035_La_migracio_de_les_infermeres_espanyoles_des_de_l%27inici_de_la_crisi

16. Galbany P, Nelson S. Migration of Spanish nurses 2009-2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. Int J Nurs Stud. 2016;63: 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.013>

17. Galbany P, Nelson S. Factors in the drop in the migration of Spanish-trained nurses: 1999-2007. J Nurs Manag. 2018;26: 477-484. <https://doi.org/10.1111/jonm.12573>

18. Galbany P, Millán P, Pastor M, Nelson S. Emigration and job security: An analysis of workforce trends for Spanish-trained nurses (2010–2015). *J Nurs Manag.* 2019; 27: 1224-1232. <https://doi.org/10.1111/jonm.12803>
19. Ricart M. España tiene un déficit de 120.000 enfermeras. *La Vanguardia* (Barcelona). 12 de maig de 2021. Recuperat de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20210512/7447135/espana-deficit-120000-enfermeras.html>
20. Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic, Banco Mundial. Panorama de la Salut: Latinoamèrica y el Caribe 2020 [Internet]. París: OCDE; 2020 [citad el 19 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
21. Cobertura sanitària universal [Internet]. Organització Mundial de la Salut. 2021 [citad el 19 de novembre de 2021]. Recuperat de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
22. Datos clave de la fuerza laboral de enfermería en las Américas (perfiles de país) [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020 [citad el 19 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://www.paho.org/es/datos-clave-fuerza-laboral-enfermeria-americas-perfiles-pais>
23. Organització Mundial de la Salut, Consell Internacional d'Infermeria. Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citad el 20 de novembre de 2021]. Recuperat de: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/SOWN_Report_SP.pdf
24. Organització Panamericana de la Salut, Organització Mundial de la Salut. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana: Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington DC: OPS, OMS; 2017 [citad el 21 de novembre de 2021]. Recuperat de:
25. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es
26. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citad el 21 de novembre de 2021]. Recuperat de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf
27. Pastor M, Nelson S. Migration of Latin American nurses to Spain 2006-2016: a case study. *Int Nurs Rev.* 2019; 66(2): 183-190. Recuperat de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6849739/#inr12511-bib-0003>
28. Migración de enfermeras de América Latina: Área de América Central, México y el Caribe Latino [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citad el 23 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31077>

29. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectivas en los países de la Región Andina [Internet]. Lima: OPS; 2013 [citado el 23 de noviembre de 2021]. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/RH-migracali-subreg-andina-2013.pdf>
30. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Serie de estudios multipaíses N° 2. Metodología de monitoreo de la migración en salud en los países Andinos [Internet]. Lima: ORAS-CONHU; 2015 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Recuperado de: https://andino.observatoriorh.org/sites/andino.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2015/2_monitoreo_migracion_rhus2015_oras_ops.pdf
31. Migración de enfermeras en América Latina: Área de América del Sur [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/nursing-migrac-enferm-alatina-sudamerica-2011-esp.pdf>
32. Panorama de la migración de médicos y enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana [Internet]. El Salvador: OPS; 2013 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905365/2013_ops_libro_migracion_cadom.pdf
33. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. La emigración de los recursos humanos en salud en los países de Centroamérica. Una aproximación a la dinámica del reclutamiento internacional [Internet]. Centroamérica: BVS; 2014 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905279/2014_ops_emigracion_reclutamiento_cadom.pdf
34. De Vries DH, Steinmetz S, Tijdens KG. Does migration 'pay off' for foreign-born migrant health workers? An exploratory analysis using the global WageIndicator dataset. *Hum Resour Health*. 2016; 14:40. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0136-5>
35. Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y a nivel académico universitario oficial y para la convalidación de estudios extranjeros de educación superior, y el procedimiento para determinar la correspondencia a los niveles del marco español de calificaciones para la educación superior de los títulos oficiales de Arquitecto, Ingeniero, Licenciado, Arquitecto Técnico, Ingeniero Técnico y Diplomado [Internet]. España: Boletín Oficial del Estado. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-12098>
36. Orden ECD/2654/2015, de 3 de diciembre, por la que se dictan normas de desarrollo y aplicación del Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, en lo que respecta a los procedimientos para la homologación y declaración de equivalencia de títulos extranjeros de educación superior [Internet]. España: Boletín Oficial del Estado. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-13435

37. Finotelli C, Mateos E. Migrant workers in the Spanish healthcare sector [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015 [citad el 26 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2014/09/Background-report-Spain.pdf>
38. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Guía de tratados bilaterales con estados. [Internet]. España: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación; 2021 [citad el 27 de novembre de 2021]. Recuperat de:
39. <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/GUIA%20TRATADOS%20CON%20ESTADOS.pdf>
40. Regulación de la Enfermería en América Latina [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citad el 27 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31332>
41. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Costa Rica. Informe de estudio: Apoyo técnico para la puesta en marcha de experiencias de gestión de flujos migratorios en el área médica y/o de enfermería para Centroamérica y República Dominicana [Internet]. Costa Rica: Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud, OPS; 2016 [citad el 29 de novembre de 2021]. Recuperat de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2016/informe_final_migracion_s_ol_fallas_16.pdf
42. Organizació Panamericana de la Salut, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. La emigración de los recursos humanos en salud en los países de centroamérica: el costo económico para los países de la región [Internet]. Centreamérica: BVS; 2014 [citad el 29 de novembre de 2021]. Recuperat de: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2018/06/905280/2014_ops_emigracion_costo_cadom.pdf
43. Organizació Panamericana de la Salut. Nurse migration in Guyana [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citad el 29 de novembre de 2021]. Recuperat de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31337/PAHOHSSHR64-eng.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
44. Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, Zapíen Vázquez M de los Ángeles, Horcasitas-Tovar AG. Emigración de profesionales de enfermería en México. Rev Cuid. 2021; 12(1). Recuperat de: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2008>
45. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Organizació Panamericana de la Salut, Organizació Mundial de la Salut. Serie de estudios multipaís N° 5. Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso [Internet]. Lima: ORAS-CONHU; 2015 [citad el 8 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://andino.observatoriorh.org/sites/andino.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2015/5_esquemas_incentivos_rhus2015_oras_ops.pdf
46. Organizació Panamericana de la Salut, Organizació Mundial de la Salut. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú [Internet]. Washington DC: Observatorio Andino de Recursos Humanos de Salud;

2012 [citad el 9 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://andino.observatoriorh.org/sites/andino.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/salud%26tra_bajo_2012.pdf

47. Heredia N, Jemio J, Rovere M, Bustos V. Política andina de recursos humanos en salud. Plan estratégico 2018-2022 [Internet]. Lima: ORAS-CONHU; 2018 [citad el 9 de desembre de 2021]. Recuperat de: http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA_ANDINA_DE_RECUR_SOS_HUMANOS_EN_SALUD.pdf

48. Organització Mundial de la Salut, Organització Panamericana de la Salut, Comunitat Europea, Observatorio Social del Ecuador, Escuela Andaluza de Salud Pública. Migraciones profesionales LA/UE. Oportunidades para el desarrollo compartido: estudio de caso de los países andinos Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela [Internet]. Latinoamérica: Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud; 2010 [citad el 9 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/instrumentos_migracion.pdf

49. García L, López D. Aproximación al impacto económico de las migraciones de profesionales de salud [Internet]. España: Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud; 2016 [citad el 10 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2016/migra_febrero_antigua/07

50. _LeticiaGarciaMochon.pdf

51. Organització Panamericana de la Salut, Organització Mundial de la Salut. Human Resources for Health in the Caribbean. A Review of the Workforce Situation and the National Baselines of the 20 Goals for Human Resources for Health [Internet]. Washington DC: Observatory of Human Resources in Health

52. of Caribbean; 2011 [citad el 10 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://caribe.observatoriorh.org/sites/caribe.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/CAR_HRH_Situation2011.pdf

53. Latin American Network Information Center [Internet]. The University of Texas at Austin. 2015 [citad el 12 de desembre de 2021]. Recuperat de: <http://lanic.utexas.edu>

54. Demografía y población [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2021. [citad el 13 de desembre de 2021]. Recuperat de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984

Anexo 1: Inmigrantes latinoamericanos per païses (2011, 2015, 2019)

Països	2011		2015		2019	
	Total	% total im- migrants (371.335)	Total	% total im- migrants (342.114)	Total	% total im- migrants (750.480)
Centreamèrica i Carib	30.002	8,08%	25.110	7,34%	79.961	10,65%
Veneçuela	7.298	1,97%	12.072	3,53%	60.995	8,13%
Colòmbia	12.843	3,46%	9.103	2,66%	76.467	10,19%
Perú	7.500	2,02%	5.177	1,51%	29.016	3,87%
Argentina	5.945	1,6%	6.578	1,92%	25.694	3,42%
Brasil	7.630	2,05%	7.209	2,11%	16.683	2,22%
Equador	6.299	1,7%	5.085	1,49%	11.096	1,48%
Paraguai	8.196	2,21%	4.648	1,36%	11.900	1,59%
Bolívia	4.480	1,21%	4.198	1,23%	6.142	0,82%
Xile	2.688	0,72%	2.215	0,65%	5.450	0,73%
Uruguai	1.507	0,41%	1.472	0,43%	4.922	0,66%
TOTAL	94.388	25,42%	82.867	24,22%	328.326	43,75%

Font: Elaboració pròpia a partir de (48)

Annex 2: Tratados en vigor entre España y los países latinoamericanos en materia de migración, trabajo, nacionalidad, educación y cooperación científica

Argentina	<ul style="list-style-type: none"> · Acord de reconeixement mutu de títols, diplomes i graus acadèmics d'Educació Superior Universitària entre el Regne d'Espan Madrid el 23 de febrer de 2017 (BOE 2019) · Protocol adicional modificant el Conveni de nacionalitat de 14 d'abril de 1969 (2002) · Acord administratiu per a l'aplicació del Conveni de seguretat social (2004)
Belice	Acord de cooperació científica i tècnica (15 juny 2004)
Bolívia	Protocol adicional modificant el Conveni de doble nacionalitat de 12 d'octubre de 1961 (22 de febrer de 2002 i 22 de març de
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> · Acord de migració. Bescanvi de Notes interpretatiu i Bescanvi de Notes relatiu a reclamacions judicials o extrajudicials (5 d'ag · Conveni complementari de revisió del Conveni de seguretat social, de 24 de juliol de 2012 (16 de maig de 2018; 30 de maig d
Chile	<ul style="list-style-type: none"> · Conveni sobre doble nacionalitat (14 de novembre 1958) · Conveni de migració (19 de novembre de 1965) · Conveni complementari al Conveni de seguretat social de 28 de gener de 1997 (819 de setembre de 2002 i 26 de juliol de 200 · Acord de reconeixement mutu de títols professionals i graus acadèmics d'educació superior universitària (16 de maig de 2018)

Colombia	<ul style="list-style-type: none"> · Protocol adicional modificant el Conveni de nacionalitat de 27 de juny de 1979 (4 de novembre de 2002) · Acord relatiu a la regulació i ordenació dels fluxos migratoris laborals (4 de juliol de 2001 i 9 de maig de 2002) · Conveni de seguretat social (3 de març de 2008) · Acord de reconeixement mutu de títols i graus acadèmics d'educació superior universitària (8 d'agost de 2014)
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> · Acord complementari de cooperació tècnica en matèria sociolaboral (5 d'abril de 1986) · Protocol adicional modificant el Conveni de doble nacionalitat (12 de novembre 1998)
Cuba	Acord complementari de cooperació tècnica internacional en matèria sociolaboral (17 de juliol de 1991)
Equador	<ul style="list-style-type: none"> · Protocol modificatiu del Conveni de doble nacionalitat (16 d'agost del 2000) · Acord relatiu a la regulació i ordenació dels fluxos migratoris (10 de juliol de 2001) · Conveni de seguretat social (7 de febrer de 2011)
El Salvador	Conveni bàsic de cooperació (16 de febrer i 8 d'abril de 2010)
Guatemala	Segon Protocol adicional al Conveni de nacionalitat del 28 de juliol de 1961, modificat pel Protocol de data 10 de febrer de 19
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> · Acord de cooperació tècnica complementari al Conveni de Cooperació social per al desenvolupament de programes en matèr 25 de juliol de 1987) · Protocol adicional modificant el Tractat de doble nacionalitat de 15 de juny de 1966 (3 de desembre de 2002)

Jamaica	Acord de cooperació científica i tècnica (11 de gener de 2002)
México	<ul style="list-style-type: none"> · Acord en matèria de reconeixement o revalidació de certificats d'estudis, títols, diplomes i graus acadèmics (4 de novembre d · Acord en matèria de reconeixement o revalidació de certificats d'estudis, títols, diplomes i graus acadèmics (17 de març de 19 · Conveni complementari al Conveni de seguretat social de 25 d'abril de 1994 (15 de juliol de 2003 i 5 de març de 2004)
Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> · Acord complementari de cooperació tècnica internacional en matèria sociolaboral (7 de novembre de 1986 i 5 d'abril de 1988 · Protocol adicional modificant el Conveni de doble nacionalitat (28 de gener de 1999)
Panamá	Bescanvi de notes pel qual s'esmena el Conveni de cooperació cultural de 2 de maig de 1979 i es deroga el Conveni de reconeix 1926 (25 d'octubre de 2021)
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> · Conveni d'emigració (19 de setembre de 1966) · Protocol adicional modificant el Conveni de doble nacionalitat de 25 de juny de 1959 (13 d'abril de 2001) · Acord Administratiu per a l'aplicació del Conveni de Seguretat Social entre el Regne d'Espanya i la República del Paraguai (23

Perú	<ul style="list-style-type: none"> · Acord complementari de cooperació tècnica internacional en matèria sociolaboral (18 de març de 1987 i 27 de gener de 1990) · Protocol adicional modificant l'acord de doble nacionalitat del 16 de maig de 1959 (24 de novembre de 2001) · Acord per a la cooperació immigració (1 d'octubre de 2004 i 5 de juliol de 2005) · Esmena número u a l'acord de la Seguretat Social entre el Regne d'Espanya i la República del Perú, realitzat a Madrid el 28 de
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> · Acord d'emigració hipànico-dominicà (29 de gener de 1957) · Acord sobre la regulació i l'ordre dels fluxos migratoris laborals (5 de febrer de 2002, 22 de març de 2002 i 26 de març de 200) · Protocol adicional modificant l'acord de doble nacionalitat del 15 de març de 1968 (14 de novembre de 2002 i 13 de novemb · Acord de la Seguretat Social (12 de juny de 2006)
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> · Acord complementari sobre cooperació tècnica internacional en matèria de socio-laboral (30 de maig de 1986 i 1 de febrer de · Acord de la Seguretat Social (24 de febrer de 2000) · Acord administratiu per a l'aplicació del Conveni de seguretat social (3 d'abril del 2001 i 19 de juny del 2001)
Veneçuela	<ul style="list-style-type: none"> · Conveni sobre migració (16 de febrer de 1981) · Acord complementari de cooperació tècnica internacional en matèria sociolaboral (31 de juliol de 1991) · Conveni de seguretat social (7 de juliol de 1990)

Font: Elaboració pròpia a partir de (35)

Annex 4: Solicitud homologación de título extranjero de educación superior a un título oficial universitario español de grado o máster que de acceso a profesión reglada a España. Real decreto 967/2014.

 <p>MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE</p>	<p>SECRETARÍA GENERAL DE UNIVERSIDADES DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA UNIVERSITARIA</p>															
<p>SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE TÍTULO EXTRANJERO DE EDUCACIÓN SUPERIOR A UN TÍTULO OFICIAL UNIVERSITARIO ESPAÑOL DE GRADO O MÁSTER QUE DÉ ACCESO A PROFESIÓN REGULADA EN ESPAÑA. REAL DECRETO 967/2014.</p>																
<p>DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1º Apellido</td> <td style="width: 30%;">2º Apellido</td> <td style="width: 40%;">Nombre</td> </tr> <tr> <td>Documento de identidad</td> <td>Número del documento</td> <td>País del documento</td> </tr> <tr> <td>País de nacimiento</td> <td>Género</td> <td>Nacionalidad</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo</td> <td>Teléfono móvil</td> <td>Correo electrónico</td> </tr> </table>		1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Documento de identidad	Número del documento	País del documento	País de nacimiento	Género	Nacionalidad	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			
1º Apellido	2º Apellido	Nombre														
Documento de identidad	Número del documento	País del documento														
País de nacimiento	Género	Nacionalidad														
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico														
<p>DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Dirección postal</td> <td style="width: 40%;">Ciudad</td> </tr> <tr> <td>Código postal</td> <td>Provincia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">País</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A la atención de</td> </tr> </table>		Dirección postal	Ciudad	Código postal	Provincia	País		A la atención de								
Dirección postal	Ciudad															
Código postal	Provincia															
País																
A la atención de																
<p>DATOS DEL REPRESENTANTE (solo en caso de actuar mediante representación)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1º Apellido</td> <td style="width: 30%;">2º Apellido</td> <td style="width: 40%;">Nombre</td> <td style="width: 10%;">Documento de identidad</td> </tr> </table>		1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Documento de identidad											
1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Documento de identidad													
<p>DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD</p> <p>Solicitud de homologación del título de:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Otorgado por la Universidad / Centro de educación superior de</td> <td style="width: 30%;">País</td> </tr> </table> <p>Al título universitario oficial español que da acceso en España al ejercicio de la profesión regulada de (ANEXO I Real Decreto 967/2014):</p>		Otorgado por la Universidad / Centro de educación superior de	País													
Otorgado por la Universidad / Centro de educación superior de	País															
<p>DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Copia compulsada del documento que acredite la identidad y nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE). En el caso de los ciudadanos españoles, fotocopia compulsada del documento nacional de identidad. No será necesaria la copia del DNI/NIE en el supuesto de autorizarse la comprobación de estos datos por parte del MECU.</td> <td style="width: 10%;">Traducción oficial (en su caso)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Copia compulsada del título cuya homologación se solicita.</td> <td>Traducción oficial (en su caso)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Copia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados por el solicitante para la obtención del título cuya homologación se solicita.</td> <td>Traducción oficial (en su caso)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Acreditación del pago de la tasa, de acuerdo con el artículo 26 de la Ley 53/2007, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE del 31).</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Otros:</td> </tr> </table>		Copia compulsada del documento que acredite la identidad y nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE). En el caso de los ciudadanos españoles, fotocopia compulsada del documento nacional de identidad. No será necesaria la copia del DNI/NIE en el supuesto de autorizarse la comprobación de estos datos por parte del MECU.	Traducción oficial (en su caso)		Copia compulsada del título cuya homologación se solicita.	Traducción oficial (en su caso)		Copia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados por el solicitante para la obtención del título cuya homologación se solicita.	Traducción oficial (en su caso)		Acreditación del pago de la tasa, de acuerdo con el artículo 26 de la Ley 53/2007, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE del 31).			Otros:		
Copia compulsada del documento que acredite la identidad y nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE). En el caso de los ciudadanos españoles, fotocopia compulsada del documento nacional de identidad. No será necesaria la copia del DNI/NIE en el supuesto de autorizarse la comprobación de estos datos por parte del MECU.	Traducción oficial (en su caso)															
Copia compulsada del título cuya homologación se solicita.	Traducción oficial (en su caso)															
Copia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados por el solicitante para la obtención del título cuya homologación se solicita.	Traducción oficial (en su caso)															
Acreditación del pago de la tasa, de acuerdo con el artículo 26 de la Ley 53/2007, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE del 31).																
Otros:																
<p>AUTORIZO al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a que realice la comprobación de mis datos de identificación personal que figuran en el CNIC/NIE mediante el Sistema de Verificación de Datos de Identidad al que se refiere el Real Decreto 522/2006, de 29 de abril (BOE de 9 de mayo de 2006).</p> <p>La presente autorización se otorga exclusivamente a los efectos de identificación personal relacionados con la presente solicitud.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO </p> <p>En el supuesto de no autorizar o no disponer de alguno de estos documentos es necesario adjuntar fotocopia de documento acreditativo de identidad (DNI/pasaporte/NIE/documento de identidad del país/otro)</p>	<p>AUTORIZO al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a que realice las verificaciones pertinentes de la documentación necesaria para la tramitación de esta solicitud, de conformidad con el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE de 14 de diciembre de 1999).</p> <p>La presente autorización se otorga exclusivamente a los efectos de la presente solicitud.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO </p> <p>En el supuesto de no autorizarse esta verificación, la tramitación de la presente solicitud podrá paralizarse.</p>															
<p>A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos solicitados en este ingreso son necesarios para la tramitación de la solicitud y podrán ser objeto de tratamiento automatizado. La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Dirección General de Política Universitaria.</p>																
<p>Firma del solicitante:</p> <p>En _____ de _____ de _____</p>																
<p>SR. MINISTRO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE Sub. Gral. de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, C/ Torrelegua, 58. 28027 - Madrid</p>																
<p><small>Solo se admitirán las solicitudes presentadas en los Registros señalados en el artículo 38 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, modificada por la Ley 4/1999 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Se hace constar que los registros de las universidades no producen efecto en cuanto al cumplimiento de los plazos.</small></p>																

Guatemala

Rutilia Herrera Acayabón

Berta Alejandra Pérez Castellanos

Introducción

Los recursos humanos en el campo de la salud son fundamentales para el cumplimiento por parte del Estado, del mandato constitucional referente a que el mismo debe velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. Es evidente que la formación, cantidad y distribución, motivación, condiciones de trabajo (incluyendo incentivos) y la capacidad de gestión del personal de salud son determinantes para que el Estado cumpla con la normativa constitucional. Es claro que muchos de estos determinantes no funcionan de manera aceptable en Guatemala, existiendo la percepción de que hay una escasa habilidad del Estado para formar y atraer el recurso humano que pueda contribuir a que los ciudadanos alcancen una mejor expectativa de vida.

En un mundo cada vez más interrelacionado, los movimientos de personas constituyen una parte esencial de las políticas. Impulsada por las fuerzas de la globalización, un desarrollo desequilibrado y los cambios demográficos, la migración se ha convertido en uno de los rasgos que definen la vida económica, social y política de un mundo donde la movilidad es la norma. Los efectos de la migración en el individuo, la sociedad y los países son profundos y diversos; muchos de esos efectos están ligados directa o indirectamente a los procesos de desarrollo.

En ese contexto, una de las corrientes de los flujos migratorios que ha atraído particular atención de la comunidad internacional es la migración de los agentes de atención sanitaria. Ese interés se debe al papel decisivo que desempeñan esos profesionales en la mejora de la calidad de la vida y en su alargamiento: existe un vínculo directo entre la disponibilidad de profesionales sanitarios titulados y resultados sanitarios como la reducción de la mortalidad infantil, la salud materna y la prevención de las enfermedades

Si bien la migración de los profesionales sanitarios no es un fenómeno nuevo, este hecho ha adquirido mayor trascendencia en los últimos años debido a un conjunto de factores, entre éstos, el aumento general del volumen de flujos migratorios y la escasez mundial de personal sanitario, unidos a un pronunciado aumento de la demanda de profesionales de la salud en muchos países industrializados a consecuencia del envejecimiento de la población. Además, existe una preocupación creciente, no sólo a nivel nacional sino también internacional, en cuanto a los efectos económicos, sociales y sanitarios de la migración de los profesionales médicos en los países de origen, en especial en los más pobres. Al mismo tiempo, las proyecciones económicas y demográficas indican que las fuerzas de atracción e impulsión que estimulan

la migración de los profesionales sanitarios seguirán existiendo y, en algunos casos, aumentarán. Es, pues, necesario incorporar la globalización y la movilidad internacional en las estrategias y políticas destinadas a canalizar los recursos humanos para la salud.

Por consiguiente, la canalización eficaz de la migración de los agentes de atención sanitaria requiere la participación de sectores no estatales. Los gobiernos han de examinar la posibilidad de establecer alianzas con el sector privado y la sociedad civil, con el fin de concebir conjuntamente formas que permitan hacer frente a la migración transfronteriza de los profesionales de la salud. Además, es preciso crear asociaciones de amplia base dentro del sector privado y de la sociedad civil y entre éstos. Entre los factores que impulsan la migración citados con más frecuencia figuran: una remuneración insuficiente, la falta de seguridad y las malas condiciones de vida de los profesionales sanitarios y de sus familias en los países de origen. Es importante subrayar que además de las consideraciones económicas, las consideraciones profesionales tienen un peso importante en la decisión de migrar de muchos trabajadores en el sector de la salud. En particular, los migrantes de los países en desarrollo señalan entre las razones que motivan su decisión de abandonar su país la falta de suministros, equipos y material esenciales, la existencia de una carga de trabajo excesiva, la baja motivación del personal y una gestión ineficaz. Otras razones de índole profesional que impulsan la migración son la posibilidad de adquirir formación complementaria y de acceder a mejores oportunidades de desarrollo profesional y a mejores condiciones de trabajo en los países de destino.

Justificación

La migración internacional es una realidad de la vida moderna que va en aumento cada año. Si tenemos en cuenta a los familiares y a las comunidades afectadas por la migración, ya sea de los lugares de origen o de destino, es evidente que, en conjunto, las repercusiones de la migración internacional son muy amplias. La migración afecta a diversos ámbitos normativos, como el desarrollo económico y social, el comercio, el empleo, los derechos humanos y, como no, la salud pública

Migración y salud está relacionada con el hecho de que la migración internacional es un elemento fundamental de la tendencia actual hacia la globalización de los servicios de salud, que incluye, entre otras cosas, la movilidad internacional de los agentes de atención sanitaria, los cuales en la mayoría de los casos migran de sus países de origen en búsqueda de una mejor capacitación, especialización, mejor educación, que en su tierra no tienen.

Los trabajadores en el sector de la salud migran también debido a una inversión insuficiente en el desarrollo de los recursos humanos en el sector de la salud, la intensidad del trabajo, las difíciles condiciones laborales, el gran nivel de responsabilidad unido a una remuneración insuficiente y la falta

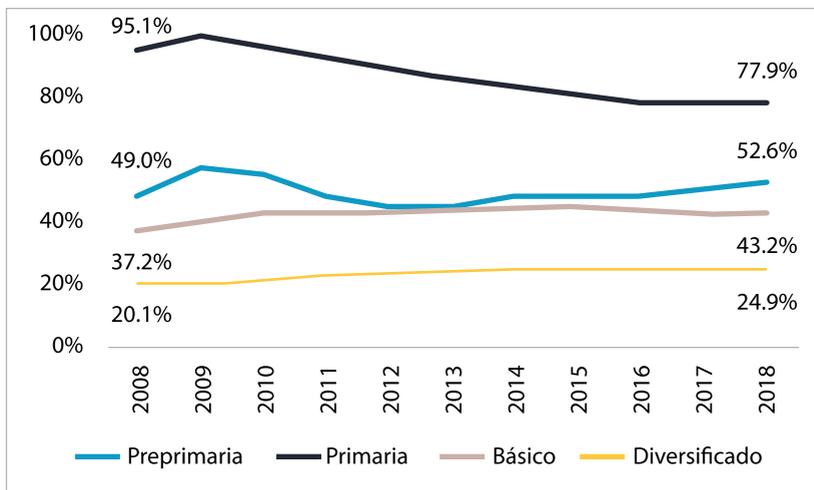
del debido respeto por su ocupación. Tales factores han dado lugar a niveles bajos de incorporación a la profesión sanitaria y a tasas elevadas de abandono de ésta. Además, la existencia de estructuras de gestión ineficientes en el sector de la salud no sólo puede ocasionar un alto grado de abandono de la profesión, sino que puede provocar un uso improductivo del personal existente.

- Corriente migratoria: 80.42 %
- Extensión territorial en kilómetros: 108, 889 kilómetros cuadrados
- Clima: tropical y subtropical
- División política: 22 departamentos
- Escolaridad: 96 % de la población

Cobertura

En los últimos once años, las Tasas Netas de Escolarización -TNE- aumentaron en preprimaria (+3.6%), en básico (+6%) y en diversificado (+4.8%); no así en primaria, que entre 2008 y 2018 bajó 17 puntos porcentuales. La TNE en el año 2018 en preprimaria fue 52.6%, en primaria 77.9%, en ciclo básico 43.2% y en diversificado 24.9%.

Gráfica 1. Tasa neta de cobertura por nivel educativo, 2008 a 2019

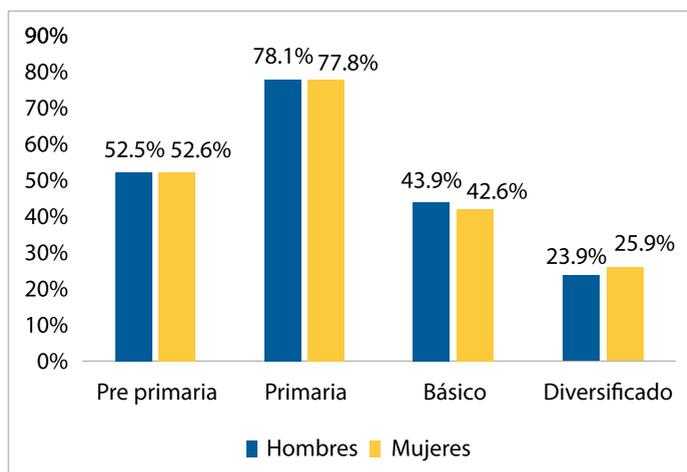


pag..223

Fuente: CIEN, con base en datos del MINEDUC

La TNE en los distintos niveles es muy similar para hombres y mujeres. La diferencia más grande se encuentra en el ciclo diversificado, en donde las mujeres tienen una TNE 2% mayor que los hombres.

Gráfica 2. Tasa neta de cobertura por nivel educativo y por género, 2019

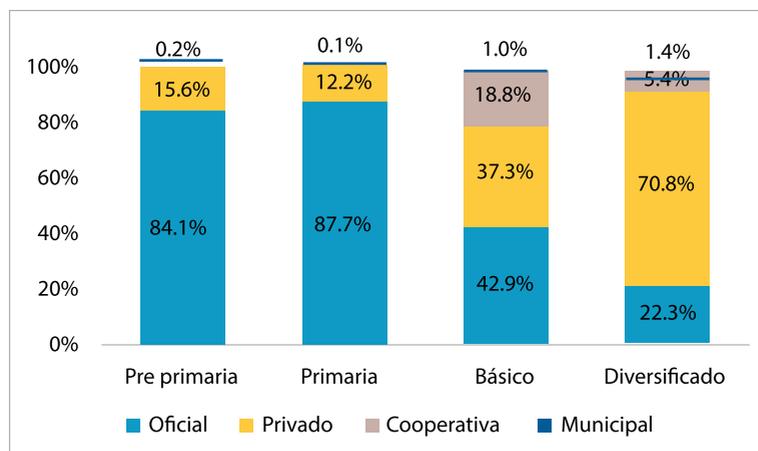


Fuente: CIEN, con base en datos del MINEDUC

La TNE de los distintos niveles educativos varía por departamento. En los mapas, los departamentos se muestran divididos en cuatro grupos según la TNE. El patrón que se observa en todos los niveles es que los departamentos con las tasas más altas están en el área centrosur del país, mientras que los departamentos con las tasas más bajas están en el altiplano.

La proporción de la matrícula total que está en el sector público es 84% en preprimaria, 88% en primaria, 43% en básico y 22% en diversificado. En este último ciclo, la proporción de la matrícula total en el sector privado es mayor que en los demás sectores: 71%. Es de resaltar que la matrícula del ciclo básico es cubierta en 19% por el sector cooperativa.

Gráfica 3. Proporción de la matrícula por sector en cada nivel educativo, 2019



Fuente: CIEN, con base en datos del MINEDUC

Actividad económica PBI 77.02 %

El gasto en salud de Guatemala como porcentaje del PIB asciende a 7.1%. Esta cifra representa un incremento de un punto porcentual del PIB en los últimos 10 años. El grueso del gasto es privado (62.1%).⁸ Ningún país de América Latina depende tanto del gasto privado en salud como Guatemala. El 90% del gasto privado es gasto de bolsillo. Las donaciones externas representan 2.3% del gasto total en salud. El gasto per cápita en salud es de 337 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo) y ha aumentado de manera consistente toda esta década. En el año 2000 era de 191 dólares PPA.

Índice de pobreza: 61.6% de la población

Los resultados revelan que en Guatemala 61.6 por ciento de las personas (I.C. 95% 58.6-64.7) viven en pobreza multidimensional, es decir, seis de cada 10 guatemaltecos enfrentan privaciones en el 30 por ciento o más de los indicadores ponderados incluidos en el IPM-Gt. Aumentando el porcentaje a raíz de la pandemia.

Salario mínimo:

Actividad económica	Salario diario	Salario mensual	Bonificación incentivo	Salario total
Agrícola	Q.94.44	Q.2,872.55	Q.250.00	Q.3,122.55
No agrícola	Q.97.29	Q.2,959.24	Q.250.00	Q.3,209.24
Exportadora y de maquila	Q.88.91	Q.2,704.35	Q.250.00	Q.2,954.35

Acceso a vivienda: 1.7 millones déficit

Según (Acenvi), en Guatemala 1.7 millones de viviendas no son adecuadas, y estima que para el año 2020 se puede incrementar hasta 2.1 millones. Conred detallo 400 asentamientos de los cuales 270 están en el departamento de Guatemala, además aproximadamente 500 mil guatemaltecos viven en lugares propensos a derrumbes.

Acceso a energía eléctrica: 91.23% de la población

Sector urbano (% de la población urbana) en Guatemala fue 97.46 en 2019. Su valor más alto durante los últimos 25 años fue 97.46 en 2019, mientras que su valor más bajo fue 88.90 en 1995.

Acceso a agua potable: 87.32% de la población

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha atendido el tema de agua potable y saneamiento en el marco de la gestión de la salud ambiental, actualmente la Representación en Guatemala lo hace dentro de la temática de la promoción social, considerando el agua y el saneamiento de manera integrada como un determinante ambiental para la salud, parte esencial del ecosistema y elemento clave para la gobernanza, los cuales facilitan su acceso a la población.

Guatemala cuenta con las condiciones naturales favorables que le permiten disponer de abundante agua para las personas, el ambiente y la productividad económica. Anualmente se producen 97 mil millones de m³ de agua. Sin embargo, de esto solo se aprovecha un 10% a nivel nacional. Según la Encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI) 2017-2018, el 70% de los hogares guatemaltecos tiene acceso a servicios básicos, es decir, a agua entubada y drenajes a nivel urbano, mientras que en el área rural, solo el 30% de los hogares tienen acceso a estos servicios. Para todos los departamentos la cobertura con mejores fuentes de agua es mayor en la zona urbana que en la rural. El déficit de la cobertura para los servicios de saneamiento está cerca de 87% en la zona rural, mientras en la zona urbana la cobertura es de 76,7%, que demuestra una situación clara de inequidad. De 334 municipalidades registradas en la ENCOVI, sólo un 4% aplican tratamiento a las aguas residuales, mientras que el resto es vertido en los cuerpos de agua, principalmente ríos.

Respecto a calidad del agua, de acuerdo al Plan Nacional de Agua y saneamiento el Ministerio de Salud 2018, para el año 2019 solamente un 40% de las muestras de agua analizadas para determinar cloro residual en agua cumplían con la normativa nacional; para el año 2013 al menos del 40% del agua de consumo humano recibió desinfección en las áreas urbanas; en muchos casos el agua se capta directamente del río o lago y se distribuye directamente sin realizar tratamiento alguno. Los niveles de bacterias del grupo coliforme y de bacterias patógenas son elevados y son característicos de aguas residuales sin tratamiento, más que de agua de río, lo que pone en riesgo la salud de

la población. Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran entre las primeras 5 causas de morbilidad y mortalidad en el país; [2] 24% de las muertes, son debidas a enfermedades diarreicas, principalmente en niños menores de 5 años. Los problemas sanitarios se relacionan directamente con la red de distribución de agua y ponen de manifiesto la contaminación del recurso debido a filtraciones que se producen en el alcantarillado. Además de los impactos de la crisis económica, estas condiciones pudieran verse empeoradas por eventos climáticos adversos, siendo Guatemala uno de los 10 países del mundo más afectados por el cambio climático y el cuarto más vulnerable a desastres naturales, según la ONU.

En el tema educativo tiene estrecha relación con los servicios de agua y saneamiento, así las tasas de deserción son más altas en área rural que en el área urbana; existen disparidades y brechas de cobertura para los pobres, niñas y niños, indígenas y los que viven en zonas rurales. El 89% de los establecimientos públicos de preprimaria a diversificado se encuentra en zonas rurales; de estos el 64% cuenta con fuentes mejoradas de agua, cuentan con 70,000 asientos sanitarios y 40,087 letrinas, el 90% de las mismas son pozos ciegos o perforados y casi, el 62% de estos se encuentra en buen estado.

Acceso a cloacas: 15.91 %

En Guatemala un desafío mejorar el desempeño de los programas de salud pública ambiental con énfasis en agua, saneamiento e higiene. En este sentido, la OPS aunado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, actual:

- Brinda apoyo técnico a países para la alineación de las políticas públicas con el Objetivo de Desarrollo Sostenible.
- Promueve la generación de evidencia para una mejor gestión de los servicios de agua y saneamiento y el análisis de las cuentas financieras del sector, a través de la aplicación de herramientas como el GLAAS (Análisis Global de los Servicios de Agua y Saneamiento) y de TrackFin.
- Fortalece la capacidad técnica de las comunidades, crea y difunde guías técnicas de agua, saneamiento e higiene.
- Apoya a los países en la difusión e inclusión de los principios de equidad y asequibilidad en la estimación de los indicadores del ODS 6 y en los instrumentos de planificación de los países, dando énfasis a la eliminación de la defecación al aire libre.

Fortalecer los sistemas de vigilancia de la salud pública ambiental en agua, saneamiento e higiene, así como el monitoreo del avance de los ODS. Para ello, la OPS:

- Desarrolla un sistema de monitoreo de los ODS 6.1, 6.2 y 6.3a en la Región alineado al Joint Monitoring Programme (JMP) e incorporación en los planes de agua y saneamiento.
- Ofrece Cooperación Técnica en el monitoreo y vigilancia de la calidad del agua en los países de América Latina y el Caribe.

Contribuir a la construcción de un sector salud con infraestructuras y servicios de agua, saneamiento e higiene seguros; a través de:

- Generar espacios de discusión y análisis para generar consensos sobre el agua, saneamiento y la higiene en establecimientos de salud.
- Adaptar y difundir caja de herramientas de agua, saneamiento e higiene en establecimientos de salud, que incorpora el enfoque interprogramático con enfermedades infecciosas desatendidas, enfermedades infecciosas, calidad servicios de salud, seguridad del paciente, salud materno infantil y resistencia antimicrobianos, entre otros.

Contribuir a la construcción de comunidades ambientalmente más saludables y resilientes desde la perspectiva del manejo de los riesgos ambientales a la salud asociados con el agua, saneamiento e higiene. Para ello trabaja en el:

- Desarrollo de herramientas para fortalecer el trabajo colaborativo en el nivel local, con enfoque intersectorial en el abordaje de los determinantes ambientales de la salud.
- Desarrollo de contenidos técnicos para procesos de formación y capacitación del personal de salud y otros sectores (ambiente, vivienda, agua y saneamiento entre otros) que tienen por objetivo desarrollar capacidades para responder a brotes y emergencias relacionados con el agua, saneamiento y la higiene.
- Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación para la preparación y respuesta de los sectores salud y agua, saneamiento e higiene en emergencias y desastres.
- Apoyo técnico para desarrollar capacidades nacionales y locales para el abordaje de las enfermedades transmisibles y su acción en la comunidad.

2. Perfil sanitario 2019

Diez principales causas de mortalidad

Diez principales causas de mortalidad
Infección respiratoria grave
Choque séptico
Infarto
Neumonía
Traumatismo
Arma de fuego
Envenenamiento
Dengue
Cáncer

Fuente: base de datos de Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF)

Problemas de salud mental

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
Depresión
Ansiedad
Trauma postraumático
Alcoholismo

Fuente: base de datos Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Sistema de salud

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención a 70% de la población.¹³ En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45%¹⁴ de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales participan de manera marginal en ciertas actividades de salud.

El 12 % de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector participan organizaciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 12% de la población, principalmente perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos. Según datos del MSPAS.

Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas por servicios, cuyos aranceles son muy bajos. En 2008 el gobierno impulsó la gratuidad de los servicios en un escenario caracterizado por el déficit de insumos en los servicios hospitalarios y falta de presupuesto para el pago del recurso humano. El IGSS obtiene recursos de las cotizaciones de los asalariados afiliados, de los empleadores y del Estado.

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en 86% con pagos de bolsillo. Sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede subdividirse en una variedad de OSC laicas y asociaciones religiosas, ambas con una importante presencia en zonas rurales, las cuales ofrecen planes de edu-

cación, prevención y atención en dispensarios, clínicas, centros de salud y hospitales. Desde 1997 las OSC han participado en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) mediante el establecimiento de contratos.

La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena dentro del sector privado no debe ser soslayada. Es utilizada por más de un tercio de la población y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en pagos de bolsillo.

El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus respectivas instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre ambas instituciones. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. El sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

ACCESO AL SISTEMA DE SALUD	
Público	70 % de la población
IGSS	18 % de la población
Privado	12 % de la población

Fuente: base de datos Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Desarrollo de la Atención Primaria en Salud

Desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud, e implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, buscando contribuir a la reducción de la malnutrición en menores de 5 años y adolescentes, mujeres en edad reproductiva, con énfasis en los 1000 días de vida, buscando ampliando el modelo de atención primaria que permita el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud con la participación de la comunidad.

Acceso Universal a la atención de salud índice de cobertura: 48 % de la población

El concepto de **cobertura sanitaria universal (CSU)** implica garantizar que las personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras.

Proporción y densidad

Según la OMS, en Guatemala hay 0.9 médicos por 1000 habitantes, una de las razones más bajas de América Latina. Bolivia y Paraguay, por ejemplo, cuentan con 1.2 y 2.1 médicos por 1000 habitantes, respectivamente.

Guatemala registra un porcentaje de 0.89 enfermeras por 1000 habitantes, uno de los porcentajes más bajas de América Latina. Bolivia y Paraguay, por ejemplo, cuentan con 1.2 por 1000 habitantes, respectivamente.

Brecha de cobertura

En Guatemala, difícil de cerrar y alcanzar, debido a que el acceso a la salud de las mujeres es limitado ya que la cobertura de atención en salud no cubre las necesidades de toda la población. Según datos de la CEPAL del 2019 el país presenta un porcentaje del gasto público en salud de 1.30% y no dispone de suficiente infraestructura en servicios médicos y hospitalarios, el acceso a medicamentos es restringido debido a costos elevados, además, el abastecimiento de los medicamentos en los hospitales también representa un problema. Lo anterior puede llegar a convertirse en brechas en el derecho a la salud para las mujeres y las niñas, pero especialmente para las mujeres y niñas indígenas y grupos de personas vulneradas.

En marzo 16 de marzo, en conjunto con la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, llevaron a cabo el conversatorio "Brechas de género en el acceso a servicios de salud de las mujeres: avances y retos en Guatemala" para compartir miradas, opiniones e información relacionada con este tema y plantear perspectivas que contribuyan a disminuir dichas brechas.

Formación de enfermeras nivel universitario

En la actualidad Guatemala ofrece una diversidad en cuanto a universidades que disponen de la carrera técnica y licenciatura de la carrera de Enfermería especializándola en diversos enfoques sociales entre estas se encuentran:

- Universidad de Guatemala
- Universidad Panamericana
- Universidad Mariano Gálvez
- Universidad Da Vinci

Escuelas Técnicas de Enfermería

- Escuela Nacional de Enfermería (USAC/sede Guatemala)
- Escuela Enfermería Quetzaltenango
- Escuela Enfermería Cobán

Jornada laboral

La carrera sanitaria persigue el reconocimiento individual económico y administrativo teniendo como base la competencia profesional y técnica, así como el perfeccionamiento y actualización profesional, teniendo como base el modelo de atención integral en salud y destacando la complementariedad e importancia de los cuatro niveles de atención y la diversidad de especialidades técnicas y profesionales que están involucradas en el adecuado funcionamiento del sector salud, por lo que el Código de Trabajo actualmente reconoce como jornada laboral: jornada matutina, vespertina, nocturna (con un promedio de 6 horas diarias por turno), y mixta (Comprende periodos de tiempo de las jornadas diurna y nocturna, siempre que el periodo nocturno sea menor de tres horas y media, ya que, si comprende tres y media o más horas, se reputará jornada nocturna)

Organización profesional

Desde inicio del siglo XXI colegas trabajaron por obtener la colegiación profesional y siendo Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos el Doctor Enrique Benjamín Jacobs en 2005, se logró obtener la colegiación permanente en este colegio mediante la Resolución 1246.505 de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales de fecha 29 de agosto 2005.

En 2007 se publica la Ley de Enfermería Decreto Ley 07-2007 del Congreso de la República de Guatemala. En esta ley se lee claramente que el Colegio de los Profesionales de Enfermería de Guatemala tiene el espacio legal e institucional correspondiente.

En el año 2011, la presidente de Asociación Guatemalteca de Enfermeras/ros Profesionales, Licenciada y Magister Enma Judith Porras Marroquín y la presidente del Consejo Nacional de Enfermería Doctora Rutilia Herrera Acajalon dirigen un oficio al Doctor Carlos Rodolfo Mejía Villatoro, entonces presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos, solicitando el apoyo para conformar el Colegio de Enfermería.

El 15 de diciembre del 2011 se recibe la Ref. JD/378/10-12, del Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos, así como la Ref. APCP-721-12.11 de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales, en la cual indican los pasos a seguir para conformar el Colegio de Enfermería, así como los requerimientos legales para la aprobación del Colegio.

Con este Dictamen como respaldo, en enero 2012, Junta Directiva de la Asociación Guatemalteca de Enfermeras/ros Profesionales Licenciada y Magister Enma Judith Porras Marroquín propone formalmente al Consejo Nacional de Enfermería que se conforme la Junta Directiva Provisional para el Colegio de Enfermería.

El Consejo Nacional de Enfermería facultado por el Decreto 07-2007 convoca a todos los licenciados en enfermería de Guatemala para realizar la Primer Asamblea, la cual se llevó a cabo el 08 de febrero 2012.

El 6 de mayo del 2013, se realiza la segunda asamblea, a la cual asistieron 52 colegas, asistiendo colegas de varias Instituciones como: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de áreas Comunitarias y Hospitalarias.

En esta Asamblea Licenciada Sandra Elizabeth Girón Mejía, abogado y notario, constituida como Asesora Legal de Este Colegio, da lectura a la Asamblea el Proyecto de los Estatutos del Colegio de Enfermería, los cuales quedaron aprobados por unanimidad. En esta asamblea se tenían 206 expedientes.

El 04 de julio 2016 la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales emite la Referencia: 13.7.9.16. Expediente: APCOP 69-2015 en el cual declaran procedente la Constitución y Registro del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, siendo indispensable que los Estatutos sean publicados en el Diario Oficial de Centroamérica.

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales AGEP su marco legal lo conformado por la ley de enfermería 07-2007, estatutos AGEP, Código de Ética, Consejo Nacional de Enfermeras, asociación no lucrativa, apolítica cuyo principal objetivo es promover el desarrollo profesional, cultural y económico de los servicios de enfermería que se brindan a la población Guatemalteca, fundada el 26 de octubre del año 1049.

Sea identificado con mayor frecuencia que jóvenes de países como Belice, Nicaragua, Honduras y Venezuela migran a Guatemala para estudiar enfermería en sus diferentes niveles, actualmente se desarrolla el proyecto de Movilidad Laboral que se desarrolla en conjunto con la embajada de Alemania y el ministerio de trabajo permitiendo que personal de enfermería en grado de licenciatura pueda ser contratado por 2 años y ser llevado a países como España, Estados Unidos y Alemania. Ofreciendo las siguientes condiciones: contrataciones por 2 años y con posibilidad de renovar contrato después de su vencimiento, viajar con familia (hijos menores de 18 años y conyugue) apoyo en la gestión legal para tramite de visa, para llevar a cabo dicho proceso se ha tomado en cuenta a todas las universidades del país para el reclutamiento del personal.

No ha sido posible ubicar estadísticas de migración relacionadas al gremio de enfermería a pesar de que se ha indagado en diferentes escenarios.

Salario medio MSPAS

El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, como ente rector en materia laboral, asesora a empleadores para brindarles acompañamiento técnico en su proceso de formalización laboral. La Guía para la Formalización Laboral es un instrumento práctico que facilita el entendimiento y comprensión de la efectiva aplicación de la ley para garantizar el cumplimiento de los derechos y obligaciones de trabajadores y empleadores. Integra información puntual, clara y concisa sobre derechos y obligaciones establecidos en el Código de Trabajo, establecimientos comerciales y cómo inscribirlos en el Registro Mercantil.

Actualmente un profesional de Enfermería de primer ingreso devenga un salario nominal de Q. 1700.00 base, más las bonificaciones de ley que redundan un promedio neto mensual de Q. 3450.00, según la tabla que regula actualmente la Oficina Nacional de Servicio Civil Y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Derivado de la pandemia la mano de obra se estima cotizar un máximo de Q. 10,000.00 netos sin seguros y/o indemnizaciones en la iniciativa privada y contrataciones de gobierno destinadas a cuidado de pacientes Sars Cov2. Siendo una de las profesiones más cotizadas por pandemia.

Conclusiones

A nivel estatal (Ministerio de Salud Pública) no hay un crecimiento en cuanto a expectativas laborales y las contrataciones en puestos claves (directores de hospitales, jefes de área, etc) son manejadas como puestos de confianza de tinte político y no con base en capacidades demostradas a nivel técnico, lo que conduce a enorme estabilidad. No existen oposiciones para las plazas ni posibilidades de crecimiento en el sistema, en la mayoría de los casos, y por ende la falta de carrera administrativa. No existe una política definida en cuanto al tema de recursos humanos en salud en Guatemala, por el contrario, se ha visto que, la evolución de la contratación, producción y definición de criterios de formación de recursos humanos en salud, no se ha dado de una forma coordinada. El riesgo potencial de emigración de profesionales en enfermería y de la medicina, por las demandas crecientes de personal calificado en países desarrollados que ya afrontan déficit es una realidad.

La migración interna y externa de los trabajadores de salud aunque existe, no constituye por el momento un problema en el país. Los salarios son bajos, las condiciones físicas y administrativas de trabajo no son las ideales y los mínimos estímulos económicos se entregan mediante bonos que no inciden en el pasivo laboral y otras prestaciones. Los bajos salarios condicionan el pluriempleo, encontrándose que de 45% a 65% del recurso humano tiene más de un empleo y consecuentemente se traduce en poca motivación, baja productividad y mala calidad en la atención en salud.

La mayoría del personal de salud migrante se debe a mejor educación, mejor tecnología, mejores métodos, lo que incentiva a que el profesional tanto médico como enfermería migre en busca de mejorar su conocimiento. Debido a la falta de control no existe un registro fiable de enfermeras emigrantes, no se sabe a ciencia cierta cuantos profesionales emigran del país en busca de mejor educación y cuantas regresan o de cuantos emigran en busca de una mejor calidad de vida. Y del personal que emigra por especialización al extranjero no se lleva el registro de cuantos regresan y que especialización realizaron.

Bibliografía.

- 1- Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo. Año 2018
- 2- Jong-Wook, Lee. Mensaje del Director-General. Organización Mundial de la salud. Año 2018
- 3- Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Encuesta Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Año 2019.
- 4- Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería, Investigación interinstitucional, año 2019.
- 5- Acuerdo Gubernativo 242-2018, "Salarios mínimos para actividades agrícolas, no agrícolas y de la actividad exportadora y de maquila".
- 6- Espinoza, E. & Garcés, I. (2011). "Programa Académico de Desarrollo Profesional, Docente. a. Sistematización de la experiencia, primera cohorte 2009-2011". Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Misión Guatemala -USAID/G-, Juárez y Asociados. Proyecto USAID/Reforma Educativa en el Aula. Guatemala, septiembre de 2011. Disponible en: https://www.academia.edu/9394040/REFORMA_EDUCATIVA_EN_EL_AULA
- 7- Instituto Nacional Estadística Forense Guatemala (INE)
- 8- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, publicaciones 2018-2019
- 9- Banco de Guatemala, Producto Interno Bruto, Revista Financiero edición 2020
- 10- Recursos Humanos en salud de Guatemala, Observatorios en Salud: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52888>

Honduras

Reina Lidylia Grogan Núñez
Lesly Xiomara López
Ela Dianira Márquez
Sergia Janeth Núñez Dolmo
Alejandrina Maribel Manzanares Membreño

Introducción

Según su Perfil Migratorio, Honduras es principalmente un país de emigración, con una cantidad significativa de nacionales residiendo fuera del país, especialmente en los Estados Unidos y España. Por otra parte, el territorio nacional experimenta flujos intrarregionales de inmigración y movilidad transfronteriza como resultado de la ubicación geográfica ya que comparte límites fronterizos con Guatemala, Nicaragua y El Salvador.

La tasa de migración indica que Honduras ha sido un país caracterizado por la emigración de su población en las últimas décadas. Esto nos permite hacer sobre la emigración de la movilización migratoria de enfermeras/os.

Estudios precedentes

Entre los antecedentes del estudio se encontró que algunas organizaciones nacionales realizan estudios migratorios como el foro nacional para las migraciones en Honduras (FONAMA) el centro de atención del migrante retornado (CAMR) y la participación de la profesión de enfermería en los dos estudios publicados en la serie 55 y serie 60 de la OPS/OMS.

Justificación

En los últimos decenios ha aumentado significativamente el número de agentes de salud que migran, fenómeno que ha ido cobrando perfiles cada vez más complejos y afectando a un número creciente de países. La emigración de esos agentes de salud de países que ya sufren una crisis de personal sanitario, sobre todo del África y América Central, viene a debilitar aún más sus sistemas de salud, que ya están en situación precaria, y representa un gran impedimento para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

Las enfermeras desempeñan un papel esencial en los servicios de salud y la limitada presencia de este recurso en el equipo de trabajo invita a los tomadores de decisiones prestar mayor atención a las causas de este. La inversión para el mejoramiento de las condiciones laborales (Salario, jornada, espacios físicos, otros) son esfuerzos que contribuyen a minimizar la migración del personal de enfermería.

La migración del personal de salud constituye grandes limitantes para el cumplimiento de las exigencias en la prestación de los servicios de salud, situación que vulnera los derechos de la población que de manera directa e indirecta aporta a través de sus impuestos para la formación.

Tomando en cuenta estas situaciones planteadas se justifica que se hagan estudios de movilización migratoria de personal de salud y en especial de enfermeras/os ya que en estos la problemática de dotación de personal suficiente para la cobertura de los servicios y la atención de calidad se ve fuertemente limitada.

Objetivos generales

1. Determinar la magnitud y características de la migración de enfermeras y enfermeros formados en países de América Latina mediante la identificación de datos de inmigración de los mismos en países receptores de Norte, Centro y Sudamérica, Portugal, España e Italia, en el período 2010-2019.
2. Determinar la magnitud y características de la emigración de enfermeras y enfermeros formados en países de América Latina en el período 2010-2019.
3. Determinar el número de licenciadas en enfermería registradas en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras CPEH (consultar a la coordinación general)
4. Relacionar el fenómeno de la migración de enfermeras de América Latina con la dotación y brechas de cobertura de personal de enfermería en cada país en el mismo período.
5. Socializar los resultados del estudio

Identificar los rasgos de la migración en los países estudiados y su magnitud, y aspectos de la formación, ejercicio y regulación, economías y políticas de migración, y consecuencias del fenómeno en los países estudiados.

Método

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de recopilación documental longitudinal 2010 – 2019.

Fuente de información Publicaciones científicas, documentos técnicos, bases de datos, páginas web OPS/OMS, SESAL, INE, ENDESA, Plataforma Universitaria UNAH, BCIE, UNPFA/UNESCO, Diarios Oficial la GACETA, Plan de Nación, Análisis de Situación de País

Estudios migratorios como el foro nacional para las migraciones en Honduras (FONAMA) el centro de atención del migrante retornado (CAMR) y la participación de la profesión de enfermería en los dos estudios publicados en la serie 55 y serie 60 de la OPS/OMS.

Técnicas de recolección de información: Revisión integrativa de literatura científica, consulta de base de datos y recopilación documental sobre inmigración y emigración de enfermeras/os formados en América Latina e información de países receptores del 2010 – 2019.

Resultados

Perfil de país

Ubicación, En la América Central tiene en su ubicación al oeste el país de Guatemala, al sur la República de El Salvador y al este la República de Nicaragua, cuenta con una extensión territorial de 112.492 Km², con una división política de 18 departamentos y 298 municipios.

Cabe resaltar que la accesibilidad geográfica es la más accidentada de toda Centroamérica, ya que el 75% de su territorio tiene una inclinación más o menos de 25 grados. Esto repercute en el alto costo de la apertura y mantenimiento de carreteras, así como la navegación aérea. Se ha logrado la extensión de kilómetros de carretera, pero aún hay lugares con limitaciones de comunicación terrestre.

Lo que tiene implicaciones en la ampliación de cobertura de los servicios en todos los ámbitos, por lo tanto, en salud. Un ejemplo es la zona de la Mosquitia al noreste del país, la única vía de comunicación es aérea, que en el invierno se dificulta más la movilización. Se cuenta con cuatro aeropuertos y nueve aeródromos, un ferri.

Perfil Poblacional y Social

1. Población total, Composición por género

Honduras tiene una extensión territorial de 112,492 km² y al 2015 una población de 8.5 millones de habitantes, el 48.03% son hombres y 51.97% mujeres.

Se identifican nueve grupos étnicos, siete de los cuales son considerados indígenas: Tolupanes, Pech, Misquito, Naho, Lenca, Tawahka, Maya Chortí; y dos son pueblos afrodescendientes: Garífunas y Negro Inglés. Los grupos indígenas y afrodescendientes tienen presencia en 13 departamentos del país. Por lo anterior Honduras es considerada un país multiétnico, plurilingüe y multicultural. Aunque la lengua oficial es el español, al interior de los grupos étnicos, muchos ellos hablan su propia lengua. En general los grupos indígenas y afrodescendientes enfrentan una problemática social con impacto en educación, el único salud y economía, como áreas prioritarias (Honduras., 2016.)

Estadísticas migratorias país de origen

En Honduras no se cuenta con un registro en la parte académica, estatal y de servicio; el único registro que se cuenta es el del CPEH Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras que registra los permisos temporales a las organizaciones.

En el país no se cuenta con un registro de las enfermeras extranjeras que estén trabajando en Honduras a excepción de las enfermeras extranjeras que vienen a dar servicios profesionales temporales por medio de brigadas en un total de 58 enfermeras dando una atención de 4,405, en áreas como cardiología, medicina general, odontología, atención primaria en salud, cirugía, oftalmología, atención a la mujer, cirugía reconstructiva, ortopedia, entre otros durante el periodo del 2010 al 2019, con procedencia de Estados Unidos, Colombia, Cuba y Canadá.

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, tiene establecido un protocolo desde el año 1987 con la Secretaría de Salud, para el registro y la autorización de la práctica profesional temporal de enfermeras extranjeras, miembros de brigadas de servicios a la comunidad a nivel nacional.

No se encuentra información en ese mismo periodo, sobre el registro y autorización permanente de enfermeras extranjeras en el país

Perfil geográfico

Nombre oficial: República de Honduras Superficie: 112.492 km² Límites: Situada en el centro del istmo centroamericano, limita al oeste con Guatemala (340 km) y El Salvador (356,5 km), al norte con el Mar Caribe (650 km), al este con Nicaragua (575 km) y al sur con el Océano Pacífico (65 km). Capital: Tegucigalpa MDC: 1.293.611 habitantes. Junto a la antigua ciudad de Comayagüela, conforma el Distrito Central. Está ubicada en el centro del país, y es la segunda ciudad más poblada del istmo centroamericano después de Ciudad de Guatemala. Otras ciudades: San Pedro Sula (812.689 habitantes); La Ceiba (225.606); Comayagua (176.218); Choluteca (171.016); Juticalpa (145.213); y Puerto Cortés (138.151)². Idioma oficial: español. En las Islas de la Bahía está muy extendido el uso del inglés por razones históricas (Diplomática, 2022).

Clima

Es considerado tropical en las costas del caribe y el pacífico, en el interior o parte central del país especialmente en las montañas es clima templado, en Islas de la Bahía es subtropical, el pico más alto es el cerro de las minas 9.416 pies.

El clima varía según la ubicación, en la costa norte es más caluroso y lluvioso y mayor humedad, en la costa sur es seco, la mayor parte del tiempo y muy caluroso; casi todo el país varía entre 82 y 87 grados Fahrenheit. En las montañas es agradable y frío, el país es muy afectado por huracanes, entre julio y noviembre, lo que tiene un gran impacto negativo en lo económico y social. Las estaciones son verano e invierno.

División política

La división política de 18 departamentos y 298 municipios.

2. Perfil social

Perfil político

Honduras es una república regida por una Constitución por primera vez el 11 de diciembre de 1825, ésta establece los "tres poderes" del Estado, sin relación de subordinación entre ellos; El Poder Legislativo lo ejerce el Congreso Nacional mediante 128 diputados que son elegidos mediante el Sufragio (Calix, 2005). El poder judicial está representado por la corte suprema de justicia y el poder ejecutivo por el presidente de la república. La duración de los mandatos de las autoridades municipales y de la presidencia de la república es de cuatro años y por elección popular.

La ley de cuotas y paridad está establecida por el decreto 54 de 2012 eleva al 40% la cuota de mujeres en las nóminas de candidatos a cargos de autoridad y en los órganos de dirección de los partidos, así como en las candidaturas a cargos de elección popular. Cuando se deba elegir un solo candidato se aplicará el principio de igualdad debiendo ser de distinto sexo los candidatos propietarios y suplentes. Establece que a partir del período electoral 2016 se aplicará el principio de paridad (50% de mujeres y 50% de hombres)(Calix, 2005).

Economía

La posesión de al menos una cuenta bancaria fue reportada por 35 por ciento de los hogares a nivel nacional, 48 por ciento a nivel urbano, 24 por ciento rural. Por departamentos, debajo del promedio rural, solo se registra el caso de Gracias a Dios (20 por ciento).

De la totalidad de hogares, reportaron posesión de tierras agrícolas el 23 por ciento; de animales de granja o ganado el 35 por ciento. La mayoría de estos hogares se localizaron en el área rural en la que un tercio de los hogares indicaron poseer tierras agrícolas y 54 por ciento animales de granja o ganado. Declararon ser propietarios de la vivienda 72 por ciento de los hogares del país, siendo dicho porcentaje de 82 por ciento en el área rural. San Pedro Sula (50 por ciento) y el Distrito Central (63 por ciento) son los lugares que exhiben los porcentajes más bajos en posesión de vivienda de los hogares (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Vivienda

La mayoría de las viviendas de todo el país (88 por ciento) está conectada a la red de energía eléctrica. Este porcentaje disminuye a 78 por ciento en el área rural y aumenta a 99 por ciento en la urbana. En

concordancia con esto, las regiones de salud con más población urbana presentan los porcentajes más altos de conexión, tal es el caso del Distrito Central y San Pedro Sula donde casi la totalidad de viviendas (99,5 por ciento) recibe el servicio de energía eléctrica. En el extremo de menor porcentaje de conexión aparecen los departamentos de Gracias a Dios (21 por ciento), Intibucá (69 por ciento), La Paz (74 por ciento) y Lempira (79 por ciento). Casi la mitad de los hogares (48 por ciento) utiliza tecnologías y combustibles limpios como energía para cocinar los alimentos. En el área urbana esta tendencia se incrementa a 74 por ciento, mientras que el área rural baja a 25 por ciento. Por departamentos el uso de tecnologías y combustibles limpios presenta extremos entre San Pedro Sula (90 por ciento) y los departamentos occidentales de Lempira (13 por ciento) e Intibucá (14 por ciento). En cuanto al material utilizado en el piso de las viviendas, el piso natural (de tierra) se observa presente en 12 por ciento de las viviendas, mientras que el piso rudimentario (de cemento o madera rústica) en 53 por ciento de las viviendas a nivel nacional. Estos dos tipos de piso alcanzan porcentajes más altos en el área rural (de tierra: 20 por ciento; rudimentario: 61 por ciento) comparada a la urbana (2 por ciento y 45 por ciento por ciento, respectivamente).

En lo relacionado al material de las paredes exteriores, aquellas viviendas con paredes acabadas son mayoría (83 por ciento), aunque en el área rural el porcentaje se reduce a 75 por ciento y a porcentajes menores en Gracias a Dios (62 por ciento) e Islas de la Bahía (51 por ciento). La situación es mucho mejor al tratarse del material del techo de las viviendas, que se considera “acabado” en el 99 por ciento de los casos, con poca diferencia entre las áreas urbanas y rurales. Gracias a Dios (87 por ciento) es la única región donde este porcentaje baja a menos de 90 por ciento. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

Educación

La Constitución de la República señala que la educación básica es gratuita, obligatoria, laica, democrática y hondureña. La enseñanza básica debe propiciar el desarrollo de la personalidad y preparar para la vida cívica, social y el ejercicio de la democracia. (UNESCO, 2006)

El Estado asume la mayor parte del gasto educativo, que hasta 1995 nunca ha representado un monto superior al 17% del gasto total del gobierno. El gasto público en educación en Honduras disminuyó 133,2 millones en 2019, es decir un 15,44%, hasta 1.101,1 millones de euros1.232,6 millones de dólares, con lo que representó el 20,12% del gasto público total. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

Honduras ha encarado la transformación de su sistema educativo a partir del Plan Nacional Educativo 1994-97, cuyo propósito general es la formación de un nuevo tipo de hondureño y la cons-

trucción de una nueva sociedad. Es voluntad del Estado establecer un nuevo modelo educativo (la Escuela Morazánica) que forme para la vida democrática, la participación con equidad, la protección, la conservación y utilización racional de los recursos naturales y el desarrollo humano en todos sus órdenes.

El Estado cumple su responsabilidad con la educación en los diferentes niveles por medio de dos entidades gubernamentales: una centralizada, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y otra descentralizada, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cada una con sus competencias bien delimitadas.

La SEP ejecuta sus funciones a través de los programas siguientes: educación primaria, educación media, educación de adultos, dirección sectorial y administración central. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

La Dirección Sectorial y la Administración Central dirigen la política educativa del país, establecen los mecanismos administrativos para el logro de los objetivos de cada uno de los programas, racionalizan los recursos y coordinan la participación tanto pública como privada. Tienen también a su cargo el diseño curricular, la evaluación y la investigación, estas últimas desarrolladas por el Instituto de Investigación y Capacitación Educativa (INICE).

La Dirección General de Alfabetización y Educación de Adultos (conocida a partir de la reestructuración del Ministerio de Educación de 1997 como la Dirección General de Educación Continua) tiene como finalidad atender la población mayor de 14 años que ha estado al margen de la educación escolarizada (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

La Secretaría de Educación, dando cumplimiento al Programa de Modernización del Estado en su ámbito sectorial, ha iniciado un proceso para su propia reorganización y desconcentración, con el propósito principal de alcanzar un mejor desempeño individual y colectivo en la prestación de los servicios educativos (UNESCO, 2006).

La educación preescolar se dirige a la población de 3 años y medio a 6 años y medio de edad y no es obligatoria. Se imparte a través de dos modalidades: formal (jardines de niños) y no formal (en los centros de educación preescolar no formal y centros comunitarios de iniciación escolar) atendiendo además los niños con necesidades especiales.

La educación primaria es obligatoria y gratuita, y está dirigida a la población de 6 años y medio a 13 años.

Se compone de seis grados y prepara al alumno para los estudios medios. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

La educación media tiene una duración de 5 a 6 años, dependiendo de las carreras que se elijan. Comprende dos ciclos, el común y el diversificado. El primer ciclo de 3 años es la prolongación de la educación primaria y se subdivide en ciclo de cultura general y ciclo común técnico. El segundo ciclo o diversificado debe preparar al alumno para insertarse en el mercado laboral o para proseguir estudios superiores; comprende las carreras de bachillerato, magisterio, comercio, secretario y las diversas carreras técnicas, que tienen duración distinta dependiendo de la modalidad. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/ Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

La educación superior es competencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Funcionan en el país dos universidades estatales y varias universidades de carácter privado, las que se rigen por la Ley de Educación Superior a través de la Universidad Nacional. Las universidades ofrecen formación que va desde 3 años en las Escuelas de Agricultura, Agropecuaria y Forestal, hasta 8 años en las carreras de Medicina, Arquitectura, Ingeniería Civil o Teología. (UNESCO, 2006).

El año escolar comienza en febrero y finaliza en noviembre. Comprende un total de 40 semanas de clase. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

De 2.9 millones de hondureños entre 3 y 17 años solo 1.7 millones asisten a un centro educativo y el resto que es 1.2 millones no estudia; esto significa que la cobertura del sistema es de 58.2% a nivel nacional, según la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Comunicación

La conexión a la internet es una novedad en el país. La ENDESA/ MICS revela que solo un cuarto (25 por ciento) de los hogares reportan contar con dicho servicio. La brecha por área es de 41 por ciento en el área urbana y 11 por ciento en el área rural. Por lo mismo, las regiones con más población urbana muestran los porcentajes más altos. La brecha mayor se observa entre las áreas metropolitanas del Distrito Central (51 por ciento), San Pedro Sula (48 por ciento) frente a Gracias a Dios (2 por ciento). (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Con respecto a la posesión de bienes de uso personal, es de destacar el caso de los vehículos automotores, declarados por 21 por ciento de los hogares, la mayoría urbanos (30 por ciento). Los departamentos que muestran los porcentajes más bajos son los del occidente-sur como Lempira, La Paz e Intibucá. También es de notar el caso de los teléfonos celulares en el que 91 por ciento de los hogares de todo el país (96 por ciento de los hogares urbanos y 87 por ciento de los rurales) declaran poseer al menos uno. Con porcentajes por debajo del promedio rural solo se muestran los departamentos de Gracias a Dios (69 por ciento), Lempira (85 por ciento) y Olancho (86 por ciento) (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

La tasa de alfabetización refleja los resultados de la educación básica durante los 30-40 años anteriores. Como medida de la efectividad del sistema de educación básica, a menudo se considera una medida indirecta del progreso social y el logro económico. Entre la población de mujeres y hombres edad 15 a 49 años, el alfabetismo total registrado fue de 91 por ciento entre las primeras y de 89 por ciento entre los segundos (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Tecnología de la información y la comunicación (TIC)

ENDESA/MICS 2019 recopiló información sobre la propiedad de los hogares de los equipos de tecnología de la información y la comunicación (TIC), (radio, televisión, línea telefónica fija o teléfono móvil⁴¹ y computadora) y acceso a Internet. Los hogares presentan variantes niveles de acceso a aparatos y facilidades de equipos TIC e internet. En casi la mitad (46 por ciento) de los hogares se posee un radio, en tres cuartos (75 por ciento) un televisor, en 91 por ciento al menos un teléfono móvil, en 23 por ciento al menos una computadora y en 25 por ciento se declara contar con acceso a la internet. Con excepción de los radios, la posesión de estos aparatos y facilidades tiende a aumentar en el área urbana y en las regiones de salud más urbanizadas, sobresaliendo el Distrito Central y San Pedro Sula. También, y con excepción de los radios, los mayores porcentajes de posesión indican algún grado de asociación con mayores niveles de escolaridad y riqueza de los jefes de hogar (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

3. Escolaridad

El sistema educativo comprende 4 niveles, prebásica, básica media y superior; en el campo de la enfermería, las auxiliares tienen nivel básico y medio, en las enfermeras profesionales el nivel es superior universitario.

4. Actividad económica principal de Honduras.

La actividad económica que más destacó en el año 2018 es la Intermediación Financiera, Industria Manufacturera, Agropecuaria, Comercio y Comunicaciones. En el período 2001-2014 Honduras mantuvo una tasa de crecimiento económico promedio anual del 4%. En el 2014 el crecimiento del PIB alcanzó valores del 3.1% y se esperó similar comportamiento en el 2015. El sector más dinámico en el período 2001-2014 ha sido el de servicios (4.6%), seguido del agrícola y minero (3.6%) y el industrial (2.9%). Los rubros con mayor crecimiento son las comunicaciones y transporte y los de menor crecimiento el de minas, canteras y construcción. Honduras tiene el segundo ingreso per cápita más bajo de América Central.

En el occidente, centro y sur del país, en las zonas de ladera predomina una agricultura tradicional de subsistencia principalmente de granos básicos; no obstante, en muchas zonas montañosas es muy importante el cultivo del café. La agroindustria se concentra en la zona norte (Valle de Sula y llanuras costeras del Mar Caribe) y también en los valles del interior y del sur del país; la actividad industrial está ubicada principalmente en el Valle de Sula y en menor medida en Tegucigalpa y las actividades vinculadas al sector servicios predominan en las principales ciudades como Tegucigalpa y San Pedro Sula. adicionalmente, para el 2019 se estima un crecimiento económico entre 3.3%-3.7%. (FAO, 2012) El comportamiento del PIB durante el IV trimestre fue impulsado por las actividades: Intermediación Financiera, por el mayor financiamiento otorgado hacia el comercio y consumo; Agricultura, Ganadería, Silvicultura y Pesca, dado el desempeño favorable principalmente del cultivo de café y banano; Electricidad y Agua, especialmente por la generación de energía renovable; y la Industria Manufacturera, por el alza en el procesamiento de productos alimenticios. (Aronne E. , 2018)

La economía hondureña se desaceleró en 2018 al pasar de un crecimiento interanual de 4.8% en el periodo 2017 a 3.7% en 2019. De acuerdo con las cifras PIB por el lado de la Oferta se observan 6 ramas de actividad que presentan una desaceleración como se detallan a continuación: Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (10.8% a 2.7%); Explotación de minas y canteras (12.2% a 7.5%), industrias manufactureras (4.1% a 3.8%); construcción (7.3% a 7.1%); comunicaciones (3.8% a 3.6%); e, intermediación financiera (7.6% a 6.1%). La rama de agricultura, silvicultura, caza y pesca incidió en el crecimiento de la economía siendo las principales causas de esta desaceleración del sector, factores de orden climático, términos de intercambio y condiciones de demanda externa motivado por políticas comerciales en algunos casos. La desaceleración del sector se observa al pasar de un crecimiento interanual de 10.8% en 2017 a 2.7% en 2018, una caída de 8.1% (Aronne E., 2018).

La agricultura se encuentra entre las cinco grandes ramas de actividad que tuvieron más incidencia en el PIB real al mes de diciembre de 2018: Industria manufacturera (19.3%), intermediación

financiera (18.7%), agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (14.5%), comunicaciones (10.1% y comercio (9.5%) sumando el 72.1% del PIB real. El sector agropecuario se vio afectado por la caída en la producción de cultivos de vital importancia para la seguridad alimentaria y las exportaciones entre el periodo 2017-2018. El comportamiento observado en el sector agropecuario es el resultado del deterioro de los términos de intercambio. El precio del café a nivel internacional cayó de \$121.46 US dólares que registro en diciembre de 2017 a \$107.97 US dólares en diciembre de 2018. Por otra parte, el cultivo de camarón incidió negativamente en la actividad de Pesca (-5.0% en términos nominales), por la reducción en las exportaciones (menores pedidos) y en menor cuantía por las lluvias registradas en octubre de 2018, que provocaron daños en las zonas de cultivo del camarón (Aronne E., 2018).

No obstante, el deterioro en el sector, la importancia de la rama de actividad "agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca" se ve reflejada al considerar su participación en las exportaciones del país. La producción de Banano se desaceleró (8% en 2016/2017 a 5.8% 2017/2018 nominal) la caída se debió, en parte por fenómenos naturales (tormentas y fuertes vientos) durante el primer semestre del año 2018, que ocasionaron pérdidas y daños en las plantaciones, lo que se reflejó en la reducción de las exportaciones. El cultivo de palma africana cayó de una producción de L5,404 millones a L4,409 millones un decrecimiento nominal de -25.1% (+3.8% en 2017/2018). En el primer semestre del año la producción se ve afectada por una disminución determinado por condiciones climáticas desfavorables que provocaron pérdidas en plantíos, aunado a la reducción en la demanda externa. Por otra parte, y de acuerdo con el Banco central de Honduras (BCH), en su informe "Flujos de Inversión Extranjera Directa" al IV Trimestre de 2018, la rama de agricultura, silvicultura, caza y pesca refleja flujos de inversión extranjera directa negativos en comparación con las otras ramas de actividad con un flujo negativo de \$7.6 millones.

Es importante hacer notar que a raíz de los últimos acontecimientos políticos y sociales durante el mes de junio de 2019 (daños al sector banano) y el comportamiento de los términos de intercambio (caída en los precios del café) se esperaría un deterioro del indicador al verse afectados distintos sectores productivos como ser: el sector agrícola, turístico, comercio y otros sectores que generan miles de empleos y que son generadores de divisas a través de sus exportaciones. De persistir esta situación se prevé una desaceleración de la economía dentro del rango de lo previsto en el Programa Monetario 2019-2020, que estima un crecimiento interanual del PIB de 3.3%-3.7%. La principal actividad económica en Honduras está basada en la agricultura (palma africana, café, cacao, banano), silvicultura (camarón y tilapia), Turismo (comunicación, transporte) que fue impulsado grandemente por la división del país en distritos turísticos (Aronne E., 2018).

5. Índice de pobreza

El Índice de pobreza en términos de población, el 70.5% de los habitantes del país son pobres, esto significa que hay 4.5 millones de personas cuyos ingresos mensuales no les permiten cubrir el pago de una Canasta Básica de Alimentos, y de estas personas, 3.3 millones (51.7%) viven en extrema pobreza. Esta relación es más acentuada en el área rural, pues en ella dos de cada tres personas viven en extrema pobreza, lo cual representa el 65.5% de total de la población. Para junio de 2018 el 61.9% de los hogares hondureños se encuentran en condiciones de pobreza, ya que sus ingresos se encuentran por debajo del costo de una canasta básica de consumo que incluye alimentos y otros bienes y servicios. Aunque la pobreza es más grave en el área rural, también en el área urbana alcanza a más de la mitad de los hogares (55.3% urbano y 70.3% rural) (BCH, 2018).

La pobreza para junio de 2018 alcanzaba al 39.2% de los hogares de Honduras, porcentaje que se incrementa en el área rural a un 46.2%, en comparación con el área urbana que llega a 33.8%. Cabe destacar que el porcentaje de hogares con dos, tres y más necesidades básicas insatisfechas es considerablemente inferior a las que presentan "alguna" NBI; encontrándose que el mayor porcentaje de necesidades básicas "menos satisfechas" son: el acceso a saneamiento básico y el número de personas dependientes por persona ocupada.

Los hogares que disponen de un ingreso suficiente para lograr un nivel de vida adecuado y además satisfacen sus necesidades básicas representan el 27.4%, y son considerados como integrados socialmente. Por lo tanto, estos hogares, que no se consideran pobres bajo ninguno de los métodos utilizados, son los que expresan las condiciones de vida más digna en el país. La pobreza crónica es mucho más profunda en el área rural (37.3%) que en la urbana (26.0%), mientras que los integrados socialmente son más (31.7%) en esta última que en la rural (21.7%).

Además, casi la mitad de la población (4,8 millones de personas) vivía con menos de 5,50 dólares al día, la segunda tasa de pobreza más alta de ALC después de Haití. Otro tercio de la población era casi pobre y vulnerable a volver a caer en la pobreza, mientras que el tamaño de la clase media de Honduras (18%) se encontraba entre los más pequeños de la región (en comparación con una clase media promedio del 41%). (BCH, 2018)

Salario mínimo

En el 2010 era de L5,500.00 (\$103.95) ha ido incrementado año a año en Honduras.

Al revisar el salario mínimo en Lempiras, que es la moneda oficial en Honduras, podemos ver que este año fue de 5.500 lempiras al año 2019 se logró L9,164.09 (\$381.7)

El salario mínimo para profesionales universitarios en Honduras varía según el sector. Para establecer un salario adecuado se han creado los estatutos profesionales, lo que le permite un pago acorde a su nivel de educación, debido a la devaluación de la moneda los salarios mínimos de los profesionales universitarios han llegado a ser en algunos casos inferiores al salario mínimo general, debido a esto se han creado algunos estatutos profesionales indexados al salario mínimo (Wageindicator, 2014 - 2019).

Acceso a vivienda: energía, agua potable, eliminación de residuos.

Acceso a vivienda: La cantidad de personas que integran los hogares rurales es mayor a la de los hogares urbanos (4.4 y 4.0 personas respectivamente). Del total de éstas, el 56.7% de las viviendas se encuentran en el área urbana. (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019) En Honduras el déficit habitacional es de poco más de un millón de casas. Así lo refleja el estudio “El Estado de la Vivienda en Centroamérica”, elaborado por Hábitat para la Humanidad, en el cual se indica que el déficit de viviendas en Honduras asciende a 1.1 millones de viviendas.

De cada 100 viviendas el 18% son alquiladas, 68% propietarios, 9% cedido sin pago, y los otros por diferentes razones 5%. (Fuente: INE 2017 Encuesta de múltiples hogares) No se encontró información sobre el número de enfermeras que tienen acceso a vivienda.

Energía

Lo más frecuente en el área rural es que las viviendas se alumbren con vela, candiles, lámparas de gas y ocote. El 14.9% total de viviendas rurales se distribuye que el 7.6% de los hogares, se alumbra con candil o lámpara de gas y un 6.3% lo hace con ocote. En el área urbana 99.6% de los hogares dispone de servicio público de electricidad. (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019)

Agua Potable

El 86 por ciento de los hogares acceden al agua potable. En Honduras el 12.3% de las viviendas no cuentan con un servicio adecuado de agua, según datos encontrados en el área urbana el 94.1% de las viviendas cuentan con este servicio y en el área rural un 79.8%, es preocupante que el 5.7% utiliza agua proveniente de ríos, quebradas, lagunas, entre otras fuentes naturales (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019).

En el acceso a fuentes mejoradas de agua un 97 % de la población la adquieren a través de agua entubada (dentro de la vivienda un 18 %; dentro del terreno o lote un 25 %; donde el vecino 2 %; llave o grifo público 1 % de la población de hogares y otros lo hacen por pozo perforado 1%, pozo malacate protegido 1%, manantial protegido 1%, agua embotellada 43% o en bolsa 4%, otras formas 1%) (INE,

Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019). Para la mayoría de los miembros de los hogares el 90% la fuente mejorada principal de agua para beber está en el sitio y para un 6% hasta 30 minutos de distancia. Esto significa que un 96% de los hogares a nivel nacional tiene acceso a servicios básicos de agua para beber.

Según la información la población tiene acceso a servicios básicos de agua en lo rural 93% y urbano 99 %. Los porcentajes más bajos por departamentos se muestran en Gracias a Dios (74 por ciento), seguido por Choluteca (90 por ciento). Los hogares con fuentes mejoradas accesibles en el sitio, con suficiente cantidad de agua disponible, cuando se necesita, y libres de contaminación cumplen con los criterios objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para servicios de agua para beber “gestionados de forma segura”. Del total de miembros del hogar en los que se tuvo información sobre calidad del agua, la mitad (50 por ciento) lograba acceso a una fuente mejorada de agua para beber en el sitio, libre de E. Coli y disponible cuando es necesario (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019). El porcentaje de miembros del hogar en esta misma situación representó 71 por ciento en el área urbana y 32 por ciento en la rural.

Del total de miembros de los hogares, 83 por ciento utiliza instalaciones sanitarias mejoradas no-compartidas. Este porcentaje es mayor en el área urbana (88 por ciento) comparada a la rural (78 por ciento). Los departamentos con porcentajes más bajos en este aspecto son Gracias a Dios (35 por ciento) y Valle (67 por ciento) (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Del total de la población de los hogares, acceden a: un servicio básico de agua para beber, 96 %; un servicio básico de saneamiento, 83 %; una instalación básica para lavado de manos, 83 %; a los tres anteriores en conjunto, 67 %. El área urbana (70 por ciento) resulta cinco puntos porcentuales arriba del área rural en el acceso a los tres tipos de facilidades básicas (agua, saneamiento y lavado de manos) (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Gracias a Dios es el departamento con el porcentaje menor de acceso a los tres tipos de facilidades básicas (19 %). Después de este departamento, sigue el caso de Choluteca, con un nivel de acceso conjunto a los tres tipos de servicios básicos de 57 %. Con el resto de las desagregaciones, el acceso conjunto a los tres tipos de servicios básicos encuentra el menor porcentaje en el caso de hogares con jefes sin escolaridad (61%), de la etnia Misquita (26 por ciento) y el quintil más pobre en el índice de riqueza (46 %) (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019).

Eliminación de residuos

En relación con el saneamiento básico, el 9.6% de las viviendas de Honduras, no cuentan con un sistema de saneamiento adecuado. Esta proporción es mayor en el área rural (13.7%), debido a que, en su mayoría, las viviendas rurales utilizan letrinas con pozo simple y otras adolecen de alguna forma de eliminación de excretas. El uso de inodoro conectado a alcantarilla es predominantemente urbano, el 63.7% de las viviendas tienen este sistema de saneamiento, sobresaliendo en San Pedro Sula 84.5% y el Distrito Central 79.9%. (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019)

En el área rural lo más común es encontrar viviendas que cuentan con letrinas con cierre hidráulico (44.6%), seguido por las viviendas sin ningún tipo de sistema de eliminación de excretas (12.9%) y letrinas con pozo negro o simple (7.8%).

Los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos múltiples (LXI EPHPM) demuestran que existe relación entre el acceso a saneamiento básico, el nivel educativo del jefe del hogar y el ingreso del hogar; puesto que el 14.9% de los hogares cuyo jefe no tiene ningún nivel educativo no tiene sistema de eliminación de excretas y el 8.7% tiene letrina con pozo negro o simple; es decir, casi la mitad de los hogares cuyo jefe no tiene ningún tipo de educación formal no dispone de un sistema de saneamiento adecuado. En cambio, el 80.9% de los hogares cuyo jefe tiene educación superior viven en viviendas que tienen inodoro conectado a alcantarilla. (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019)

De igual manera el 17.4% de los hogares (20% más pobre) no tiene sistema de eliminación de excretas y un 8.9% tiene letrina con pozo simple; mientras que el 68.8% de los hogares (20% más rico) tienen inodoro conectado a red de alcantarilla y un 21.8% lo tienen conectado a pozo séptico.

El acceso a este servicio es una característica predominantemente urbana. Mientras el 98.7% de las viviendas de esta zona tienen cobertura por el sistema público de electricidad, sólo un 74.1% de las viviendas rurales (INE, Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos, 2019). En beneficio y protección de la salud pública se hace necesario establecer una serie de regulaciones relacionadas con los residuos sólidos provenientes de las actividades domésticas, comerciales, industriales y de otra índole, a fin de evitar o disminuir en lo posible la contaminación del suelo, del aire y de las aguas.

La ley General del Ambiente establece que a las municipalidades les corresponde la preservación y restauración del equilibrio ecológico y la protección ambiental en los centros de población, en relación con los efectos derivados de los servicios de alcantarillado, limpieza, recolección y disposición de basuras, mercados, rastros, cementerios, tránsito vehicular y transporte locales. Se aprueba

mediante acuerdo No.378-2001 el Reglamento para el Manejo integral de los residuos sólidos, el cual es de aplicación nacional, de cumplimiento obligatorio para las Alcaldías Municipales y toda persona natural o jurídica, pública o privada (La Gaceta, 2011). Que a pesar de que la regulación está aprobada desde el 2001, y fue revisada en el 2010; el proceso de implementación ha sido lento y con muchas limitaciones (La Gaceta, 2011).

6. Perfil sociosanitario de 2019

Morbimortalidad; En relación con las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad en nuestro territorio, las principales causas de muerte estuvieron representadas por los tumores malignos (42.3%), las muertes por causas violentas (15.3%), enfermedades del corazón (14.42%) y las infecciones (10.6%), mientras que los tipos de cáncer más frecuentes fueron el de mama, pulmón y útero. Jiménez Villela (2015), Honduras (Honduras P. N., 2014).

Las principales causas de morbilidad; se han logrado avances importantes en enfermedades prevenibles por vacunación, como ser la erradicación del polio virus salvaje desde 1989, del sarampión desde 1997, rubéola desde 2002, el control de la difteria, tétanos neonatal, no neonatal y la meningitis tuberculosa. Estos logros son resultado de las altas tasas de cobertura de vacunación que se observan en el país. El principal problema de salud, especialmente entre los menores de cinco años, son las Enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas (Honduras P. N., 2014).

Las enfermedades transmisibles por vectores y crónicas continúan con elevadas tasas de incidencia y prevalencia, especialmente en las zonas más pobres. Existe una fuerte relación entre estas enfermedades y la pobreza, ya que las mismas son favorecidas por condiciones como el no acceso a servicios básicos, el bajo grado de escolaridad, los hábitos y costumbres no saludables y la existencia de factores ambientales que favorecen su aparición. Entre las enfermedades transmisibles más frecuentes en el país se pueden señalar el dengue, la malaria, la enfermedad de Chagas, la Leishmaniasis y la Tuberculosis (Honduras P. N., 2014).

Un 30% de niños menores de 5 años presenta deficiencia de hierro, mientras que la desnutrición crónica llega al 33% en este grupo de edad. El retardo global de crecimiento en escolares es de 36.2%, pero en las áreas rurales llega hasta el 42.1%. El retardo severo de crecimiento en escolares alcanza el 11.8% (Salud, 2014). Entre todas estas enfermedades nutricionales y la pobreza existe también una relación directa.

Las enfermedades crónicas no transmisibles han ido aumentando en los últimos años, como producto de la transición demográfica y epidemiológica que vive el país.

Problemas de Salud Mental.

En el año 2004 se aprobó la Política Nacional de Salud Mental, la cual describe seis áreas estratégicas que han sido definidas tomando en cuenta la magnitud de los problemas que enfrenta la salud mental en Honduras, para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de la población a lo largo de su ciclo de vida. Dichas áreas son:

a) Ética y derechos humanos; b) Violencia intrafamiliar; c) Promoción y prevención; d) Identidad, cultura y migración; e) Fortalecimiento institucional, f) Investigación científica. Además, tomando en cuenta las dimensiones conceptuales de la salud mental desde la perspectiva de la integralidad y con una visión humanística, considerando las diferencias y vulnerabilidad de edad, etnia y género, se visualizan dos ejes transversales: equidad de género, ética y derechos humanos (Salud, 2014).

La Constitución de la República, en su artículo 120, señala que “Los menores de edad, deficientes física o mentalmente, los de conducta irregular, los huérfanos y los abandonados, están sometidos a una legislación especial de rehabilitación, vigilancia y protección según el caso”. Los problemas de salud mental más frecuentemente diagnosticados en la red de atención primaria son: violencia (30%), trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (Salud, 2014).

Otro fenómeno reciente con repercusiones en salud mental es el caso de los migrantes retornados al país. El Centro de Atención al Migrante Retornado reporta que desde el año 2002 hasta agosto de 2003, se ha atendido un total de 17,505 personas (93% hombres y 7% mujeres) de entre 16 y 35 años. Los problemas de salud mental más frecuentes que presentan son: depresión, sentimientos de incapacidad, agresividad, baja autoestima, carencia afectiva y rechazo por parte de la sociedad hondureña (Salud, 2014).

En el ámbito hospitalario, los diagnósticos más frecuentes son debidos al consumo de alcohol, el trastorno afectivo bipolar y el episodio maníaco depresivo con síntomas psicóticos. Los dos hospitales de nivel nacional que prestan cuidados de salud mental son: el Hospital de Santa Rosita, que tiene unidades de psiquiatría de adultos y jóvenes y una unidad de alcohólicos; y el Hospital Mario Mendoza, con unidad de psiquiatría de adultos y adolescentes (Salud, 2014).

Sistema de Salud

El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público a través de la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, con y sin fines de lucro. Se caracteriza por su fragmentación, descoordinación y desarticulación entre instituciones y unidades de servicios, que conlleva a la duplicidad de acciones, esfuerzos y

recursos, entre otros aspectos.

El sistema de Salud de Honduras se constituye por dos subsectores: el primero, el público, integrado por la Secretaría de Salud (SESAL), a la que le corresponde el rol rector, regulador y prestador de servicios de salud a toda la población hondureña La Prensa Claudia Mendoza. Centro de estudios para la democracia (Cespad) Salud en Honduras: sin camas, médicos, enfermeras, equipo, medicinas (Fiallos, 2019).

El sistema de salud, también llamado sistema sanitario, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud

La SESAL posee 20 Regiones de Salud, 18 Departamentales y dos Metropolitanas. Estas Regiones Sanitarias de Salud poseen una red de servicios que cubre las necesidades médicas de la población total del país a través de 1,635 establecimientos.

La red de atención primaria provee atención en el primer nivel, en los 1,078 Centros de Salud Rural (CESAR) y en los Centros de Salud con Médico y Odontólogo en los 436 CESAMO. Además, cuenta con 74 clínicas materno infantil, tres Clínicas de Emergencia Periférica (CLIPER) y 15 Centros Escolares Odontológicos (CEO). Lino Carmenate-Milián (2016 Vol. 12 No. 4: 10) Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/situacin-del-sistema-de-salud-en-honduras-y-el-nuevo-modelo-de-salud-propuesto.pdf>

El segundo nivel cuenta con 31 hospitales públicos, clasificados en cuatro tipos:

15 hospitales Tipo I- Hospital Básico (HB), nivel de complejidad 4. Siete hospitales Tipo II- Hospital General (HG), nivel de complejidad 5. Ocho hospitales Tipo III- Hospital de Especialidades (HESP), nivel de complejidad 6 y un hospital Tipo IV – Instituto (I), nivel de complejidad 7, además de 31 hospitales.

El país cuenta con un total de 6,590 camas disponibles en el sistema hospitalario: 5,059 pertenecen a la SESAL, 916 al IHSS, 40 al Hospital Militar y 575 al sector privado. Estos datos representan un número de 9.5 camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes.

A nivel hospitalario existe una cobertura de 0.4 Hospitales por 100,000 habitantes, lo que ubica a Honduras en el penúltimo lugar en Centro América, solo superado por Guatemala. A nivel de unida-

des de tomografía computarizada, la cobertura es de 2.1 por millón de habitantes.

La cobertura con unidades de radioterapia es de 0.7 unidades por millón de habitantes, lo que mantiene al país en el quinto lugar en el istmo centroamericano, superado únicamente por Belice y Nicaragua. En cuanto a las unidades de mamografía, existen 50.9 unidades de mamografía por millón de mujeres en el rango de 50-69 años. Este dato ubica a Honduras en el penúltimo lugar en Centroamérica, solo superado por El Salvador (Honduras A. d., 2016).

Atención Primaria en Salud (APS).

Una de las políticas que el país adoptó fue la Estrategia de Promoción Intersectorial de la Salud (Municipios Saludables), propuesta desde la Carta de Ottawa para el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de la salud. Dicha estrategia fue entendida como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”; reconociendo también que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de adaptarse al medio ambiente” (Salud, 2014).

En los años 70 cuando se dio inicio a la APS en Honduras, la enfermera tuvo un papel preponderante en los diferentes niveles de atención en la implementación de la APS, con la estrategia de la cobertura y acceso universal. Alrededor del año 2007, la secretaria de Salud modifica la estructura organizativa de descentralización de los servicios por la departamentalización, en la que la enfermera deja de liderar la APS (Salud, 2014).

En el periodo del 2010 -2019, para ser exactos en el año 2011 la carrera de Enfermería de la UNAH, como parte de un convenio del Grupo Centroamericano y con el proyecto Ángeles patrocinado por JICA, se comparten experiencias de APS en los países de Centro América y se hacen visitas de observación y capacitación a El Salvador para empoderarse del modelo de atención de enfermería, de esa experiencia se diseñó una propuesta para que a través del servicio social se hiciera efectiva desde la academia una vinculación universidad sociedad, a través de los municipios saludables, en convenio con las alcaldías y con la ejecución de los equipos interdisciplinarios de egresados de la universidad, en servicio social y en la estrategia de APS; por decisión de la UNAH se inicia la implementación en San José de Colinas Santa Barbara, como una experiencia multidisciplinaria.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH en junio de 2013 presenta una propuesta que lleva a cabo su transformación curricular, orientada a la elaboración de un currículo integral, flexible, centrado en el estudiante y bajo el enfoque de competencia, que favorece un proceso educativo capaz de responder a las necesidades integrales de salud de nuestra población. En el proceso de formación

los estudiantes reforzarán las competencias en el ámbito de la gestión sanitaria; manejo de los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de mayor relevancia; conocimiento de los principios y valores que sustentan la Política Nacional de Salud, tales como la estrategia de APS; el Modelo de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitario; los roles de la Secretaría de Salud, la Autoridad Sanitaria Regional y de los prestadores de servicios de salud, así como también los marcos legales que regulan la Política Nacional de Salud.

En el año 2013, se aprueba el decreto ministerial del equipo de atención primaria en la que se determina que enfermería como miembro en la unidad ejecutoria es la auxiliar de enfermería; esto fue motivado por la experiencia de la vinculación universidad sociedad y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) según se cita en el párrafo anterior (Salud, 2014).

En el año 2020, determinado por la pandemia del COVID-19, se identifica la gran necesidad de fortalecer la APS y, se da la contratación de personal de salud en las diferentes disciplinas para formar las brigadas comunitarias de promoción de la salud dándole énfasis a la detección de nuevos casos. la educación en salud, la vacunación y la referencia a los triajes como nivel de entrada a la detección temprana, tratamiento oportuno en el primer nivel de atención y de ser necesario la referencia a la prevención secundaria en la hospitalización.

Acceso universal a la atención en salud

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso se cimienta en los valores derecho a la salud, equidad, y solidaridad. Para lograr el acceso es importante asegurar, la cobertura poblacional, cobertura de servicios y cobertura de costos.

En Honduras 9 de cada 10 personas no están cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que el 18% de la población (más de 1.5 millones de hondureño) no tiene acceso a los servicios de salud.

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en la proyección de la población hondureña al 2015, estimó que en 2005 la población sería de 7,028,389 habitantes. De esta población, se estima que la red de

servicios de la Secretaría de Salud cubre el 60%, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, o sea 1,194,826 habitantes, no tiene acceso a ningún servicio de salud. (INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras., 2019.)

Garantizar el aseguramiento en salud Se entiende por garantía de aseguramiento en salud, el acceso a un conjunto definido de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o, por otro lado, el acceso a planes de salud definidos específicamente para grupos determinados de población. Por mandato constitucional, la Secretaría de Salud, con recursos provenientes del gobierno central fundamentalmente vía impuestos, debe asegurar la provisión de servicios de salud a toda la población. En la práctica y por exclusión, dicha población comprende a las personas que no están afiliadas a la Seguridad Social, las cuales tienen derecho a todos los servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta los servicios hospitalarios más sofisticados, incluyendo el costo total de los medicamentos y otros insumos requeridos. Por lo tanto, bajo el sistema actual, se puede aseverar que las demandas de salud de Honduras son extraordinariamente elevadas, lo cual se agudiza por el alto índice de incremento poblacional y el lento crecimiento de su PIB per cápita. En la actualidad, aproximadamente el 5% del PIB se destina al gasto en salud, que, al no ser equitativamente distribuido y eficientemente administrado, resulta insuficiente para asegurar servicios de salud a toda la población excluida de la seguridad social (Honduras P. N., 2014).

Perfil de recursos humanos para la salud: cantidad de médicos y enfermeras

La cantidad de médicos, según cifras de Colegio Médico de Honduras existen 18,000 médicos a nivel nacional, de los cuales, en medicina general, son 12, 617; y médicos especialistas 4,613.

En relación con el número de enfermeras profesionales; según cifras del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras (CPEH), existen 4,419 enfermeras activas, el 98.4% son mujeres y el 1.6% hombres, en los registros del CPEH se encontró un total 350 enfermeras registradas que tienen estudios de posgrados. Según datos encontrados en la secretaria de salud (SESAL) la estructura de empleados de salud se describe de la siguiente manera.

El número de auxiliares de enfermería es de 12,699 con una tasa de tasa 13.6,

Profesionales de enfermería 4,100 con una tasa de 4.4, Médicos generales 8,274 con una tasa de 8.9 y Médicos especialistas 2438 con una tasa de 2,6 (Honduras P. N., 2014)

Dado el subregistro de datos en relación al número de personal de salud nos vemos en la necesidad

de citar los datos del 2021 por ser la primera investigación en esta área y consideramos que no es significativa la diferencia en relación con dos años anteriores, por el movimiento de egresados de los profesionales y las implicaciones de la pandemia de COVID 2019.

Proporciones y densidad por 10,000 habitantes enfermeras/os y médicos/as.

En Honduras en el perfil sociosanitario del país desde 2010 al 2019, el total de enfermeras que tiene Honduras, en el sistema de salud de Honduras, se contabiliza como 6,986 profesionales de enfermería; esto corresponde a una densidad de 7.3 enfermeras por cada 10,000 habitantes.

En cuanto al recurso humano se estima una relación de profesionales de la salud por cada 10 mil habitantes de: 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos. Por su parte según el Observatorio Centroamericano de Recursos Humanos en Salud, en el 2013 la densidad de Recursos Humanos en Salud (RHS) fue de 13.6/10000 habitantes, el más bajo de la región centroamericana y del Caribe junto con Guatemala y Nicaragua (Gráfico N°20) (Honduras A. d., 2016).

La densidad de recursos humanos (médicos y enfermeras profesionales) por 10.000 habitantes es de 12 x 10.000 habitantes, con una tasa de médicos de 9 x 10.000 y de enfermeras, de 3 por 10.000 (OPS/MS HON, 2011). Esto se atribuye al poco reconocimiento social de la profesión, que se vincula a los bajos salarios, con pequeñas diferencias con la de las auxiliares de enfermería, confusión de la población y el propio sector salud en los roles de ambas.

El grupo investigador a través de la entrevista a directoras de servicio y enfermeras regionales, cuya información nos lleva a sacar una relación de 1.9 por 10,000 habitantes en la realidad.

De acuerdo con la información revisada, cuatro de 5 campus universitarios del país, del año 2010 al año 2019, se formaron 1794 enfermeras, lo que significa que de alguna manera se mantiene la proporción de enfermeras por 10,000 habitantes y para este caso se mantiene en 1.9 enfermeras por 10,000 habitantes que sería considerado como crecimiento poblacional del año 2010 al 2019.

En el 2015 se contaba con 10,995 médicos colegiados [23]. En términos de personal de salud, se estima que existen 10.1 médicos por 10,000 [10]. En el 2015, la SESAL contaba con 10,995 médicos colegiados. En términos de personal de salud, se estima que hay 10.1 médicos por cada 10,000 habitantes. En relación con los datos por departamentos, Francisco Morazán contaba con 23.8 médicos por cada 10.000 habitantes, mientras los departamentos de Lempira y Santa Bárbara contaban con uno o dos médicos por cada 10.000 habitantes.

Ninguno de los 18 departamentos cumple con el indicador mínimo establecido por la meta regional de recursos humanos, que es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. En contraste con el promedio de la región, persiste una brecha desigual ya que se establecen 20.8 médicos por 10,000 habitantes.

Mientras, con las enfermeras, la cobertura es 2 por cada 10,000 habitantes, y ocho auxiliares de enfermería por cada 10,000 habitantes. Este es un indicador de los más bajos en comparación con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es de 25 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

De hecho, en el sistema de salud existe una carencia crítica de personal técnico, específicamente en las áreas de rayos X, anestesiología y laboratorio, pues la Secretaría de Salud no tiene la capacidad suficiente a nivel nacional de formación de recursos humanos en estas áreas.

Brecha de cobertura

Este dato refleja que no hemos logrado acortar la brecha según las normas de OMS/OPS, de dotación de personal por 10,000 habitantes.

Honduras al 2019, muestra proporción de enfermeras de 1.9 por 10,000 habitantes, lo que significa que nos falta para completar lo que establece la OMS/ OPS 23.1 por 10,000 habitantes. quizá esta brecha pueda acortarse con el logro de los nombramientos de las egresadas del plan de profesionalización de auxiliares que aún no ha sido reasignada como profesionales de enfermería.

En el 2015, la SESAL contaba con 10, 995 médicos colegiados. En términos de personal de salud, se estima que hay 10. 1 médicos por cada 10,000 habitantes. En relación con los datos por departamentos, Francisco Morazán contaba con 23. 8 médicos por cada 10.000 habitantes.

Formación de enfermeras.

El nivel de formación de enfermería va de acuerdo con el certificado, título o grado académico que ostenta. En cada uno de los niveles debe cumplir con la formación de prebásica y básica media, para ser auxiliar de enfermería hace una capacitación de doce meses, en instituciones no gubernamentales, La licenciada en enfermería debe ostentar un título de educación secundaria de bachiller en ciencias y letras o un análogo, obtiene en las universidades, el grado de licenciada en enfermería. Para hacer carrera académica, existen las especialidades, con una duración de año y medio y para optar a las maestrías deberá estudiar dos años. Para optar a doctorados; estos solamente existen en otras áreas, que no son específicas de enfermería.

En la línea del perfil sociosanitario de Honduras el número de enfermeras con formación universitaria según la plataforma de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) encontramos que, la Carrera de Enfermería se oferta en 5 campus universitarios situados en diferentes departamentos del país. Para responder lo planteado se gestionó la información con las autoridades de la carrera de los 5 campus.

Los registros recibidos de los graduados en el periodo 2010 - 2019, se encontró, que hay un total de enfermeras mujeres graduadas de 1184 y de Hombres 51, para un total de 1235. Información proporcionada por la coordinación de la Carrera de Enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas de la Ciudad Universitaria en Tegucigalpa MDC.

En el Campus del Departamento de Olancho (CURNO) el registro de graduados de la Carrera de Enfermería es de hombres 1 y mujeres 40 para un total de 41. En el campus de Departamento de Cortes en el Campus de (UNAH-VS), se tiene registrado un dato general de 296 graduados. El Departamento de El Paraíso en el Campus de (UNAH-TEC-Danlí), se registran sus primeros graduados desde el año 2014 al 2019 un total general de 222. Este registro se da desde el 2014 por ser su primera promoción de egresados.

De acuerdo con la información revisada y descrita en el párrafo anterior, cuatro de 5 campus universitarios del país, del año 2010 al año 2019, se formaron 1794 enfermeras, lo que significa que de alguna manera se mantiene la proporción de 1.9 enfermeras por 10,000 habitantes que sería considerado como crecimiento poblacional del año 2010 al 2019.

A la revisión documental de los archivos de la Coordinación de carrera de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, se encuentra lo siguiente. En Honduras se cuenta con 3 universidades que imparten la carrera de licenciatura de enfermería, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Universidad Católica, Universidad de Defensa con una duración de 5 años en modalidad presencial a tiempo completo egresando con el grado de licenciatura, también encontramos que el Centro de Estudios Universitarios y Tecnológico forma el técnico universitario en Auxiliar de enfermería con una duración de 2.5 años

El enfoque de los planes de estudio de la carrera de licenciatura de enfermería es holístico, integrado, con aplicación clínico y comunitario; el pensum es desarrollado con ambos componentes en cada espacio de aprendizaje con horas teóricas y prácticas en los espacios hospitalarios y comunitarios, tomando en cuenta los niveles de prevención comunitaria y las funciones de la profesional de enfermería en Investigación, Docencia, Administración y Atención Directa.

Ingreso al Trabajo de enfermería

El ingreso a la fuerza de trabajo del sistema de salud se hace a través del año de servicio social para la licenciatura en enfermería. Como parte del cumplimiento del servicio social debe llenar los requisitos de la ley del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras como:

Carta de egresada, registro y autorización de práctica profesional autorizada por el Colegio de profesionales de Honduras (CPEH), plaza autorizada a nivel gubernamental o privada con remuneración de 10 meses.

Una vez terminado el periodo de servicio social completa los requisitos de una profesional de enfermería, obtiene el grado de licenciada y puede optar al registro y colegiación respectiva, para continuar como fuerza de trabajo de salud, unas son ubicadas en posiciones de atención directa y otras en gestión de los servicios, de acuerdo con los espacios permitidos según la regulación del CPEH. Las (os) profesionales de la enfermería en el país para su ingreso al trabajo en instituciones públicas centralizadas, descentralizadas desconcentradas y entidades privadas, debe cumplir con lo establecido en el artículo 5 y 6 del estatuto del CPEH (Paguada Canales, 2002 - 2004).

Artículo 5 Para la contratación o negociación en la prestación de servicios cuya naturaleza sea propia del ejercicio de la profesión de la enfermería, la persona deberá estar afiliada al CPEH y encontrarse en el pleno goce de sus derechos nacionales, profesionales y civiles (Paguada Canales, 2002 - 2004). Para afiliarse al CPEH se requiere: Haber obtenido el título de Bachiller Universitaria o la licenciatura de enfermería en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en su defecto título de Enfermera Profesional de una Escuela reconocida por el estado y autorizada por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, título de profesional de enfermería de otra Universidad nacional o extranjera, debidamente incorporado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), (Universidades extranjeras o privadas).

Artículo 6 del estatuto del colegio de profesionales de la enfermería en Honduras. Las y los profesionales de enfermería, para ejercer la profesión en instituciones gubernamentales, deben inscribirse previamente en el colegio, cumpliendo con lo dispuesto en esta ley y sus reglamentos. Ejerciendo como enfermera general, coordinadora de trabajos de campo (Paguada Canales, 2002 - 2004).

Jornada laboral y salario medio

La jornada laboral para enfermería en los servicios de atención es de 8 horas y en los servicios de docencia 6 horas; sin embargo, las instituciones pueden llegar algunos arreglos de acuerdo con las necesidades de ambas partes

Salario medio

Para la enfermera para fines de este estudio tomamos en cuenta que del año 2011 al 2019 paso de un salario de L.19,999.00. (1,051.47 \$) hasta el salario del 2019 de L 22,184.01 (900.69 \$), este periodo coincide con la recesión económica del país lo que obligó al gobierno al congelamiento de salarios. (GACETA, 2015)

Organización profesional

La enfermera en Honduras tiene la libertad de asociarse en sindicatos, asociaciones que pueden ser por especialidad o de tipo gremial y por decisión propia; según la ley la de colegiación profesional es obligatoria registrarse en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, sin embargo, existen algunos profesionales que no cumplen con la ley, pero si ejercen y no se ha tomado el control en la aplicación de la ley según estatuto y reglamentos.

7. Migración de enfermeras y enfermeros de América Latina Antecedentes de estudios, adhesión al código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud de la OMS.

Entre los antecedentes de estudio se encontró que algunas organizaciones nacionales realizan estudios migratorios como el foro nacional para las migraciones en Honduras (FONAMA) el centro de atención del migrante retornado (CAMR) y la participación de la profesión de enfermería en los dos estudios publicados en la serie 55 y serie 60 de la OPS/OMS.

No se encontró documentación para confirmar que el país haya realizado la adhesión al código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud de la OMS, el procedimiento que se sigue es lo establecido a nivel nacional por la secretaria de Gobernación y Justicia, secretaria de Trabajo y Seguridad Social (Convenio OIT), secretaria de Salud (SESAL), Consejo de Educación Superior (UNAH) y el Colegio Profesional Universitario al que pertenece.

Migración

La migración interna e internacional, sobre todo esta última, ha tenido fuerte presencia en el imaginario social del “sueño americano” todavía tiene bastante penetración, reforzada por historias de éxito de algunos migrantes que se transmiten entre la población y por el hecho de que las remesas familiares se han convertido en una importante fuente de ingresos para muchos. En años recientes, tanto el gobierno como las agencias de cooperación internacional y algunas organizaciones de sociedad civil, como el Foro Nacional para las Migraciones en Honduras (FONAMIH), el Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR) y la Red de Comités de Migrantes y Familiares de Migrantes de

Honduras (COMIFAH), han estado haciendo énfasis sobre aspectos como los riesgos de la migración irregular y la reinserción de los migrantes retornados. En el 2014 el Gobierno de los Estados Unidos de América alertó sobre un flujo masivo de niñas, niños y adolescentes no acompañados, de los cuales muchos procedían de Honduras. Esto llevó a que el Gobierno emitiera un Decreto de Emergencia y creara una Fuerza de Tarea para abordar el problema e incluso se preparó un Plan Estratégico para enfrentar la situación. Al final, el retorno masivo no se produjo y el flujo hacia los Estados Unidos se ha reducido, por lo que la situación de emergencia no se dio. Sin embargo, el problema persiste y su sola existencia es una de las razones que han influido sobre la propuesta de la Alianza para la Prosperidad, elaborada por los gobiernos de Honduras Guatemala y El Salvador. (Honduras A. d., 2016) Marco Legal en Migración.

El 15 de febrero del 2014, se aprobó el Decreto No 106- 2013, “Ley de Protección de los Hondureños Migrantes y sus Familiares”, a través del que se establecen normativas para posibilitar el ejercicio de los derechos y deberes de los hondureños en el exterior y se define un marco legal e institucional para que el Estado de Honduras ejerza su acción en materia de protección de los hondureños en el exterior y de los migrantes retornados, incluyendo la creación del Consejo Nacional para la Protección al Hondureño Migrante. Es mismo año, el Gobierno creó el Instituto Nacional de Migración. (Honduras A. d., 2016)

En Honduras no se cuenta con registros sobre migración de personal de salud sin embargo en las comunidades y pequeños municipios hay información de boca en boca (familiares, amigos, vecinos, patronato de cada comunidad, entre otros) sobre la migración de enfermeras universitarias, auxiliar de enfermería, médicos, otros.

Legislación y Normas de Migración de personal de salud, revalidación o convalidación de títulos extranjeros, requisitos de ingreso al país y residencia, normas y acuerdos de circulación subregional

En la legislación y normas de personal de salud existe un procedimiento para revalidación o convalidación de títulos extranjeros requisitos de ingreso al país y residencia, así como los acuerdos de reconocimiento u homologación para los egresados de las Universidades de América Central para la movilización subregional aprobado por la Confederación Universitaria Centroamericana (CSUCA). En la revisión de información encontrada, no fue posible tener datos que ratifiquen la aplicación del código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud de la OMS.

Requisitos para trámite de incorporación de título de pregrado y postgrados graduados en el extranjero. El interesado en realizar el trámite de Incorporación deberá presentar la siguiente docu-

mentación: El peticionario deberá presentar solicitud ante la Dirección de Educación Superior, fotocopia tamaño carta. Título o Diploma original con sus respectivas auténticas o apostillado y su traducción, si no estuvieren en español. Certificación de Estudios original debidamente autenticada o apostillada que incluya las unidades valorativas o créditos y su traducción si no estuviere en español, Programa sintético de cada una de las asignaturas del Plan de Estudios, debidamente legalizado y autenticado. A falta de éste, el correspondiente Catálogo oficial del centro donde realizó sus estudios. En caso de que no viniese en español deberá acompañarse de su respectiva traducción. Plan y copia encuadrados individualmente.

Procedimiento para autenticar título, certificación de estudios y plan de estudios, Si el país donde realizó los estudios no pertenece al Convenio de la Haya deberá hacer lo siguiente:

Primer paso: Auténtica de las firmas que aparecen en el Título, la Certificación de Estudios y plan de estudios. Esto debe hacerse en la institución encargada de autenticar las firmas de los documentos en el país donde realizó los estudios.

Segundo paso: Auténtica del agente consular o funcionario de la Embajada de Honduras en el país de procedencia del título. Tercer paso: Auténtica de la Secretaría de Relaciones Exteriores en Honduras. Si el país donde realizó sus estudios pertenece al Convenio de la Haya deberá solicitar la apostilla (este trámite sustituye las auténticas, investigar en el país donde fue otorgado el título que autoridad es la encargada de la apostilla). Documento oficial que muestre el movimiento migratorio del interesado, en el que se pueda verificar que el mismo ha realizado los viajes y estadías correspondientes al periodo que comprende los estudios realizados, en el país donde funciona la Institución Educativa que emite el título o diploma, salvo aquellos que hubiesen obtenido título o diploma otorgado por instituciones extranjeras al amparo de convenio con los centros de Educación Superior legalmente autorizados en Honduras o que por sí mismos, hubieran obtenido autorización del Consejo de Educación Superior. (Reforma según acuerdo No.1690-196-2006 de fecha 20 de septiembre de 2006) Original y copia. Partida de nacimiento original para hondureños por nacimiento o naturalización y tarjeta de residencia vigente original para los extranjeros, en ambos casos deberán adjuntar fotocopia. Se exceptúan de presentar la tarjeta de residencia vigente original, los extranjeros que manifiesten en su solicitud que el reconocimiento o incorporación de títulos o diplomas es con el objeto de cumplir requisitos para obtener permiso especial de permanencia en la categoría de profesional o para ejercer una profesión universitaria por un solo periodo superior a los tres (3) meses. En este caso deberán presentar pasaporte o documento de viaje y adjuntar fotocopia para su cotejo. (Reforma según acuerdo No.1314-178-2005 de fecha 3 de marzo de 2005). Una fotografía reciente del solicitante tamaño carné o pasaporte. Constancia original de haber realizado Servicio

Social en aquellas carreras que lo tuviesen como requisito. Para incorporar título de Especialidad o Maestría presentar fotocopia por ambos lados del título de licenciatura debidamente legalizado y reconocido o incorporado.

Para incorporar título de Doctorado presentar fotocopia por ambos lados de los títulos de licenciatura y maestría debidamente legalizados y reconocidos o incorporados. Carta poder autenticada por Abogado, si la solicitud de incorporación de título no la presenta el interesado. Recibo de pago por derechos de Incorporación que se puede cancelar en todas las agencias del Banco la FISE a nivel nacional.

Inmigración de enfermeras/os: número de enfermeras y otros profesionales de salud formados en el extranjero, año de ingreso, país de procedencia, título, trabajo

Se remitieron de Educación Superior a la coordinación de carrera de enfermería de la UNAH, un total de 19 solicitudes. En donde se registra las universidades que son de elección para estudiar enfermería en el extranjero; Universidad Martín Lutero, República de Nicaragua con 7 graduados, Universidad Adventista de Centroamérica, Alajuela Costa Rica con 3 graduados, Universidad Doctor Andrés Bello de la Republica de El Salvador. Con 2 graduados. Con un graduado encontramos: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas GRAMMA, Cuba. Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara, Cuba. Universidad La Loma Linda University, Estados Unidos de Norte América. Escuela Militar de Enfermería de México. universidad de Ciencias de la salud y energía renovable de la República de Nicaragua. Universidad Bluefields Indian and Caribbean University, de la Republica de Nicaragua. Los Campus de; UNAH-TEC reporta Solo 1 graduada en Nicaragua.

Todos fueron incorporados como licenciadas(os) en enfermería y la mayor parte se desempeñan en instituciones privadas y en la prestación de servicios a individuos familia o comunidad.

Emigración de enfermeras(os)

Entre los países de origen se encontró 6 personas que residen en España, 11 para EE. UU., 1 para Colombia, 1 para México y 2 que no informan el país. Según la información encontrada se presentaron a la UNAH 21 peticionarias del pensum personalizado con fines de homologación de título de licenciada (o) en enfermería con residencia en otro país en los años 2010 – 2019 de las cuales se reportaron que están registradas 15 en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, se ignora las razones por las cuales 6 colegas no aparecen registradas en la organización profesional. Entre los países que residen se encontró: 6 en España, 11 en Estados Unidos 1 en Colombia, 1 en México y 2 que no informan el país. Todas han hecho trámite para homologar título de enfermería.

En la migración interna, la corriente migratoria de la población que prevalece en la actualidad es la urbana-urbana, y tiene como principal destino los polos urbanos más importantes. El flujo de migración rural-rural se ha desplazado hacia los departamentos menos poblados del oriente del país (Colón, Olancho y Gracias a Dios); la causa principal de estas migraciones es la búsqueda de tierras para cultivar.

En Honduras tenemos un subregistro de los datos sobre migración de personal de salud sin embargo en las comunidades y pequeños municipios hay información de boca en boca (familiares, amigos, vecinos, patronato de cada comunidad, entre otros) sobre la migración de enfermeras universitarias, auxiliar de enfermería, médicos, otros. El grado académico para homologar en el exterior, es el de licenciada en enfermería, de acuerdo con la información documental del expediente revisado ante la petición de acreditación del grado se encontró en la FCM-UNAH, que desde 1983 se registra los peticionarios de los cuales solo 3 consignaron el número de registro de colegiación lo que no permite concluir si el total estaban colegiadas o no. En los años que se recibieron más solicitudes de acreditación fue 6 peticiones en el 2017, 13 en el 2018 y 2 en el resto del periodo, registrando un total de 21. La peticionaria argumenta en su solicitud de acreditación que lo hacía con la finalidad de trabajo un total de 19 y 2 con finalidad de estudio.

Para fines de este estudio fue de interés conocer el número de licenciadas de enfermería formadas en otro país y el grado académico a homologar en la UNAH. Encontrando que en Honduras para homologar un título de educación superior se realiza la petición mediante la plataforma.

En la revisión documental de los archivos de la Coordinación de carrera de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se encuentra lo siguiente.

De acuerdo con las solicitudes del pensum personalizado con fines de homologación de título en otro país, durante el periodo del 2013 al 2020 se documenta que el total de profesionales que aparecen registradas ascienden a 21. Entre los países de origen se encontró 6 personas que residen en España, 11 para EE. UU., 1 para Colombia, 1 para México y 2 que no informan el país.

Entre los antecedentes de estudio se encontró que algunas organizaciones nacionales realizan estudios migratorios como el foro nacional para las migraciones en Honduras (FONAMA) el centro de atención del migrante retornado (CAMR) y la participación de la profesión de enfermería en los dos estudios publicados en la serie 55 y serie 60 de la OPS/OMS.

No se encontró documentación para confirmar que el país haya realizado la adhesión al código de

prácticas para la contratación internacional de personal de salud de la OMS, el procedimiento que se sigue es lo establecido a nivel nacional por la secretaria de Gobernación y Justicia, secretaria de Trabajo y Seguridad Social (Convenio OIT), secretaria de Salud (SESAL), Consejo de Educación Superior (UNAH) y el Colegio Profesional Universitario al que pertenece.

Conclusiones

Considerando los objetivos planteados en este estudio y comparándolo con los documentos revisados destacamos lo siguiente.

La magnitud y las características de la emigración de enfermeras/os formados en América Latina según los datos citados, encontramos en emigración entre el 2010 – 2019 la cantidad de 21 enfermeras registradas en la UNAH sabemos que hay un subregistro porque no todas las que emigran siguen el trámite correspondiente ni en la Universidad ni en el colegio profesional; muchas de las profesionales de enfermería trabajan en otros campos diferentes a la profesión y no logran registrarse.

Antes del año 2007 había más solicitudes para hacer trámites para emigrar, posterior a esa fecha que coincide con el aumento significativo de la base salarial de L8,000.00 a L16,000.00 hubo un decrecimiento en el número de solicitudes.

En el caso de la inmigración el movimiento registrado es de 19 homologaciones de diferentes Universidades del extranjero, que usualmente llegan por razones de matrimonio; a la vez encontramos también un subregistro de dichos datos.

El número de licenciadas registradas en el colegio de profesionales de enfermería asciende a 4,419 enfermeras activas.

En los datos revisados encontramos una brecha muy alta entre el número requerido de enfermeras que es de 25 por 10,000 habitantes y apenas en el país logramos cubrir por enfermería 3 por 10,000 habitantes y de esto el 1.9 por profesional de enfermería.

Este dato evidencia la sobrecarga profesional en los servicios y las limitaciones para el acceso y la cobertura de la población por enfermería a nivel de profesionales y auxiliares de enfermería además destaca la gran necesidad de aumentar el número de egresadas de las Universidades, la apertura de puestos y así dotar a los servicios de la cantidad de personal para ofrecer calidad de servicio acceso y cobertura; no existe un registro de abandono de la profesión por estas razones pero habría que considerarlo en próximas investigaciones.

Recomendaciones

Socializar los resultados de este estudio con las diferentes instituciones involucradas para establecer sistema de información actualizados que puedan sustentar la toma de decisiones en docencia, servicio y gremio.

Los comités de investigación de cada país deben mantener una actividad continua para apoyar a las diferentes instituciones en la actualización de datos en, la autocapacitación para la producción científica a través de las redes de enfermería de migración.

La organización gremial debe incentivar el mejoramiento de las condiciones de trabajo y dotación de personal a través de gestión ante el sector político y autoridades de cada sector (Hospitales, Centros de Salud, centros de formación, empresas y otros).

Bibliografía

Aronne, E. (12 de julio de 2018). Consejo Nacional de Inversiones Honduras. Obtenido de Consejo Nacional de Inversiones Honduras: <https://www.cni.hn/informe-del-comportamiento-de-la-economia-por-rama-de-actividad-y-su-impacto-en-el-crecimiento-economico-a-diciembre-de-2018-y-perspectivas-2019/>

Aronne, E. (2018). Consejo Nacional de Inversiones, informe del comportamiento de la economía por rama de actividad y su impacto en el crecimiento económico. Tegucigalpa, Honduras.

BCH. (28 de mayo de 2018). Banco Mundial. Obtenido de Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/country/honduras/overview#3>

Calix, A. S. (2005). Una mirada a la ciencia política en Honduras: la necesidad de sentar bases para su institucionalización. *Revista de ciencia politica*, 182-191.

Diplomatica, I. (18 de febrero de 2022). honduras_ficha_pais.pdf. Obtenido de http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/honduras_ficha%20pais.pdf

FAO. (2012). Estudio de Organización de las naciones Unidas para la Alimentación (FAO) caracterización del Corredor Seco Centroamericano (CA4). Tegucigalpa, Honduras.

Fiallos, S. (24 de mayo de 2019). Periodismo en profundidad. Obtenido de Periodismo en profundidad: <https://cespad.org.hn/2019/05/24/salud-en-honduras-sin-camas-medicos-enfermeras-equipo-medicinas/>

GACETA. (2015). Acuerdo ejecutivo 168 - 2015. Tegucigalpa, Honduras: Empresa Nacional de Artes graficas.

Gaceta, L. (14 de Enero de 2022). Obtenido de <http://cgthonduras.org/wp-content/uploads/2019/02/Acuerdo-ejecutivo-STSS-006-2019-Salario-M%C3%ADnimo-Gaceta-1.pdf>

Honduras, A. d. (2016). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Tegucigalpa, Honduras. Honduras, P. N. (5 de diciembre de 2014).

http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Políticas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2014.pdf. Obtenido de http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Políticas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2014.pdf: http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Políticas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2014.pdf

Honduras, A. d. (2016.). Fondo de pPoblacion de las Naciones Unidas. Tegucigalpa, Honduras. HondurasSalud, A. d. (2016). FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Tegucigalpa, Honduras, julio 2016.

INE. (14 de Enero de 2019). Múltiples, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos. Obtenido de https://www.ine.gob.hn/publicaciones/Hogares/EPHM_2018/02_EPHPM_Resumen_Ejecutivo_2018: https://www.ine.gob.hn/publicaciones/Hogares/EPHM_2018/02_EPHPM_Resumen_Ejecutivo_2018.pdf

INE. (2019.). Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

La Gaceta, d. o. (2011). Diario oficial La Gaceta, acuerdo ejecutivo 1567 -2010, 22 de febrero del 2011 . Tegucigalpa, Honduras: Diario oficial numero 32,449.

Paguada Canales, E. (2002 - 2004). Compendio de Leyes y Reglamentos del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Salud, D. G. (2021). Censo de los trabajadores de la salud y esenciales relacionados, Secretaría de Salud. Dirección General de Redes Integradas de. Tegucigalpa , Honduras: SESAL.

Salud, S. d. (2014). <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/PLANNACIONALDESALUD2010-2014.pdf> plan de nación. Obtenido de <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/PLANNACIONALDESALUD2010-2014.pdf> plan de nación 2014: <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/PLANNACIONALDESALUD2010-2014.pdf> plan de nación 2014

Secretaría de Salud. (10 de junio de 2021). Obtenido de <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1659-honduras-rinde-homenaje-a-enfermeras-y-enfermeros-del-pais>

SESAL. (5 de diciembre de 2021). Obtenido de <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1659-honduras-rinde-homenaje-a-enfermeras-y-enfermeros-del-pais>

UNESCO. (2006). Informe de seguimiento de la EPT en el mundo, programa de las naciones unidas para el desarrollo. Honduras.

UNFPA, & UNAH. (14 de Enero de 2016). Analisis de situacion de poblacion Honduras.

Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Analisis_de_Situacion_de_Poblacion_Honduras.compressed.pdf)

Wageindicator. (2014 - 2019). Wage Indicator,org. Obtenido de Wage Indicator,org: <https://wageindicator.org/salary/minimum->

México

Rosa Amarilis Zárate Grajales
Dolly Marlene Blanco Borjas
Mateo Antonio de Jesús Jaramillo García
Gustavo Nigenda López
Rey Arturo Salcedo Álvarez

Introducción

En los últimos años el estudio de las migraciones del personal de salud ha tomado gran importancia entre la academia, esto debido, a que el fenómeno presenta un impacto directo en los indicadores de salud de los estados nación, siendo principalmente los países en vías de desarrollo los que más se han visto afectados por la emigración, tanto de sus médicos, como de sus enfermeras (entre otros). Varias son las motivaciones que hacen que estos profesionales decidan dejar sus países de origen, una de ellas, son las redes con la que se cuenta en el país receptor, dígase familia, amigos, instituciones de apoyo. Otra motivación, es el lenguaje y los lazos culturales que se tiene con el país deseado, la afinidad que se tenga a ese país, y los trámites legales-burocráticos a los que se enfrenta para poder llegar a él. Pero, sobre todo, una de las causas por las que estos profesionales se ven motivados a buscar nuevos horizontes en el extranjero, son principalmente el reconocimiento profesional y económico que no les satisface en sus países de origen, así como la falta de oportunidades laborales que cumplan las expectativas de cuando se estaba en formación.

En el caso de México, es bien sabido que el país cuenta con una tradición histórica de migración, en especial, hacia los estados del norte, siendo Estados Unidos el principal objetivo de quienes parten. A pesar del largo tiempo que este fenómeno lleva ocurriendo y que sin duda abarca la movilidad de un vasto personal de salud, las investigaciones que puedan presentar estadísticas de este grupo específico son mínimas, por lo que se dificulta tener un panorama real y el impacto que la migración del personal de salud mexicano tiene, tanto para su sociedad como para la de los países receptores. Es por eso, que el objetivo de esta investigación se centra en esta primera fase, en dar a conocer la estadística del personal médico y de enfermería en México, describiendo el perfil del país, el sistema de salud, dando a conocer el índice de cobertura de atención a la salud, el perfil y la formación de los recursos humanos en enfermería. La investigación también da a conocer artículos relacionados con el ingreso de personas extranjeras al país, así como los requisitos para tener una residencia legal y los procesos de revalidación de estudios realizados en el extranjero.

Material y método

Presenta los siguientes contenidos con base en el proyecto internacional y especificaciones de país:

- Tipo de estudio: es un estudio de tipo descriptivo.

- Fuentes de información: la información se obtuvo de varias fuentes secundarias; entre ellas: la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), la Dirección general de Profesiones dependiente de la Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO) y Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud (SSA), principalmente; y entrevistas.
- Técnicas de recolección de información: la recolección de datos se realizó por medio de análisis documental y entrevistas.
- Procesamiento y análisis: el procesamiento y análisis de datos se centró en tablas principalmente por la condición descriptiva del estudio.
- Variables generales: para el perfil poblacional y social las variables son: (Año, población total, composición por género, tasa de alfabetización de adultos, salario mínimo, acceso a la vivienda. Para el perfil sanitario: diez primeras causas de muerte, diez primeras causas de morbilidad, y problemas de salud mental: cantidad de médicos y enfermeras, formación de enfermeras en escuelas universitarias, índice de empleo.

Resultados.

1. Perfil poblacional y social

a. Población total, composición por género en México

Año	Población total ¹	Composición por género ²	
		Hombres	Mujeres
2010	113,748,671	55,671,595	58,07,7076
2011	115,367,452	56,472,858	58,894,594
2012	116,935,670	57,246,931	59,688,739
2013	118,453,929	57,992,814	60,461,115
2014	119,936,411	58,721,525	61,214,886
2015	121,347,800	59,416,305	61,931,495
2016	122,715,165	60,090,244	62,624,921
2017	124,041,731	60,740,740	63,300,991
2018	125,327,797	61,368,864	63,958,933
2019	126,577,691	61,977,632	64,600,059

b. Estadísticas migratorias: países de origen

Para 2020, residían en México 797,266 ciudadanos estadounidenses, 56,810 guatemaltecos, 52,948 venezolanos, 36,234 colombianos y 35,361 hondureños.

c. Perfil geográfico:

México abarca una extensión territorial de 1,964,375 km², de los cuales 1,959,248 km² son superficie continental y 5,127 km² son superficie insular. A este territorio debe añadirse la Zona Económica Exclusiva de mar territorial, que abarca 3,149,920 km², por lo que la superficie total del país es de 5,114,295 km². Las coordenadas extremas que enmarcan el territorio mexicano son:

- Norte: 32° 43' 06'' latitud norte, en el Monumento 206, en la frontera con los Estados Unidos de América (3 152.90 kilómetros).
- Sur: 14° 32' 27'' latitud norte, en la desembocadura del río Suchiate, frontera con Guatemala (1 149.8 kilómetros).
- Este: 86° 42' 36'' longitud oeste, en el extremo suroeste de la Isla Mujeres.
- Oeste: 118° 27' 24'' longitud oeste, en la Punta Roca Elefante de la Isla de Guadalupe, en el Océano Pacífico.

d. Clima

Debido a su gran tamaño y diversidad topográfica, México tiene una amplia variedad de condiciones climáticas. El Trópico de Cáncer divide México en dos grandes zonas climáticas: las zonas templadas y las zonas tropicales.

De este modo, toda la extensión de territorio situada al norte del paralelo veinticuatro experimenta temperaturas más bajas durante los meses de invierno.

En esas áreas, las masas de aire marítimas tropicales del Golfo de México, el Caribe y el Pacífico son atraídas por las presiones relativamente bajas que se producen sobre la tierra.

El norte de México está dominado por los desiertos de Sonora y Chihuahua, y las condiciones áridas y semiáridas predominan en gran parte de la meseta mexicana.

En cambio, al sur de ese paralelo, las temperaturas son bastante constantes durante todo el año. Varían únicamente en función de la elevación.

e. División política

México abarca una extensión territorial de 1,964,375 km², de los cuales 1,959,248 km² son superficie continental y 5,127 km² son superficie insular. A este territorio debe añadirse la Zona Económica Exclusiva de mar territorial, que abarca 3,149,920 km², por lo que la superficie total del país es de 5,114,295 km². Las coordenadas extremas que enmarcan el territorio mexicano son:

Norte: 32° 43' 06'' latitud norte, en el Monumento 206, en la frontera con los Estados Unidos de América (3,152.90 kilómetros). Sur: 14° 32' 27'' latitud norte, en la desembocadura del río Suchiate, frontera con Guatemala (1,149.8 kilómetros).

Este: 86° 42' 36'' longitud oeste, en el extremo suroeste de la Isla Mujeres.

Oeste: 118° 27' 24'' longitud oeste, en la Punta Roca Elefante de la Isla de Guadalupe, en el Océano Pacífico.

La capital de México es la Ciudad de México, donde tienen sede los Poderes de la Unión (Ejecutivo, Legislativo y Judicial). La división política de México se compone de 32 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, y Zacatecas.

Fronteras: La República Mexicana tiene fronteras con: Estados Unidos de América, Guatemala y Belice a lo largo de un total de 4,301 kilómetros distribuidos de la siguiente forma:

Con Estados Unidos de América, se extiende una línea fronteriza a lo largo de 3,152 km desde el Monumento 258 al noroeste de Tijuana hasta la desembocadura del Río Bravo en el Golfo de México. Son estados limítrofes al norte del país: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.

Con Guatemala la frontera tiene una extensión de 956 km, siendo estados limítrofes: Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo. Con Belice la frontera terrestre es de 193 km y el límite marítimo es de 85,266 km, la Bahía de Chetumal. El estado fronterizo con Belice es Quintana Roo.

f. Perfil social:

Las gráficas siguientes presentan un conjunto de indicadores provenientes de los censos de población de México 2015 y 2021. En ellos se pueden destacar un aumento de población de alrededor de 6 millones de personas, una disminución de la proporción de mujeres (51.4 en 2015 a 51.2 en 2021), un incremento en la proporción de población con estudios universitarios (18.6% en 2015 y 21.6 en 2021), un aumento de la Población Económicamente Activa (49.4% en 2015 y 62% en 2021), y una disminución de la afiliación a instituciones de salud (82.2% en 2015 y 73.5% en 2021) como los principales indicadores a destacar.

Panorama sociodemográfico de México para 2021

Estado de México

Composición por edad y sexo

Población total*

16 187 608 Representa el 13.5% de la población nacional.

Relación hombres-mujeres

93.8 Existen 93 hombres por cada 100 mujeres.

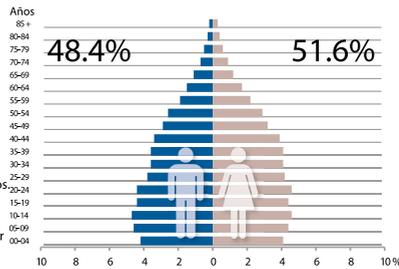
Edad mediana

28 La mitad de la población tiene 28 años o menos.

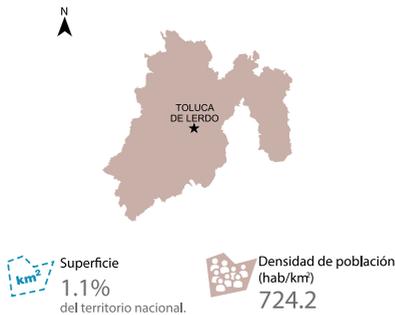
Razón de dependencia por edad

48.5 Existen 48 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

*En viviendas particulares habitadas.



Distribución territorial



Nacionalidad y acta de nacimiento

Inscripción en el registro civil



0.1% de la población total no tiene nacionalidad mexicana.

Fecundidad y mortalidad

Promedio de hijos nacidos vivos* **1.6**

Porcentaje de hijos fallecidos* **2.8%**

*Mujeres de 15 a 49 años.

Vivienda

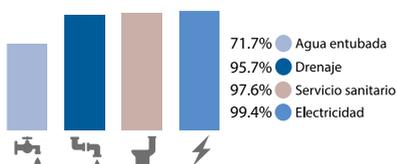
Total de viviendas particulares habitadas

4 168 206 Representa el 13.0% del total nacional.

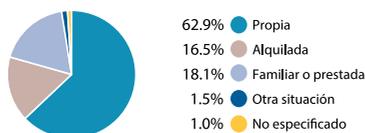
Promedio de ocupantes por vivienda **3.9**

Promedio de ocupantes por cuarto **1.0**

Disponibilidad de servicios en la vivienda



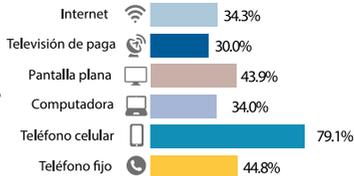
Tenencia de la vivienda



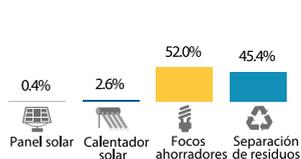
Viviendas con materiales de construcción precarios

0.3% En paredes
2.1% En techos
1.8% Piso de tierra

Disponibilidad de TIC



Ahorro de energía y separación de residuos



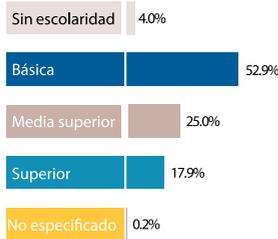
Panorama sociodemográfico de Estado de México 2015



Características educativas



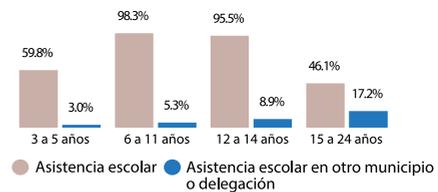
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad

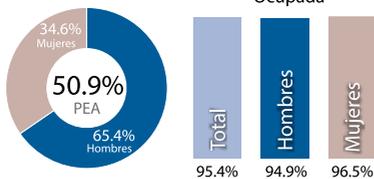


Características económicas

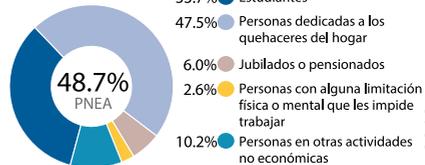


Población de 12 años y más

Económicamente activa (PEA)



No económicamente activa (PNEA)

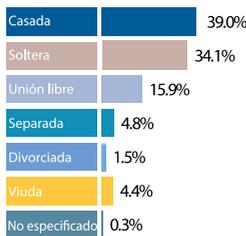


Porcentaje de la población de 12 años y más con condición de actividad no especificada 0.4.

Situación conyugal



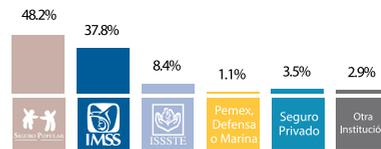
Población de 12 años y más según situación conyugal



Afiliación a servicios de salud



Población afiliada* 78.7%



*Incluye afiliaciones múltiples.

Etnicidad



Población que se considera indígena

17.00%

Población que se considera afrodescendiente

1.88%

Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena

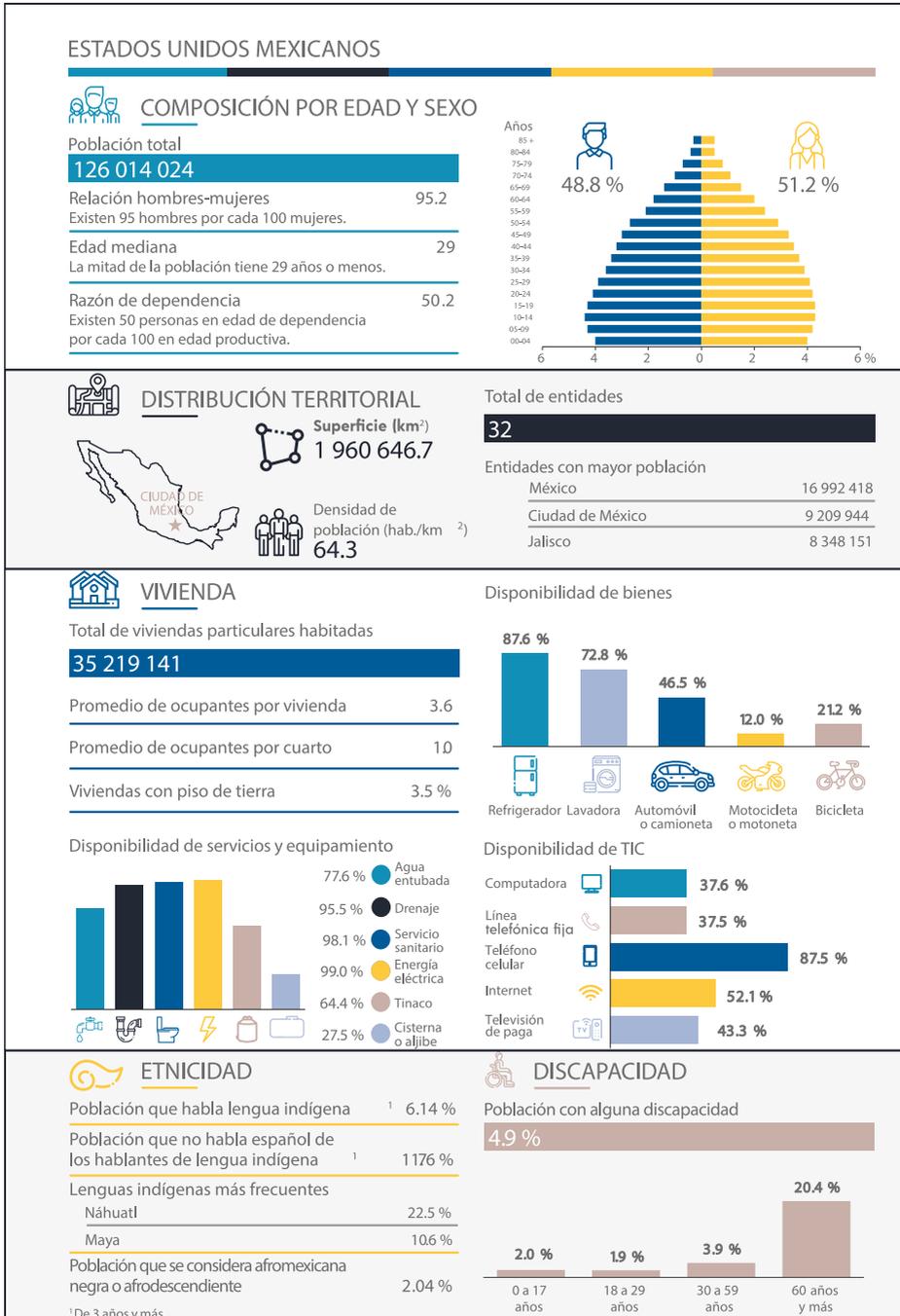
2.74%

0.50% de los hablantes de lengua indígena no hablan español.

Nota: Los indicadores presentados son estimadores obtenidos a partir de la Encuesta Intercensal 2015, sus estadísticas de precisión y confianza pueden consultarse en www.inegi.org.mx

INEGI. Panorama sociodemográfico de Estado de México 2015. 2016.

Panorama sociodemográfico de México para 2021

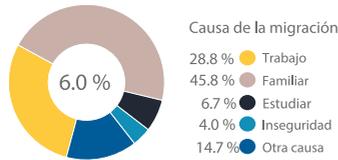


PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO DE MÉXICO 2020



MIGRACIÓN

Población con lugar de residencia en marzo de 2015 distinto al actual ²

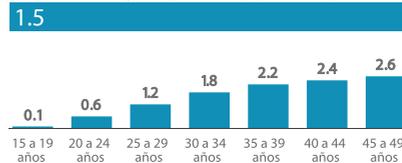


² De 5 años y más.



FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Promedio de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) ³



Porcentaje de hijas(os) fallecidas(os) ³

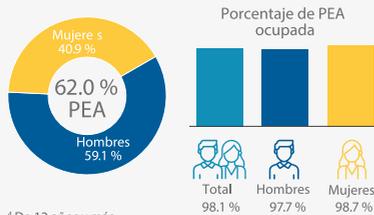


³ Mujeres de 15 a 49 años.



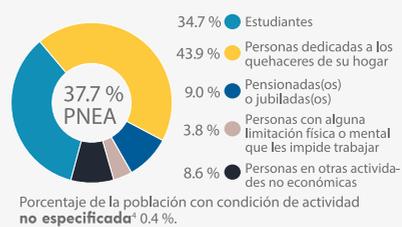
CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

Población económicamente activa (PEA) ⁴



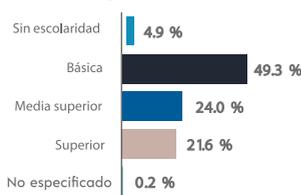
⁴ De 12 años y más.

Población no económicamente activa (PNEA) ⁴



CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad ⁵



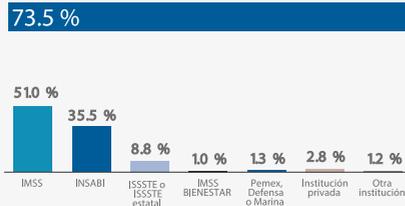
⁵ De 15 años y más.

Tasa de alfabetización



AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Población afiliada⁶

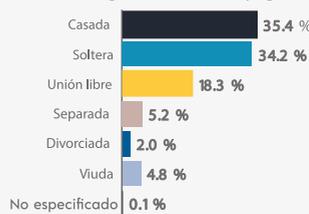


⁶ Incluye afiliaciones múltiples.



SITUACIÓN CONYUGAL

Población según situación conyugal ⁷



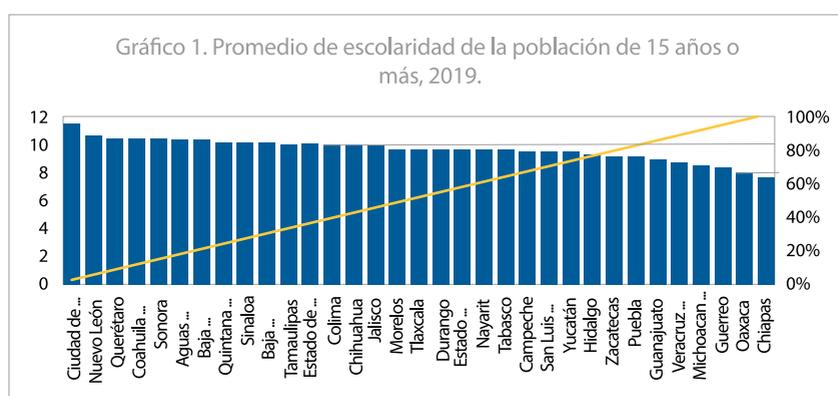
⁷ De 12 años y más.

INEGI. Panorama Sociodemográfico de México. Censo de Población y Vivienda 2020. 2021

g. Escolaridad:

En México, los habitantes de 15 años y más tienen 9.7 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida. Al 2010, el grado promedio de escolaridad a nivel nacional era de 8.6, lo que equivalía a un poco más del segundo año de secundaria, para 2020 este indicador se ubica en 9.7.

En la siguiente gráfica se puede observar el grado promedio de escolaridad de cada una de las entidades del país, Ciudad de México tiene el mayor nivel de escolaridad con casi 12 años y en el caso contrario está Chiapas con casi 8 (Gráfico 1).



INEGI: Censo población y vivienda 2020

Índice de alfabetización ⁴⁴										
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Sin datos
93,07%	93,52%	94,23%	93,96%	94,56%	94,47%	94,86%	94,97%	95,38%		
Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	Tasa de alfabetización de jóvenes	
98,43%	98,46%	98,88%	98,56%	99,00%	98,94%	99,12%	99,12%	99,32%		

h. Actividad económica principal:

Actividad económica PBI ^{vi} (en billones de dólares)	
Año	PIB
2010	1,058
2011	1,18
2012	1,201
2013	1,274
2014	1,315
2015	1,172
2016	1,078
2017	1,159
2018	1,222
2019	1.269

i. Índice de pobreza:

Índice de pobreza ^{vii}				
2010	2012	2014	2016	2018
46.1%	45.5%	46.2 %	43.6%	41.9%

j. Salario mínimo:

Salario mínimo (variación anual) ^{vi}									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
4.85	4.11	4.20	3.90	3.91	4.18	4.19	9.58	10.39	16.21

k. Acceso a vivienda:

Los datos revelados para acceso a vivienda, energía, agua potable y eliminación de residuos se muestran en la siguiente tabla:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Acceso a vivienda^{vi} (viviendas particulares habitadas)	28,607,568					31,949,709				35,219,141 (2020)
Acceso a energía^{vii} (% de población)	99,237	99,064	99,112	99,232	99,173	99	99,5	100	99,5	100
Acceso a agua potable (cobertura)^{viii}	88.17%									77.5% (2020)
Acceso a cloacas^{ix}	89.61					92.82				95.2 (En 2020)
Eliminación de residuos*						53.1 millones de toneladas				

2. Perfil sanitario de 2019: diez primeras causas de muerte, 10 primeras causas de morbilidad, problemas de salud mental, sistema de salud, APS, acceso universal a la atención de salud.

Dentro de las primeras causas de muerte en el periodo de 2010 a 2019, han destacado las siguientes:

Diez primeras causas de muerte por cada 100 000 habitantes ^{1 3}									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1)Enf. del corazón	1)Enf. isquémicas del corazón	1) Enf. isquémicas del corazón.	1) Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1)Enf. isquémicas del corazón	1) Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1)Enf. isquémicas del corazón	1)Enf. isquémicas del corazón	1)Enf. isquémicas del corazón	1)Enf. isquémica del corazón
2) Diabetes mellitus	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2) Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2) Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2)Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2) Malformaciones congénitas del sistema circulatorio
3) Tumores malignos	3)Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón	3) Enfermedades reumáticas del corazón
4) Accidentes	4) Valvulopatías no reumáticas	4) Valvulopatías no reumáticas	4) Enfermedades reumáticas del corazón	4) Enfermedades reumáticas del corazón	4) Enfermedades reumáticas del corazón	4) Valvulopatías no reumáticas	4) Enfermedades reumáticas del corazón	4) Valvulopatías no reumáticas	4) Cardiomiopatías miocárditis
5)Enfermedades de hígado	5) Cardiomiopatías miocárditis	5) Cardiomiopatías miocárditis	5) Enfermedades reumáticas del corazón	5) Enfermedades reumáticas del corazón	5) Enfermedades reumáticas del corazón	5) Valvulopatías no reumáticas	5) Enfermedades reumáticas del corazón	5) Valvulopatías no reumáticas	5) Valvulopatías no reumáticas
6) Enfermedad cerebrovascular	6) Enfermedades	6) Cardiomiopatías miocárditis	6) Enfermedades reumáticas del corazón	6) Enfermedades reumáticas del corazón	6) Enfermedades reumáticas del corazón	6) Valvulopatías no reumáticas	6) Enfermedades reumáticas del corazón	6) Valvulopatías no reumáticas	6) Enfermedades cardiopulmonares
7) Agresiones (Homicidios)	7) Enfermedades del sistema genitourinario	7) Enfermedades del sistema genitourinario	7) Enfermedades reumáticas del corazón	7) Enfermedades reumáticas del corazón	7) Enfermedades reumáticas del corazón	7) Valvulopatías no reumáticas	7) Enfermedades reumáticas del corazón	7) Valvulopatías no reumáticas	7) Enfermedades del sistema genitourinario
8) Enfermedad pulmonar obstructiva	8) Enfermedades	8) Cardiomiopatías miocárditis	8) Enfermedades reumáticas del corazón	8) Enfermedades reumáticas del corazón	8) Enfermedades reumáticas del corazón	8) Valvulopatías no reumáticas	8) Enfermedades reumáticas del corazón	8) Valvulopatías no reumáticas	8) Enfermedades del sistema genitourinario
9) Neumonía e Influenza	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio	del Aparato Respiratorio
10) Ciertas afecciones perinatales	7) Enfermedades del sistema genitourinario	6) Enfermedades del sistema genitourinario	4) Valvulopatías no reumáticas	4) cardiopulmonares	4) Cardiomiopatías miocárditis	4) cardiopulmonares	4) cardiopulmonares	4) cardiopulmonares	8) Enfermedades cerebrovasculares
	8) Enfermedades cardiopulmonares	7) Enfermedades cardiopulmonares	5)Enfermedades cardiopulmonares	5) Valvulopatías no reumáticas	5) Valvulopatías no reumáticas	6) Cardiomiopatías miocárditis	6) Cardiomiopatías miocárditis	5) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	9) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares
	9) Enfermedades hipertensivas	8) Enfermedades hipertensivas	6) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	6) Cardiomiopatías miocárditis	6) Cardiomiopatías miocárditis	7) Enfermedades del sistema genitourinario	7) Enfermedades del sistema genitourinario	6) Cardiomiopatías miocárditis	10) Tumores (Neoplasias)
	10) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	9) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	7) Cardiomiopatías miocárditis	7) Enfermedades hipertensivas	7) Enfermedades hipertensivas	8) Enfermedades del sistema genitourinario	8) Carditis y pericarditis agudas y crónicas	7) Enfermedades hipertensivas	
		10) Enfermedades del sistema genitourinario	8) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	8) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	8) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	9) Enfermedades del sistema genitourinario	9) Enfermedades del sistema genitourinario	8) Enfermedades cerebrovasculares	
			9)Enfermedades del sistema genitourinario	9)Enfermedades del sistema genitourinario	9)Enfermedades del sistema genitourinario	10) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	10) Enfermedades de arterias, venas y vasos capilares	9)Enfermedades del sistema genitourinario	

Así mismo, los problemas de salud mental que más se han presentado en la población mexicana son los siguientes:

Problemas de salud mental									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1)Depresión	1)Trastornos del humor	1)Consumo de alcohol	1)Trastornos de Ansiedad	1)Trastornos de Ansiedad	1)Consumo de alcohol	1)Depresión	1)Trastornos de Ansiedad	1)Depresión	1)Trastornos de Ansiedad
2)Fobia Específica	2)Trastorno de ansiedad	2)Autolesiones	2)Trastornos Depresivos	2)Trastornos Depresivos	2)Autolesiones	2)Trastorno de ansiedad	2)Trastornos Depresivos	2)Fobia Específica	2)Trastornos Depresivos
3)Dependencia al alcohol	3)Trastornos psicóticos	3)Esquizofrenia	3)Trastornos por uso de Sustancias	3)Trastornos por uso de Sustancias	3)Esquizofrenia	3)Ansiedad	3)Trastornos por uso de Sustancias	3)Dependencia al alcohol	3)Trastornos por uso de Sustancias
4) Consumo perjudicial de alcohol	4)Consumo de sustancias	4)Trastorno bipolar.	4)Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	4)Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	4)Trastorno bipolar.	4)Trastorno Bipolar	4)Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	4) Consumo perjudicial de alcohol	4)Dependencia de sustancias
5)Trastorno negativista desafiante.	5)Suicidio	5)Depresión	5)Trastornos del Sueño	5)Trastornos del Sueño	5)Depresión	5)Insomnio	5)Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	5)Ansiedad	5)Trastornos del Sueño
6) Fobia social	6)Insomnio	6)Insomnio	6)Trastorno Bipolar	6)Trastorno Bipolar	6)Insomnio	6)Consumo de sustancias	6)Fobia social	6) Fobia social	6)Trastorno Bipolar

Sistema de Salud

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado.

PROGRAMA SECTORIAL DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024

La APS-I Mx abarca el conjunto de las acciones de atención a la salud que van desde aquellas instrumentadas en el territorio, pasan por el Primer Nivel de Atención (PNA) y llegan a los servicios de creciente complejidad, sean estos ambulatorios u hospitalarios.

El modelo de APS-I Mx incluye todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa. Esto es, no se restringe a la atención en el primer nivel sino incluye a las RISS que permiten a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios o hospitalarios, que requieren para la atención de su padecimiento.

Acceso universal a la atención de salud

En México el índice de cobertura de atención a la salud en 2008 era de 70.7%

a. Perfil de recursos humanos para la salud: cantidad de médicos y enfermeras

Número de médicos en México ^{viii}									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
228,03	243,01	247,66	256,13	267,95	283,28	286,68	297,31	305,99	309,41

Número de enfermeras ^{ix}									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
207,221	220,430	216,072	223,284	267,623	277,562	286,355	293,414	305,204	281,501

b. Proporciones y densidad / 10.000 habitantes.

Densidad por 10.000 ^{viii}			
2012		2019	
Personal médico	Enfermería	Personal médico	Enfermería
OCDE 3.2	OCDE 8.8	OCDE 3.3	OCDE 9.1
Nacional 2.2	Nacional 2.6	Nacional 2.0	Nacional 2.4
IMSS 1.3	IMSS 1.6	IMSS 1.3	IMSS 1.5
ISSSTE 1.4	ISSSTE 1.6	ISSSTE 1.5	ISSSTE 1.7
INSABI 1.8	INSABI 2.3	INSABI 2.2	INSABI 3.0

c. Brecha de cobertura.

La brecha de cobertura en México para 2010 era de 29.3% , mientras que en 2018 disminuyó a 10.5%

d. Formación de enfermeras.

Formación de Enfermeras en Escuelas Universitarias ^{i, ii, iii}									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
49,000 profesionales de la salud titulados, 44 por cada 100,000 habitantes	52,000 profesionales de la salud, 45 por cada 100,000 habitantes; 8.1 por cada 100,000 corresponde a enfermería.	52,000, 46 profesionales de la salud, 45 por cada 100,000 habitantes	Total de Enfermería 10,095	Total de Enfermería 10,095	Total de Enfermería 11,000	LEO 18,259 LE 70,057 Especialidad 6,771 Maestría 3,673 Doctorado 182	LEO 18,879 LE 75,702 Especialidad 7,476 Maestría 4,188 Doctorado 215	LEO 19,718 LE 85,105 Especialidad 9,315 Maestría 5,312 Doctorado 285	LEO 19,527 LE 89,740 Especialidad 10,426 Maestría 6,158 Doctorado 350
Egresadas 6,707	Egresadas 7,912	Egresadas 7,877	Egresadas 10,724	Egresadas 11,378	Egresadas 11,676	Egresadas 16,256	Egresadas 18,849	Egresadas 26,837	

Escuelas Técnicas ^a									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	26,924	26,924		31,882	31,882	Auxiliar 30,104 Técnico 117,217 Posttécnico 21,751	Auxiliar 29,891 Técnico 116,850 Posttécnico 21,344	Auxiliar 28,040 Técnico 114,358 Posttécnico 20,232	Auxiliar 281,501 Técnico 109,459 Posttécnico 19,162

Número total de estudiantes ⁱⁱ	
2013	87,721
2014	87,721
2019	155 561

e. Ingreso al trabajo de enfermería

Índice de empleo									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
94.90	94.70	95.1	95.1	95.4	95.8	96.1	96.6	96.4	96.9

f. jornada laboral y salario medio

En México la jornada laboral es de 8 horas según el artículo 61 de la Ley Federal del Trabajo:

Artículo 61.- La duración máxima de la jornada será: ocho horas la diurna, siete la nocturna y siete horas y media la mixta

El salario de un médico especialista se sitúa entre 16 mil 768 pesos y 46 mil 702 pesos. En cambio, el salario de un médico general se encuentra entre 13 mil 190 pesos y 40 mil 14 pesos.

En el INSABI, el salario mensual para el personal médico es de 32 mil 956 pesos para médicos especialista A y 33 mil 52 pesos para médicos especialistas B.

Por su parte, el salario mensual del personal de enfermería dentro de la SSA se sitúa entre 9 mil 896 pesos y 29 mil 263 pesos. Los mayores salarios son para las enfermeras especialistas C. En el INSABI, el salario mensual del personal de enfermería se sitúa entre 14 mil 771 pesos y 17 mil 913 pesos.

g. Organización profesional (ejemplo colegio o asociaciones)

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Clasifica al personal profesional de enfermería de la siguiente forma:

4.13.1. enfermera(o) general: A la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente;

4.13.2. enfermera(o) especialista: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia;

4.13.3. enfermera(o) con maestría: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciatura en enfermería, acredita el grado de maestría, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de maestría correspondiente;

4.13.4. enfermera(o) con doctorado: A la persona que, además de reunir los requisitos del grado de maestría, acredita el grado de doctorado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente.

4.14. profesional técnico de enfermería: A la persona que obtuvo el título o un diploma de capacitación expedidos por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Se incluyen en esta clasificación

4.14.1. técnico en enfermería: A la persona que ha concluido sus estudios de tipo medio superior (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

4.14.2. técnico especializado en enfermería: A la persona que, además de reunir los requisitos de estudios de nivel medio superior, obtuvo un diploma que señala el área específica de competencia expedido por alguna institución de educación, perteneciente al Sistema Educativo Nacional.

4.15. personal no profesional de enfermería: A la persona que no ha concluido su preparación académica en el área de la enfermería en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional o habiéndola concluido no ha obtenido el documento correspondiente que demuestre tal circunstancia, para que la autoridad educativa competente la autorice para ejercer dicha actividad. En esta clasificación se encuentran la auxiliar de enfermería, los estudiantes y pasantes de enfermería:

4.15.1. auxiliar de enfermería: A la persona que obtuvo constancia que acredite la conclusión del curso de auxiliar de enfermería, de una duración mínima de un año expedido por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional;

4.15.2. estudiante de enfermería: A la persona que se encuentra en proceso de formación en la carrera de enfermería de nivel medio superior o superior de alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional;

4.15.3. pasante de enfermería: Al estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, que para realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud.

Comisión Permanente de Enfermería (CPE)

El órgano asesor del gobierno federal en materia de enfermería es la Comisión Permanente de Enfermería.

La Comisión Permanente de Enfermería es un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería.

Misión

La Comisión Permanente de Enfermería es un órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería.

Visión

La Comisión Permanente de Enfermería será la instancia que incidirá positivamente en el nivel de salud de la población, a través de propiciar la excelencia en la prestación de los servicios de enfermería basados éstos en los principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención y en la calidad de la formación de sus profesionales.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería A.C. (COMLE)

En México, una de las instancias que certifica a los profesionales de enfermería es el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería.

El Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería A.C., (COMLE) es una organización civil sin fines de lucro, surge en 1987, quedando registrado ante la Dirección General de Profesiones, de la Secretaría de Educación Pública en ese mismo año. Cuyo propósito es el de congregar a los Licenciados en Enfermería interesados en promover el estudio, la enseñanza e investigación en el campo de la enfermería y proponer cambios encaminados a mejorar el cuidado de la salud de los mexicanos.

Misión

Ser un organismo que congrege a los profesionales de la Enfermería con una visión prospectiva a fin de generar y proponer las directrices en la formación y el ejercicio profesional.

Objetivos:

Promover el estudio, la enseñanza e investigación en el campo de la Enfermería, con el fin de proponer cambios encaminados a mejorar el cuidado de la salud de los mexicanos.

Promover la certificación de estos profesionales como garantía de interés público, y como un elemento que coadyuve a la mejora continua de la calidad del cuidado.

Propósitos:

Unir esfuerzos de los profesionales del país con intereses comunes en beneficio de la Enfermería Mexicana.

Contar con un espacio para la reflexión y búsqueda de estrategias para consolidar mejores condiciones profesionales.

Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, AC (COMACE, AC)

La acreditación de escuelas y facultades de enfermería, entre otras instancias está COMACE.

El Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, AC (COMACE, AC), es un organismo no gubernamental y reconocido formalmente por el COPAES, AC cuya función es evaluar que los Programas Educativos de Enfermería de nivel superior cumplan con determinados criterios, indicadores y parámetros de calidad en su estructura, organización, funcionamiento, insumos, procesos de enseñanza-aprendizaje, servicios y resultados.

En concordancia con lo anterior el COMACE AC, tiene como objeto acreditar y reacreditar los programas de formación de profesionales de la enfermería a nivel licenciatura que se imparten en escuelas y facultades de enfermería del país tanto de las universidades públicas como particulares, incorporadas a universidades o a la SEP; que cumplen las normas de calidad y criterios establecidos por el organismo, con el propósito de mejorar la calidad de la enseñanza de Enfermería.

• Migración de enfermeras y enfermeros de América Latina o Antecedentes de estudios, adhesión al Código de Prácticas para la Contratación Internacional de personal de salud de la OMS

Adhesión al código de prácticas de la OMS

Según el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, en la tercera ronda de presentación de informes nacionales se refiere la situación relativa a las

autoridades nacionales designadas y los informes nacionales presentados, desglosado por Estados Miembros, hasta marzo de 2019, dónde México aparece con ninguna autoridad designada, por lo tanto no se presenta informes.

h. Legislación y normas de migración de personal de salud, revalidación o convalidación de títulos extranjeros, requisitos de ingreso al país y residencia, normas y acuerdos de circulación subregional

Requisitos de ingreso al país

Artículo 37. Para internarse al país, los extranjeros deberán:

I. Presentar en el filtro de revisión migratoria ante el Instituto, los documentos siguientes:

- a) Pasaporte o documento de identidad y viaje que sea válido de conformidad con el derecho internacional vigente, y
- b) Cuando así se requiera, visa válidamente expedida y en vigor, en términos del artículo 40 de esta Ley; o
- c) Tarjeta de residencia o autorización en la condición de estancia de visitante regional, visitante trabajador fronterizo o visitante por razones humanitarias.

II. Proporcionar la información y los datos personales que las autoridades competentes soliciten en el ámbito de sus atribuciones.

III. No necesitan visa los extranjeros que se ubiquen en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Nacionales de países con los que se haya suscrito un acuerdo de supresión de visas o que no se requiera de visado en virtud de una decisión unilateral asumida por el Estado mexicano;
- b) Solicitantes de la condición de estancia de visitante regional y visitante trabajador fronterizo;
- c) Titulares de un permiso de salida y regreso;
- d) Titulares de una condición de estancia autorizada, en los casos que previamente determine la Secretaría;
- e) Solicitantes de la condición de refugiado, de protección complementaria y de la determinación de apátrida, o por razones humanitarias o causas de fuerza mayor, y
- f) Miembros de la tripulación de embarcaciones o aeronaves comerciales conforme a los compromisos internacionales asumidos por México.

Requisitos de residencia

Artículo 54. Se otorgará la condición de residente permanente al extranjero que se ubique en cualquiera de los siguientes supuestos:

- I. Por razones de asilo político, reconocimiento de la condición de refugiado y protección complementaria o por la determinación de apátrida, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en esta Ley, su Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;
- II. Por el derecho a la preservación de la unidad familiar en los supuestos del artículo 55 de esta Ley;
- III. Que sean jubilados o pensionados que perciban de un gobierno extranjero o de organismos internacionales o de empresas particulares por servicios prestados en el exterior, un ingreso que les permita vivir en el país;
- IV. Por decisión del Instituto, conforme al sistema de puntos que al efecto se establezca, en términos del artículo 57 de esta Ley;
- V. Porque hayan transcurrido cuatro años desde que el extranjero cuenta con un permiso de residencia temporal;
- VI. Por tener hijos de nacionalidad mexicana por nacimiento, y
- VII. Por ser ascendiente o descendiente en línea recta hasta el segundo grado de un mexicano por nacimiento.

Los extranjeros a quienes se les otorgue la condición de estancia de residentes permanentes tendrán la posibilidad de obtener un permiso para trabajar a cambio de una remuneración en el país sujeto a una oferta de empleo, y con derecho a entrar y salir del territorio nacional cuantas veces lo deseen. Asimismo, los residentes permanentes podrán introducir sus bienes muebles, en la forma y términos que determine la legislación aplicable.

Las cuestiones relacionadas con el reconocimiento de la condición de refugiado, el otorgamiento de la protección complementaria y la determinación de apátrida, se regirán por lo dispuesto en los tratados y convenios internacionales de los cuales sea parte el Estado mexicano y demás leyes aplicables.

Normas y acuerdos de circulación Subregional

Artículo 11 transito libre

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Capítulo 1 de las Garantías individuales

Artículo 11.- Toda persona tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país. (REFORMADO, D.O.F. 15 DE AGOSTO DE 2016) Toda persona tiene derecho a buscar y recibir asilo. El reconocimiento de la condición de refugiado y el otorgamiento de asilo político, se realizarán de conformidad con los tratados internacionales. La ley regulará sus procedencias y excepciones.

Norma de validación de títulos

ACUERDO NÚMERO 286 por el que se establecen los lineamientos que determinan las normas y criterios generales, a que se ajustarán la revalidación y equivalencia de estudios, así como los procedimientos por medio de los cuales se acreditarán conocimientos correspondientes a niveles educativos o grados escolares adquiridos en forma autodidacta, a través de la experiencia laboral o con base en el régimen de certificación referido a la formación para el trabajo. Acuerdo publicado el 30 de octubre de 2000 en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el DOF el 18 de abril de 2017.

El presente Acuerdo tiene por objeto fijar los lineamientos que establecen las normas y criterios generales, así como los procedimientos y requisitos, aplicables en toda la República, que regulan el derecho de las personas para:

a) Acceder, permanecer y transitar por el sistema educativo nacional, a partir de la revalidación y la equivalencia de estudios,

y b) Acreditar sus conocimientos parciales o terminales que correspondan a cierto nivel educativo o grado escolar adquiridos en forma autodidacta, a través de la experiencia laboral o con base en el régimen de certificación referido a la formación para el trabajo. Los procedimientos de referencia deberán regirse conforme a los principios de celeridad, imparcialidad, flexibilidad, asequibilidad, transparencia y eficiencia en especial en materia de equivalencia y revalidación de estudios, con el propósito de facilitar el acceso, tránsito y permanencia en el sistema educativo nacional. Las revalidaciones, equivalencias, certificados, constancias, diplomas o títulos otorgados en términos del presente Acuerdo tendrán validez en toda la República.

La revalidación de estudios realizados en el extranjero, en los niveles primaria, secundaria, medio superior y superior, es un trámite regulado por la Secretaría de Educación Pública (SEP). La información directa sobre los requisitos y procedimiento que debe cumplir es:

Tenga en cuenta de manera general la siguiente información:

La revalidación es un trámite que brinda validez oficial a estudios realizados en el extranjero, siempre y cuando estos estudios tengan validez oficial en el país de origen.

Existen dos tipos de revalidación: total y parcial.

En la revalidación total se reconocen en el sistema educativo nacional los estudios (amparados por certificados de nivel, Títulos, Diplomas o Grados) realizados en el extranjero. Una revalidación total es por nivel completo; por ejemplo, el bachillerato o una maestría.

La revalidación parcial posibilita continuar estudios parciales realizados en el extranjero en una institución del sistema educativo nacional (amparados por certificados parciales). Una revalidación parcial puede ser por grado, ciclo o incluso por un conjunto de materias; por ejemplo, el segundo año de bachillerato o un semestre dentro de alguna licenciatura.

Documentación que no requiere apostilla o legalización

Para los trámites de revalidación de estudios de primaria y secundaria, así como de los tipos medio superior y superior, no se requerirá de apostilla o legalización de los siguientes documentos expedidos en el extranjero: acta de nacimiento o documento equivalente; y certificados, diplomas, constancias, títulos o grados que amparen los estudios objeto de la solicitud. La verificación de autenticidad de documentos expedidos fuera del sistema educativo nacional podrá llevarse a cabo a través de medios electrónicos.

Documentación que no requiere traducción oficial

Las solicitudes de revalidación de estudios de primaria y secundaria, así como de los tipos medio superior y superior deberán acompañarse de la traducción libre al español, de los siguientes documentos: acta de nacimiento o documento equivalente; y Certificados, boletas de calificaciones, diplomas, constancias, títulos o grados que amparen los estudios objeto de la solicitud.

Estudios del tipo superior

La revalidación de estudios del tipo superior (Técnico Superior Universitario, Licenciatura, Especialidad,

Maestría o Doctorado) se realiza en la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la SEP o en las oficinas correspondientes de las Secretarías o Institutos de Educación estatales.

i. Inmigración de enfermeras/os: número de enfermeras, enfermeros y otros profesionales de salud formados en el extranjero, año de ingreso, país de procedencia, título, trabajo.

La revalidación de estudios realizados en el extranjero del tipo superior (Técnico Superior Universitario, Licenciatura, Especialidad, Maestría o Doctorado) se realiza por medio de la Dirección General de Profesiones en México. En la siguiente tabla se presentan datos sobre trámites de revalidación de estudios para el área de enfermería por nivel de formación desde el periodo del 2010 al 2019. (Tabla1)

Tabla 1. Tramites de revalidación de estudios para el área de enfermería por nacionalidad Extranjera.

Nivel de formación	Número de estudios revalidados de procedencia extranjera.
Maestría	1
Especialidad	1
Licenciados/as en enfermería.	112
Técnico Superior Universitario	12

Fuente: Dirección General de Profesiones en México

j. Emigración de enfermeras/os: número de enfermeras/os formadas/os en el país y en el extranjero que emigraron del país, año de salida, título, país de destino.

Se tiene una estimación de más de 200 profesionales que han emigrado en los últimos cinco años a Alemania según entrevistas directas realizadas a algunos enfermeros que se encuentran trabajando en este país. Otros datos referentes a emigración proporcionado por empresas reclutadoras en México, como es el caso de Talent Orange, refiere que se ha reclutado más de 20 egresados de una de las escuelas de mayor prestigio en México.

En cuanto a enfermeros/as mexicanas que han realizado estudios en el extranjero y han solicitado la revalidación de estudios en México, se cuenta con una aproximación de estos datos desde la Dirección General de Profesiones en México. (Tabla2)

Tabla 2. Trámite de revalidación de estudios para el área de enfermería por nacionalidad mexicana, desde el periodo del 2010 al 2019.

Nivel de formación	Número de estudios revalidados de procedencia mexicana.
Doctorado/orientación enfermería.	51
Licenciados/as en enfermería.	16
Maestría	4
Técnico Superior Universitario	2

Fuente: Dirección General de Profesiones en México

La tabla 3 presenta datos de la OCDE recientemente publicados (2021) sobre emigración de enfermeras a países dentro de la OCDE. El informe de la OCDE incluye a todos los países miembros de la OCDE entre los que se observan desde luego los pertenecientes a América Latina. Se utilizan dos indicadores: a) enfermeras nativas y b) enfermeras entrenadas en el país. Las enfermeras nativas son las que nacen en el país y luego migran y las enfermeras entrenadas en el país, son las enfermeras entrenadas que no necesariamente nacieron en el país. Esto implica que existen países que son entrenadores netos de enfermeras que después de terminar su entrenamiento migran.

Los datos de la tabla para México deben considerarse a la luz de las aclaraciones del párrafo anterior. De acuerdo a la tabla 31 enfermeras entrenadas en el país se ubicaban en países OCDE de acuerdo al registro de 2017-2018. En cambio, en el registro de enfermeras nacidas en México y ubicadas en países OCDE, la cifra alcanza 39,161 lo cual implica que México es un exportador importante de enfermeras.

Sin embargo, estos datos, particularmente el de 39,161 enfermeras nacidas en México que trabajan en países OCDE, deben tomarse con precaución. Esta cifra representa alrededor del 7.8% del total de enfermeras existente en el país y 12.8% de las enfermeras trabajando en instituciones de salud lo cual no puede ser sustentado por fuentes nacionales. Además, el informe de OCDE señala que las enfermeras nativas nacidas en Brasil alcanzan un total de 8,937, siendo un país que produce y que exporta históricamente más enfermeras que México. Finalmente, en la Tabla 1 del informe de la OCDE, se presentan datos de enfermeras extranjeras practicando en México para el año 2000/01 (0.2% del total de enfermeras disponibles en México) pero no se presentan datos para 2010/11 ni para 2015/16 lo cual muestra la escasez de información estadística sobre el tema de migración existente en México.

Tabla 3. Tasas de emigración a los países de la OCDE para enfermeras capacitadas en el hogar, enfermeras nativas y nativas con educación terciaria, más reciente y alrededor del año 2000.

País de Origen	Entrenados en casa		Nativos		Cambios 2001/01- 2015/16			
	Número de enfermeras trabajando en otros países de la OCDE 2017/18 (o más cercano a este año)	Tasa de emigración Para enfermeras entrenadas en casa. 2017/18 (o más cercano a este año)	Número de enfermeras trabajando en otros países de la OCDE 2015/16	Tasa de emigración para enfermeras nativas. 2015/16	Tasa de emigración para enfermeras nativas 2000/01	Número de enfermeras nativas trabajando en otros países de la OCDE	Número de enfermeras trabajando en el país de origen.	Número de todas las enfermeras nativas o trabajando en el país de origen.
México	31	0%	39,161	10%	12%	+217%	+317%	+405%

Fuente: *International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin.*

Discusión

En relación a los indicadores sociodemográficos México, al igual que la mayor parte de los países de América Latina aun cuando el índice de fertilidad se redujo y posteriormente se estabilizó en 1.9 hijos nacidos vivos por pareja, la población ha mostrado un crecimiento importante que para 2020 se estimó en 130 millones de individuos. De igual manera, durante el período de liberación económica e integración de mercados (1990 a la fecha) el crecimiento económico del país se comportó de forma similar al resto de la región con un crecimiento entre 4 y 1% anual durante el período. Otros indicadores también tuvieron un crecimiento importante, particularmente el índice de alfabetización y la cobertura en salud. El índice de pobreza general también se redujo, aunque con fluctuaciones relacionados a los ciclos económicos y las crisis. Los programas de gobierno durante el período han tenido efectos en la reducción de pobreza alimentaria pero no así de la pobreza económica. La pandemia ha tenido un efecto negativo en el país. Durante este período se considera que la pobreza creció en alrededor de 15%.

En los últimos 40 años, México inició un período de transición epidemiológica. Mientras que aún

en 1990 las enfermedades infecciosas marcaban el perfil de mortalidad y morbilidad, claramente a partir del año 2000 a la fecha, entre las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades cerebrovasculares y neoplasias. Es decir, son las enfermedades no transmisibles y crónicas las que predominan el perfil actual las cuáles son producidas por un conjunto de factores medioambientales y genéticos, aunados a estilos de vida donde el sedentarismo, las adicciones y el consumo de alimentos de baja calidad, generan un impacto deletéreo en la salud.

En 2008 el índice de cobertura de atención a la salud era de 70.7% y para 2012, el gobierno en turno declaró la cobertura universal en salud. Sin embargo, datos de la ENSANUT 2012 mostraron que al menos de 15% de la población del país no contaba con cobertura de un seguro de salud. Un factor a considerar es la inequidad existente en el país en relación a la distribución de recursos a las diferentes poblaciones del país. La inequidad particularmente afecta a las poblaciones rurales, pobres e indígenas. En términos de recursos humanos en salud, aunque la producción de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) ha aumentado en los últimos 20 años, la proporción de médicos y enfermeras por habitantes sigue siendo menor al de los promedios de la OCDE, lo cual supone que el país necesita incrementar su inversión en la formación más recursos humanos capacitados y mejores condiciones para el desarrollo profesional como factor clave para lograr universalizar la cobertura de los servicios de salud particularmente en regiones rurales y el primer nivel de atención. Los mercados laborales de la salud en México están marcados por el desequilibrio entre el volumen de egresos de las escuelas y el número de profesionales que las instituciones de salud pueden incorporar anualmente. Tanto entre médicos como enfermeras, los fenómenos de desempleo y subempleo (personas que trabajan, pero no en el área de la salud) son importantes ya que impiden a los individuos poner en práctica los conocimientos adquiridos en la escuela lo que implica un enorme desperdicio de la inversión realizada, la mayoría pública, en este proceso. A esto se suma una creciente precarización del mercado laboral. Las condiciones de trabajo se han deteriorado y cada vez un número creciente de trabajadores de la salud se emplea sin contrato, con jornadas laborales de menos de 35 o más de 48 horas, el valor de los salarios también ha caído y no existe una diferenciación clara entre los salarios que percibe una enfermera de nivel técnico y una de nivel profesional en las instituciones públicas y privadas del país.

Para poder trabajar en el país y obtener una remuneración siendo extranjero es necesario tener la condición de estancia de residente permanente y contar con la revalidación de estudios de tipo superior por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la Secretaría de Educación Pública o por las Secretarías o Institutos de Educación estatales. En el caso de la inmigración de enfermeras en México, no se cuentan con datos disponibles que permitan conocer el núme-

ro de enfermeras y enfermeros formados en el extranjero que laboran en el país, año de ingreso, país de procedencia, título o trabajo. Lo mismo ocurre con los datos sobre la emigración ya que no se cuenta con registros del número de enfermeras y enfermeros formados en el país o en el extranjero que emigraron del país, año de salida, título o país de destino. Esto hace difícil establecer la relación entre el número de enfermeras provenientes de otras regiones respecto al número de enfermeras que emigran de México y el papel de esta migración en la disposición de recursos humanos en salud capacitados para la mejora de la cobertura de los servicios de salud en el país.

Es importante mejorar los registros de en el campo de la migración de profesionales (especialmente los de salud) lo cual podría ayudar a comprender las necesidades en recursos humanos en salud en el país, la participación de profesionales extranjeros en el sistema de salud y las condiciones de la emigración de profesionales mexicanos.

Conclusiones

Los datos de migración de enfermeras en México no son suficientes para establecer un diagnóstico claro sobre el fenómeno. Desde los acuerdos del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, se establecieron negociaciones para la migración de enfermeras mexicanas a Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, el flujo de enfermeras siempre fue reducido y además se creó un mercado de traslados (en gran medida ilegal). Posteriormente, el flujo empezó a moverse a España, Portugal e Italia. Tampoco el volumen de migración fue alto. Sin embargo, se desconocen los números precisos. En años recientes, autoridades de salud de Alemania han buscado reclutar enfermeras graduadas de universidades directamente de las escuelas y el flujo se ha empedado a generar. Es importante llevar a cabo estudios específicos sobre el fenómeno de migración que nos permitan obtener datos más precisos a fin de establecer políticas específicas que protejan la inversión pública que hace el país en el entrenamiento de enfermera/os sin que esto implique restar posibilidades a los individuos de buscar oportunidades laborales en otros países.

Bibliografía

Consejo Nacional de Población. (2018). Indicadores demográficos 1950 – 2050. [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México CONAPO. Recuperado el 04/11/21 de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/9c82cb86-aa22-4ca6-acde-5c1d5fdebdad>

Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos 1950 – 2050. [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México CONAPO, 2018. [Consultado el 04/11/21] Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/9c82cb86-aa22-4ca6-acde-5c1d5fdebdad>

Fuente: www.es.statista.com

Secretaría de relaciones exteriores. (2014) Datos Básicos de México [Internet]. Relaciones exteriores. Ciudad de México: Consulado de carrera de México en San Pedro Sula. Recuperado el 04/11/21 de: <https://consulmex.sre.gob.mx/sanpedrosula/index.php/bienvenida-y-directorio/34>

INEGI. (S.A.) Mapa Digital de México. Climatología. Recuperado el 04/11/21 de: <http://gaia.inegi.org.mx/mdm6/?v=bGF0OjI2LjA1ODM3LGxvbjotOTkuMDkzNzUsejoyLGw6YzQwMXxjNDA0fGM-0MDd8YzQxMHxjNDE3fGM0MTg=&layers=c401,c404,c407,c410,c417,c418>

Secretaría de relaciones exteriores. (2014) Datos Básicos de México [Internet]. Relaciones exteriores. Ciudad de México: Consulado de carrera de México en San Pedro Sula. Recuperado el 04/11/21 de: <https://consulmex.sre.gob.mx/sanpedrosula/index.php/bienvenida-y-directorio/34>

Expansión. (2018). Mejora la tasa de alfabetización en México. Recuperado el 04/11/21 de Datosmacro. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/tasa-alfabetizacion/mexico>

Expansión. (2018). Mejora la tasa de alfabetización en México. Recuperado el 04/11/21 de Datosmacro. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/tasa-alfabetizacion/mexico>

Banco Mundial. (2020) PIB (US\$ a precios actuales) - México. Recuperado el 04/11/21 de Datos Banco Mundial en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?end=2020&locations=MX&start=2010&view=chart>

Dirección de Información y Comunicación Social. (2019) 10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado el 05/11/21 de: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2019/COMUNICADO_10_MEDICION_POBREZA_2008_2018.pdf

INEGI. (2020). Nota sobre los ingresos, sueldos y salarios de la población ocupada. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Recuperado el 05/11/21 de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/enoe_notas_ingresos.pdf

INEGI. (2020). Viviendas particulares habitadas. Demografía y sociedad. Recuperado el 05/11/21 de: <https://www.inegi.org.mx/temas/vivienda/>

Banco Mundial. (2020) Acceso a la electricidad (% de población) - México. Recuperado el 04/11/21 de Datos Banco Mundial en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/eg.Elc.AcCs.Zs?end=2019&locations=MX&start=2010>

INEGI. (2010 y 2020) Censo general de población y vivienda. Censos y Conteos de Población y Vivienda. Recuperado el 05/11/21 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html>

SEMARNAT. (2021). Cobertura de la población con servicio de drenaje (porcentaje). Recuperado el 04/11/21 de Base de Datos del SNIARN en: http://dgeiawf.semarnat.gob.mx:8080/ibi_apps/WF-

Servlet?IBIF_ex=D1_SISCD503_02&IBIC_user=dgeia_mce&IBIC_pass=dgeia_mce&NOMBREENTIDAD=* &NOMBREANIO=*

SEMARNAT. (2019). Informe de la Situación del Medio Ambiente en México edición 2018. Semarnat. Recuperado el 05/11/21 de: https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe_12/pdf/Cap7_residuos.pdf

Secretaría de Salud. (2012). Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 13/11/21 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267597/Mortalidad_2010.pdf

Instituto Nacional de Cardiología. (2021). Estadísticas. Recuperado el 04/12/21 de Base de Datos del INC en: https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/

Gómez Dantés, O., Sesma, S., & M. Becerril, V. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública De México, 53. Recuperado a partir de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043>

Secretaría de Salud. (2020). Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación: 17/08/2020. Recuperado el 15/11/21 a partir de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Secretaría de Salud. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS). Recuperado el 16/11/21 a partir de: http://www.sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

Presidencia de la República. (2009). Tercer Informe de Gobierno. Anexo estadístico. Presidencia de la República. Recuperado el 16/11/21

Statista. (2021). Número de médicos en México de 2006 a 2019 (en miles). Statista). Recuperado el 16/11/21 a partir de: <https://es.statista.com/estadisticas/1147618/numero-de-medicos-mexico/>

Secretaría de Salud (2018). Estado de la Enfermería en México (versión digital). Secretaría de Salud. Ciudad de México. Recuperado el 16/11/21 a partir de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf

Llanos Guerrero, A. & Méndez Méndez, J. S. (2021). Sueldos y salarios en el sector salud: Año Internacional de los Trabajadores de la Salud. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. Recuperado el 26/11/21 a partir de: <https://ciep.mx/RZJA>

Presidencia de la República. (2009). Tercer Informe de Gobierno. Anexo estadístico. México DF: Presidencia de la República. Recuperado el 16/11/21

Instituto de Salud para el Bienestar. (2021). Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad, basado en la Atención Primaria de Salud. Secretaría de Salud. Recuperado el

26/11/21 a partir de: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/modelo-de-salud-para-el-bienestar-dirigido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud>

Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud). (2022). Registro Nacional de Datos por Nivel Académico México. Secretaría de Salud. Recuperado el 26/11/21 a partir de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&Tipo=recursos&Id=3

Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). Brechas en la Disponibilidad de Recursos Humanos Para la Salud en el Primer Nivel de Atención. Informe Final. Recuperado el 26/11/21 a partir de: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_informe.pdf

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2016). Informe sobre la salud de los mexicanos 2016: Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 28/11/21 a partir de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud). (2022). Registro Nacional de Datos por Nivel Académico México. Secretaría de Salud. Recuperado el 26/11/21 a partir de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&Tipo=recursos&Id=3

Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). Brechas en la Disponibilidad de Recursos Humanos Para la Salud en el Primer Nivel de Atención. Informe Final. Recuperado el 26/11/21 a partir de: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_informe.pdf

Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2015). Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación: 12-06-2015. Recuperado el 22/11/21 a partir de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf

Llanos Guerrero, A. & Méndez Méndez, J. S. (2021). Sueldos y salarios en el sector salud: Año Internacional de los Trabajadores de la Salud. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. Recuperado el 26/11/21 a partir de: <https://ciep.mx/RZJA>

Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación: 02/09/2013. Recuperado el 28/11/21 a partir de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

Secretaría de Salud. (2017). Comisión Permanente de Enfermería. Secretaría de Salud. Recuperado el 08/03/2022 a partir de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/somos/mision_vision.html

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. (2022). Acerca de nosotros. Recuperado el 08/03/2022 a partir de: <http://www.comle.org.mx/quienes-somos>

Consejo Mexicano para la Acreditación de enfermería. (2013). Manual para evaluadores del sistema nacional de acreditación de enfermería 2013. Recuperado el 08/03/2022 a partir de: http://www.comace.mx/Documentos/C.INSTRUCTIVO_PARA_EL_EVALUADOR.pdf

Asamblea Mundial de la Salud, 72. (2019). Recursos humanos para la salud: código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: tercera ronda de presentación de informes nacionales: informe del Director General. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 01/12/21 a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328679>

CNDH. (2021). Ley de Migración. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 01/12/21 a partir de: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Normatividad/Ley_Migracion.pdf

Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Texto Vigente Última Reforma Publicada Diario Oficial de la Federación 28-05-2021. Recuperado el 01/12/21 a partir de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/11.pdf>

Secretaría de Gobernación. (2017). Acuerdo número 286 por el que se establecen los lineamientos que determinan las normas y criterios generales, a que se ajustarán la revalidación y equivalencia de estudios, así como los procedimientos por medio de los cuales se acreditarán conocimientos correspondientes a niveles educativos o grados escolares adquiridos en forma autodidacta, a través de la experiencia laboral o con base en el régimen de certificación referido a la formación para el trabajo. Última reforma publicada en el DOF el 18 de abril de 2017. Recuperado el 01/12/21 a partir de: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/12234/14/images/Nuevo_acuerdo286.pdf

Secretaría de Educación Pública. (2016). Revalidación de Estudios del Tipo Superior (SEP-18-019). Secretaría de Educación Pública. Recuperado el 17/11/21 a partir de: <https://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/revalidacion-de-estudios-del-tipo-superior-sep-18-019>

Socha-Dietrich, K., Dumont, Jean. International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Papers. 2021, 125. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b286a957en.pdf?expires=1650566964&id=id&accname=guest&checksum=3138FBAECB611FE6145DB3B373028A40>

Panamá

Carmen Flores de Bishop

Introducción

La década 2011-2020 se caracterizó por ser una era de movilidad humana sin precedentes, en busca de mejores condiciones de vida, buscando un refugio por las guerras, guerrillas, sistema de gobierno que existe en el país de origen. En definitiva, esto ha traído la necesidad de facilitar la migración y la movilidad para que sea ordenada y de manera responsable, es decir brindarles los servicios básicos para garantizar su seguridad.

Cabe resaltar que la migración es una situación real que viven los países, Panamá no escapa de la misma. Es por ello por lo que fue incluida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual resalta la contribución positiva de los migrantes al crecimiento inclusivo y al desarrollo sostenible. La migración está integrada en varias metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como acabar con la esclavitud moderna y abordar las vulnerabilidades de los trabajadores migrantes. Cabe resaltar que la meta 10.7, invita a los países a “facilitar la migración y la movilidad ordenada, segura, regular y responsable de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas”.

Este informe pretende brindar una panorámica general de la migración en la República de Panamá, para ello se describen los perfiles del país, tales como el Perfil poblacional y social, perfil geográfico, perfil sanitario, perfil de recursos humanos para la salud, el perfil migratorio en la década 2011-2016. El último informe que se presentó fue del 2010, por lo que se hace necesario realizar este análisis del fenómeno migración en Panamá. El movimiento migratorio en Panamá es alto, puesto que somos un país que es puerto, tenemos una tasa de migrantes considerable.

Material y método

- Tipo de estudio: se trata de un estudio documental donde se recogió información de fuente secundaria y documentos sustentadores que permitieron hacer una descripción general de la panorámica de la migración de enfermeras en Panamá.
- Fuentes de información: Los datos se recogieron de fuentes secundarias tales como registros estadísticos de diversos organismos e instituciones, documentos digitales, libros.
- Técnicas de recolección de información: Se hizo una búsqueda exhaustiva en bases de datos, libros de registros de las revalidas de títulos y de registro de solicitud del programa de estudios de la carrera de licenciatura en ciencias de enfermería para migrar a otros países y ser reconocida como profesional, y otras fuentes.
- Procesamiento y análisis: La información recolectada se presentó de manera descriptiva y se hace algunas gráficas para ilustrar mejor los resultados mas relevantes. La medida utilizada para facilitar

el análisis fue la proporción. Seguido de la presentación de los resultados se hace una discusión general acerca de los hallazgos encontrados.

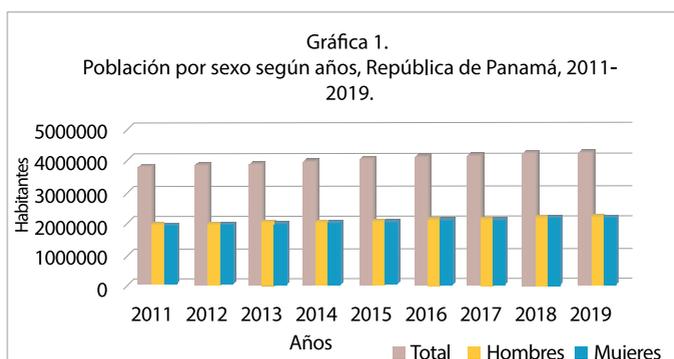
- Variables generales: Perfil poblacional y social, perfil geográfico, perfil sanitario, perfil de recursos humanos para la salud, migración de enfermeras y enfermeros.

Resultados

- Perfil del país Panamá

1. Perfil poblacional y social

La República de Panamá cuenta con una población de 3,723,821 para el 2011 y de 4,218,808 en el 2019, es decir el crecimiento poblacional es lento. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo en el año 2016 Panamá llegó a 4,037,043 habitantes. En cuanto al género existe una diferencia leve entre hombres y mujeres, la relación es casi 1 a 1.



Para el 2011 fue de 50.3% para hombres y 2019 50.1; las mujeres en el 2011 fueron de 49.7% y 2019 es de 49.9%, es decir en el 2019 la diferencia entre ambos sexos es apenas de 0.1%. cabe resaltar que entre 2012 al 2018 la proporción de ambos sexos se mantuvo constante, 50.2% hombres y 49.8% mujeres (INEC, 2011-2015, 2016-2019).

La República de Panamá, como consecuencia de su posición geográfica del Istmo y de circunstancias históricas, la población está constituida por diversos grupos humanos:

- Grupos No Indígenas: Hispano-indígenas, Afrocoloniales, Afroantillanos, Otros grupos étnicos
- Grupos Indígenas: Representan aproximadamente el 12.3 por ciento de la población total de la República. Estos son: Kuna, Emberá, Wounaan, Ngäbe, Buglé, Bokota.

Estadísticas migratorias.

Según Datos Macro, 2017, Panamá tiene 161,107 emigrantes, lo que supone un 3,82% de la población total del país. En cuanto al ranking de emigrantes Panamá tiene un porcentaje de emigrantes

medio, ya que está en el puesto 54 de los 195 del ranking de emigrantes.

En relación con el sexo se encontró que la emigración femenina, fue de 82,892 mujeres que hace un 51.5% del total de emigrantes; observándose superior a la masculina 78,215 emigrantes varones, que son el 48.54%.

En cuanto a los principales países de destino de los emigrantes panameños, se evidenció que en primer lugar esta Estados Unidos donde va el 77,79% de los emigrantes. Con un margen significativo, se encuentra en segundo lugar Costa Rica con el 7,20% y España con el 2,73% en el tercer lugar. En los últimos años, el número de emigrantes panameños ha aumentado en 11,887 personas haciendo un 7.97%.

Los países más frecuentes de inmigración hacia Panamá, esta en primer lugar Colombia (24.3%), China (10.7%), Estados Unidos (8.1%), seguido de Nicaragua y Venezuela. Es importante resaltar que Panamá es el 90avo país del mundo por porcentaje de inmigración. Según datos Macro, 2020, a partir del 2015 al 2019 la inmigración estuvo por arriba del 4.5%.

Otro elemento importante a señalar es la tasa neta de migración de Panama del 2015 – 2018 fue de 1.6 y para el 2019 y 2020 de 1.5 (MINSa, 2021). La tendencia tuvo una pequeña disminución, quizás por el 2020, año de inicio de la pandemia 2020.

Según INEC, la corriente migratoria en Panamá ha tenido un aumento significativo a partir del 2013, producto de la iniciativa del gobierno de realizar las ferias Crisol de Razas, a través del Servicio Nacional de Migración; evidenciando la diferencia entre 2011 y 2012 cuya migración estaba por debajo de 100,000 personas y para 2013 fue de 204,512. Los siguientes años hasta el 2019 el aumento es significativo, 2019 fue de 422,655 personas. (INEC 2011-2015, INEC 2016-2019).

Perfil geográfico

La República de Panamá es parte de América Central, ubicada entre las siguientes coordenadas: los 7°1'07'' y 9°38'46'' de latitud Norte y los 77°09'24'' y 83°03'07'' de Longitud Oeste. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Este con la República de Colombia, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con la Republica de Costa Rica (INEC,2017)

La extensión territorial de la República es de 74,177.3 Km², (no incluye áreas de masas de agua continentales con 1,142.5069 km²), superficie que hace a Panamá entre los países más pequeños. El Mar Territorial se extiende a una zona de 12 millas marinas de ancho sobre la cual, la República de Panamá ejerce su soberanía, al igual que en el lecho, el subsuelo y sobre su espacio aéreo, cuya superficie

es de 319,823.9km². Panamá tiene una considerable longitud de costas, que suman en total 2,988.3 km, de los cuales 1,700.6 corresponden al litoral Pacífico y 1,287.7 al Caribe. (INEC, 2017).

Clima

La situación geográfica en las bajas latitudes intertropicales determina que el clima y la vegetación son típicamente tropicales. El clima tropical marítimo, con influencia de los dos mares, se caracteriza por temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, con débil oscilación diaria y anual, abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire. Existen dos estaciones climáticas anuales bien definidas, la seca (diciembre – abril) y la lluviosa (mayo – diciembre).

División política

Comprende 10 provincias, 81 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas con categoría de provincia (Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé), pues cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Kuna de Madungandí y Kuna de Wargandí), con los cuales se completan un total de 679 corregimientos en todo el país (INEC).

Escolaridad

En relación con la escolaridad, Panamá tiene 11 años obligatorios que comprende el nivel preescolar dirigido a niño de 4-5 años que incluye pre-kínder y Kínder, ambas con una duración de 1 año cada una. El nivel de educación primaria tiene una duración de 6 años y está dirigido a los alumnos de entre los 6 y 11 años. El nivel de educación pre-media o secundaria consta de 3 años de duración, dirigido a los alumnos entre 12 y 15 años. Al finalizar este nivel el alumno recibe el Certificado de Educación Básica General.

El nivel de postmedia o secundaria consta de tres años, dirigido a adolescentes de 15-18 años y al final reciben el certificado de bachiller de diferentes áreas. Este periodo no es obligatorio.

Por otra parte, se describe la tasa de alfabetización en el país, indicador que mide desarrollo. De acuerdo con Datos Macro.com la tasa de alfabetización tuvo un ligero aumento del 2010 al 2018, de 94.09% a 95.41% respectivamente; siendo los hombres los mas alfabetizados con un 1% aproximadamente por encima de las mujeres. En cuanto a los jóvenes la tasa de alfabetización fue de 97.64% en el 2010 subiendo a 99.10% para el 2018, manteniéndose la diferencia del 1% entre hombres y mujeres.

Al comparar a Panamá con el resto de los países, se encuentra que está en el número 65 país del ranking de tasa de alfabetización.

Actividad económica principal:

Según el PNUD, 2020; la economía de Panamá es una de las más estables de América. Entre las principales actividades se encuentran las financieras, turísticas y logísticas, los cuales representan el 75% del PIB. También otras de las actividades relevante en el país es el Canal, la Agricultura y ganadería. El Ministerio de Desarrollo. 2019 señala que el índice de pobreza en el país es de 21.5% que corresponde a una población de 917,069 habitantes, de los cuales 10% viven en condiciones de pobreza extrema o indigencia (428,005).

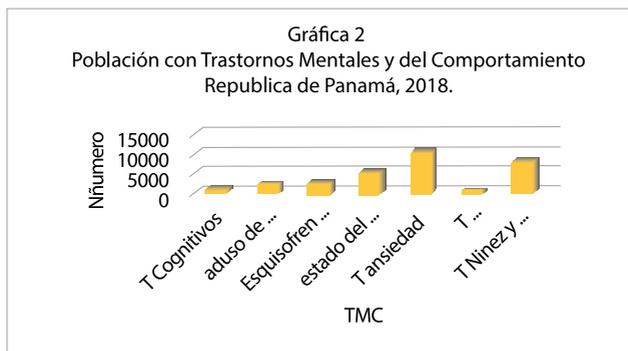
La moneda que circula en todo el territorio nacional es el dólar, aunque su moneda es el Balboa. Según el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, 2021, el salario mínimo es de \$1.60 – 3.50 / hora. ENSPA 2019 citado por MINSa 2020, refiere que el 100% de las viviendas encuestadas cuentan con acceso a una fuente de agua para beber. Explica que el 92.6% de las viviendas encuestadas a nivel nacional, se abastecen de agua para su consumo, mediante acueducto particular dentro de la vivienda, acueducto público y abastecimiento mediante pluma o toma de agua comunitaria. En el área urbana, el 58.2% de las viviendas se abastecen de agua mediante acueducto particular dentro de la casa, a diferencia del área rural en donde solo el 26.1%, y del área indígena solo el 7.6%. El 6.9% de viviendas no cuentan con la disponibilidad de excusado o servicio sanitario. Por otro lado, del 93.1% de las viviendas que, si cuentan con esta disponibilidad, el 73.3% lo tienen dentro de la casa, el 19.8% lo tienen a disponibilidad fuera de ella. Con relación al sistema sanitario utilizado en las viviendas del país, el 47.1% de las viviendas encuestadas cuenta con tanque séptico, el 28.9% disponen de alcantarillado, el 17.3% de letrinas y el 5.1% de las viviendas carecen de algún tipo de sistema para disposición de excretas. El uso de alcantarillado predomina en el área urbana (42%). En el área rural el 58.3% de las viviendas se conecta a tanque séptico, y el 7.7% usan este sistema en el área indígena. Se destaca el hecho que el área indígena el 37.4% de las viviendas no cuentan con sistema sanitario para disposición de excretas.

2. Perfil sanitario de 2019:

Las principales causas de muerte en Panamá son los Tumores malignos, accidentes-lesiones autoinfligidas-agresiones y otras violencias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas, enfermedad por virus de insuficiencia humana, neumonía, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (INEC, 2019).

En cuanto a las principales causas de morbilidad se encuentran la Rinofaringitis aguda (Resfriado común), Gastroenteritis y colitis de origen no especificada, Hipertensión esencial primaria y la obesidad. Otras causas son las enfermedades mentales más prevalentes para el año 2018, donde los

trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar, seguido de los trastornos de la niñez y adolescencia; y los trastornos del estado del ánimo. En cuanto al comportamiento por sexo las mujeres son las mayormente afectadas por estos trastornos.



El sistema de salud panameño está conformado por sector público y un sector privado. Con una población de responsabilidad estimada de 40% MINSa y 60% CSS; 15% se atiende en el sector privado, teniendo acceso a ambos sistemas.

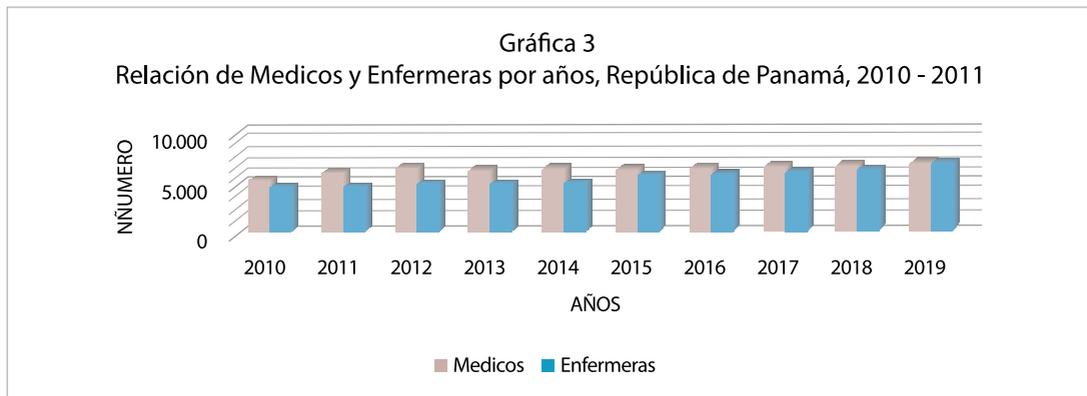
Población protegida por la CSS: 77% de la población (3,252,571), MINSa 38.6% del total de la atención registrada 2019: el sistema público estaba conformado por 939 instalaciones a nivel nacional entre los que hay 62 hospitales. Corresponden a la CSS y 855 MIMSa, (boletín estadístico de MINSa 2020).

APS: Centros de salud y policlínicas (274), subcentros de salud, puestos de salud, CSS - ULAPS -Unidad Local de atención primaria, MINSa - Capsi -centro de atención primaria (603), comités de salud, juntas de acueductos rurales (INEC, 2020).

El 100% de la población tiene derecho al acceso de la red de atención de la salud, sin embargo, el 90% (2016) realmente lo tiene en MINSa-CSS (OMS 2016), Sin embargo, la realidad es que muchas de las instalaciones están inaccesibles a la población que vive en lugares de difícil acceso, principalmente las áreas indígenas.

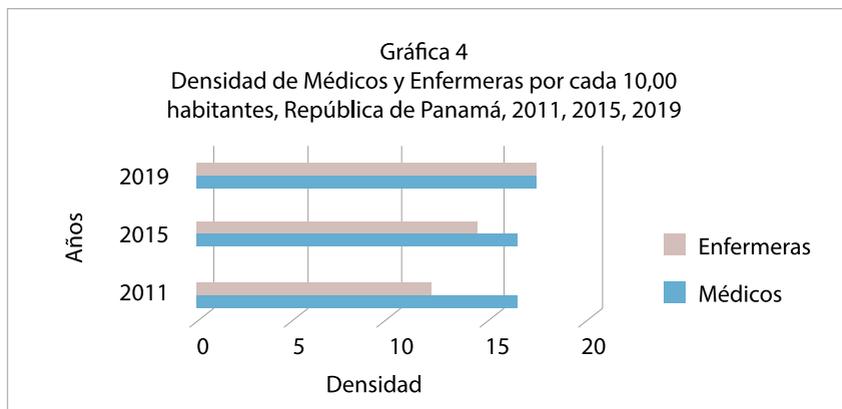
c. Perfil de recursos humanos para la salud: cantidad de médicos y enfermeras.

En la gráfica se puede apreciar claramente la relación entre médicos y enfermeras en el país. Desde el 2010 al 2014 la diferencia entre médicos y enfermeras era significativa, de 628 menos enfermeras que médicos en el 2010 hasta 1726 menos enfermeras para el 2014, es decir la brecha iba en aumento. A partir del 2015 la brecha se fue acortando hasta llegar al 2019 donde se equiparó.



d. Proporciones y densidad / 10.000 habitantes.

La densidad observada en el transcurrir de los años 2010 al 2019 se observa que fue en aumento. Para los médicos en el 2011 fue de 15.7 a 16.4 médicos por cada 10,000 para el 2019. La densidad en las enfermeras también aumento de una manera más significativa en relación a los médicos; de 11.9 a 16.4 enfermeras por cada 10,000 habitantes. En el 2019 la densidad de ambos profesionales se iguala.



f. Formación de enfermeras.

En todo el territorio nacional existen siete escuelas de enfermería, de ellas 4 forman parte de las facultades de ciencias de la salud de universidades particulares. Hay 3 escuelas que pertenecen a las 3 universidades públicas, de éstas 2 son facultades y una pertenece a la facultad de la ciencia de la salud.

g. Ingreso al trabajo de enfermería

Al terminar el plan de estudios, las enfermeras deben trabajar dos años en instituciones públicas y privadas reconocidas por el Ministerio de Salud, para obtener el Registro de Idoneidad y poder ejercer la profesión libremente.

h. Jornada laboral y salario medio

la jornada laboral es de 8 horas diarias y 40 horas semanales. En aquellas áreas que son evaluadas como de alto riesgo, la enfermera labora 6 horas diarias y 30 horas semanales. El salario inicial de la enfermera en el sector público de B/1,265.00 por mes-

i. Organización profesional (ejemplo colegio o asociaciones)

Las enfermeras de Panamá están agrupadas en una sola asociación que lucha por las condiciones laborales óptimas y la calidad de vida de éstas. La Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá cuenta con un capítulo en cada provincia del país, lo que facilita la lucha por las conquistas laborales, salariales e incentivos. Además, dentro de esta asociación están las Sociedades de especialista que también luchan por hacer valer sus derechos.

En cuanto a la organización jerárquica de la disciplina, existen cuatro niveles, estos son: enfermera básica en registro de idoneidad, enfermera básica rotadora, enfermera jefa de sala, enfermera jefe-intermedia, enfermera jefa superior. Los niveles de jefatura se someten a concursos, donde las enfermeras participan y gana la que cumple con todos los requisitos y obtiene mayor puntuación.

3. Migración de enfermeros de América Latina

a. Antecedentes de estudios:

La OPS-COMISCA (s/f) hicieron un estudio sobre la Panorámica de la Migración de médicos y enfermeras de la región de Centroamérica y República Dominicana, dirigido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana; donde Panamá realizó el estudio de la migración del país.

En el informe de Panamá, se hace referencia a la inmigración de enfermeras de la década del 80 y 90

a Italia en su gran mayoría, seguido de los Estados Unidos. También refiere la migración hacia Panamá que se dio en la década del 70, cuando hubo necesidad de enfermeras y se contrata enfermeras de sur américa, principalmente de Chile; las que en su mayoría se quedaron en Panamá.

b. Legislación y normas de migración de personal de salud, revalidación o convalidación de títulos extranjeros, requisitos de ingreso al país y residencia, normas y acuerdos de circulación subregional

Panamá forma parte de los Estados miembros de la OMS, por lo que esta adherido al Código de Prácticas para la Contratación Internacional de personal de salud de dicha organización.

Según ONU Migración (OIM) 2019, existen Convenios en Panamá relacionados al tema de migración. Estos son:

- Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97)
- Convención sobre el estatuto de los refugiados, 1951, ratificado en 1978
- Convención sobre el estatuto de los apátridas, 1954 y 1961, ratificado en 2011
- Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143)
- Convención sobre los derechos del niño, 1989, ratificado en 1990
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990.
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, ratificado en 2004

Por otro lado, la Resolución N°2 del 15 de abril de 1985, sobre le nombramiento de profesionales y técnicos extranjeros de la salud en Panamá. Contrato por un año en situaciones de escases de este recurso. El Consejo Técnico de Salud debe dar el permiso de trabajo.

También es importante señalar que en Panamá se cuenta con el Comité Nacional de Enfermería. Quien emite la Resolución N°012 (del 13 de septiembre de 2016) por la cual se adiciona el requisito de certificación de competencia profesional o técnica en la disciplina de enfermería para optar por la idoneidad. El Artículo 5 refiere que todas las enfermeras y técnicos en enfermería extranjeros interesados en labor en el sistema de salud pública o privado de Panamá deberán presentar la Certificación de Competencia Profesional o técnica, como constancia de aprobación de los exámenes, de acuerdo con las normativas existentes. (Gaceta Oficial, 2016)

Panamá protege a los migrantes a través de una Visa de trabajo. Inmigration, 2017 señala que para

poder aplicar a visa de derecho a obtener un permiso de trabajo la persona migrante debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Título profesional (apostillado o legalizado ante el consulado panameño)
2. Antecedentes penales dirigidos al Servicio Nacional de Migración de Panamá. Este documento tiene una vigencia de tres meses luego de ser emitido (apostillado o legalizado ante el Consulado de Panamá en su país de origen)
3. Fotocopia de todo el pasaporte, el cual debe tener por lo menos seis meses de vigencia al momento de presentar la solicitud de visa.
4. Si tiene dependientes: actas de nacimiento y matrimonio que prueben la filiación (apostillado o legalizado ante el Consulado de Panamá en su país de origen)
5. Los requisitos restantes (Certificado de salud, cheques a nombre de migración, carta de responsabilidad o cualquier otro, los tramitará en Panamá con la ayuda de su abogado).

Es necesario que la persona permanezca en Panamá, por lo menos siete días hábiles para tramitar la visa, al finalizar este plazo, la persona obtiene el carné de residente y podrá regresar a su país y volver a Panamá cuando lo requiera.

Sigue diciendo Inmigration, 2017 que esta visa da derecho a permiso de trabajo al solicitante principal, pero no a sus dependientes. Esta visa solo aplica para las profesiones y oficios que no aparezcan en la siguiente lista, que son carreras reservadas para panameños:

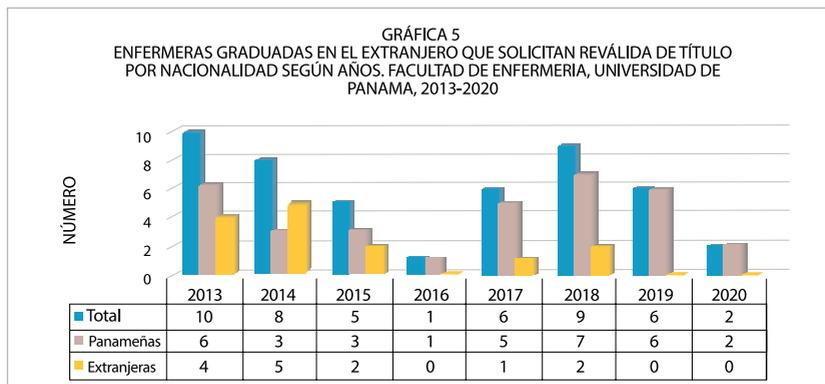
Enfermería /Ley 1 de 1954)
Barbería y cosmetología. Ley 4 de 1956
Odontología. Ley 22 de 1956
Farmacia. Ley 24 de 1963
Quiroprácticos. Decreto 8 de 1967
Nutrición. Decreto 362 de 1969
Medicina. Decreto 196 de 1970
Psicología. Ley 56 de 1975
Asistente Médico. Decreto 32 de 1975
Laboratoristas. Ley 74 de 1978
Fonoaudiología, terapistas y similares. Ley 34 de 1980
Trabajo Social. Ley 17 de 1981
Medicina Veterinaria. Ley 3 de 1983
Fisioterapia. Ley 47 de 1984
Radiología Médica. Ley 42 de 1980
Asistente Dental. Ley 21 de 1994

Es importante señalar que toda enfermera que su título sea obtenido en el extranjero, ya sea panameña o extranjera deberá revalidar el título, si el país donde lo obtuvo no forma parte del Convenio Andrés Bello de los países de la Región Andina. Ley 3 del 30 de octubre de 1980 por la cual se aprueba la adhesión de Panamá al convenio. Si forma parte del convenio, deberá someterse a un proceso de reconocimiento del título. Esta está apoyada por leyes, decretos y acuerdos relacionados con la inmigración de enfermeras (Organización Panamericana de la Salud 2008): La Ley de Enfermeras, promulgada en 1954, que establece que las enfermeras nacionales y extranjeras graduadas en el exterior deben revalidar y/o convalidar el título. Por otro lado, el artículo 9º señala que en los casos en que no hubiese enfermeras panameñas, se podrá contratar enfermeras extranjeras por el término de un año. Cabe resaltar que para ser nombrada en el sistema público de salud –Ministerio de Salud (MINSa) y Caja de Seguro Social (CSS) se requiere ser nacionalizada panameña, excepto en condiciones antes mencionada en el artículo 9º.

Inmigración de enfermeras/os: número de enfermeras, enfermeros y otros profesionales de salud formados en el extranjero, año de ingreso, país de procedencia, título, trabajo.

Con relación a la inmigración de enfermeras no se localizó registros específicos, lo que dificultó la búsqueda de la información. Además, el país cuenta con una ley de contratación que prohíbe contratar a enfermeras extranjeras, la inmigración es muy baja casi nula para los años 2011-2020.

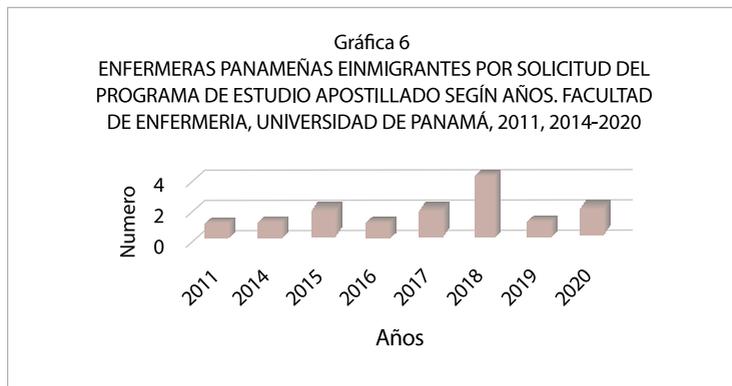
Considerando el punto anterior de la reválida del título, se encontró que tanto enfermeras panameñas que estudiaron en el extranjero como enfermeras extranjeras que inmigran sometieron el título a revalida en la Universidad de Panamá, entidad rectora de la educación superior del país. Los resultados muestran que el año 2013 fue el año en que más enfermeras realizaron revalida de título de las cuales el 40% son extranjeras. Seguido del 2018 con 9 enfermeras, siendo el 22.2% extranjeras. En tercer lugar, está el 2014 con 8 enfermeras, donde la mayoría son extranjeras, el 62.5%. Los años 2016, 2019 y 2020 no se revalidó el título a ninguna extranjera.



Estos datos señalan que 47 enfermeras en total realizaron reválida del título, de las cuales 14 son extranjeras (30%) provenientes de, Costa Rica, Nicaragua, Colombia, Estados Unidos, El Salvador, México, Cuba, Venezuela, Chile, España, República Dominicana.

Emigración de enfermeras/os: número de enfermeras/os formadas/os en el país y en el extranjero que emigraron del país, año de salida, título, país de destino.

La formación de enfermeras egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá es muy bien reconocida en muchos países, como Italia, Estados Unidos. Información exacta de las enfermeras que emigran no fue posible localizar. Un indicador que consideramos para tener idea de la emigración de enfermeras a otros países fue la solicitud del programa de estudio apostillado por parte del país a donde migraran. Como se muestra en la gráfica fueron pocas, solamente 14 enfermeras lo hicieron en un periodo de 10 años. El año 2018 se dieron 4 solicitudes, el 2015 y 2020 con dos solicitudes cada uno. El país a donde migraron la mayoría fue Estados Unidos en diversos estados (93%). Solamente una (7%) emigró a Colombia.



Conclusiones

La migración de un país es un movimiento real, el cual se debe atender según las normativas que protegen a los migrantes que llegan al territorio nacional, ya sea migración temporal o permanente. Existen legislaciones que Panamá que protegen a los profesionales de la salud nacionales, es decir que no pueden ser reemplazados por profesionales extranjeros, a menos que el país lo requiera por situaciones extraordinarias, y es la autoridad máxima de tomar la decisión.

En la búsqueda de la información no se evidencio datos de migración del recurso humano en salud, por lo que se hace necesario realizar un estudio sobre la migración de estas profesionales y llevar registros de la llegada y salida de personas profesionales de la salud.

Bibliografía

Banco Mundial Recuperado en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=PA>

Comité Nacional de Enfermería. 2016. Certificación de Competencias Profesionales. Resolución N° 012 del 13 de septiembre de 2016. Gaceta Oficial Digital del 21 de octubre de 2016. Recuperado en <https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28144/58420.pdf>

Datos Macro 2019 Tasa de alfabetización 2018. Datos macro.com, recuperado en <https://datos-macro.expansion.com/demografia/tasa-alfabetizacion/panama#:~:text=Panam%C3%A1%20tiene%2C%20seg%C3%BAn%20los%20%C3%BAltimos,ranking%20de%20tasa%20de%20alfabetizaci%C3%B3n.>

Datos Macro. 2017. Panama emigrantes totales.2017 Expansión / Datos macro.com Recuperado en <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/panama>

Datos Macro. 2019. Panama – Inmigración Artículo Cae el número de inmigrantes que viven en Panama. Periódico la Expansión / Datos Macro.com <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/panama>

Immigration 2017. Residencia permanente como profesional extranjero en Panamá. <https://immigrationvisa247.com/residencia-permanente-como-profesional-extranjero-en-panama/?lang=es>
<https://immigrationvisa247.com/residencia-permanente-como-profesional-extranjero-en-panama/?lang=es>

INEC 2016. Panamá en Cifras 2011-2015. Contraloría General de la República – Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá

INEC 2016. Panamá en Cifras 2016-2019. Contraloría General de la República – Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá

MIDES, 2017. índice de pobreza multidimensional de Panamá, año 2017. Mides.gob.pa

Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral 2021. Decreto Ejecutivo 74 del 31 de diciembre de 2021. Panamá

MINSAL 2020. Análisis de situación de salud. Panamá. Publicado en la pagina WEB del MINSAL

MINSAL-CSS (OMs 2016. Estrategias de cooperación. Observatorio Mundial de la Salud. Disponible <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

OIM/ONU Migración 2019 Panamá, Perfil 2019. Indicadores de Gobernanza de la Migración. Recuperado en [mgi-panama-2019-es https://publications.iom.int/system/files/pdf/mgi-panama-2019-es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/mgi-panama-2019-es.pdf)

OMS 2016. Estrategias de cooperación. Observatorio Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

OPS-COMISCA. s/f. Panorama de la Migración de Médicos y Enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana. Desarrollo de Recursos Humanos en salud/Migración/Migración internacional /Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana. Recuperado en https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/libro_migracion_ca/libro_migracion_ca.pdf

PNUD. 2020. (Producto Interno Bruto). <https://www.pa.undp.org/content/panama/es/home/countryinfo.html#Econom%C3%ADa>

Paraguay

Nancy Villagra Rivera

Elsa Ramos

Introducción

Paraguay es un país mediterráneo, ubicado en el corazón de América del Sur. Geográficamente está dividido en dos grandes áreas delimitadas por el río Paraguay. En el área Oriental se encuentra la mayoría de la población mientras que, en el área Occidental, se ubica la minoría. Está organizado en 17 departamentos, cada uno tiene una capital departamental. Al año 2022 la población del país se estima en 7.052.983 con una distribución equitativa de hombres y mujeres. En cuanto a economía, el país se caracteriza por su producción agrícola y ganadera (BID, 2016).

El sistema educativo paraguayo está compuesto por un ciclo escolar básico que dura 9 años; un ciclo secundario de 3 años. La educación superior se dicta en universidades e institutos, los que ofrecen una diversidad carreras en distintas áreas del conocimiento.

La carrera de enfermería se ofrece en el nivel universitario; en este sentido, la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de la Educación Superior ANEAES ha establecido unos criterios de calidad que, a partir de la realidad sociosanitaria del país, se corresponden con el mecanismo de evaluación y acreditación de carreras de grado. Este marco normativo tiene entre otros, indicadores para evaluar la gobernanza, el proyecto académico, las personas, los recursos y el impacto social de las carreras de enfermería que se dictan en el país. Por este motivo, los proyectos académicos que se ofrecen a nivel nacional tienen los mismos elementos y apuntan a un perfil de egreso común que se caracteriza por el énfasis en la formación asistencial hospitalaria.

Los profesionales de enfermería formados en el país tienen, por lo tanto, una amplia formación en la atención directa de pacientes en hospitales.

En cuanto a remuneraciones, comparado con el salario mínimo legal vigente, el país se caracteriza por una baja asignación salarial de enfermería, tanto en el ámbito público como en el privado. Por otra parte, el acceso a cargos permanentes en el área pública es difícil y es común observar a profesionales con varios años de contrato y salarios bajos, que no consiguen obtener un nombramiento que mejore sus ingresos. Ante esta realidad, la migración constituye una alternativa viable para desarrollarse profesionalmente y se ha visto que a partir de la década del 2000-2010 ha habido una intención de salir del país para buscar nuevas y mejores fuentes de trabajo para enfermería.

Sin embargo, esta realidad no ha sido debidamente documentada a nivel nacional; no existe ninguna organización que haya asumido la responsabilidad de hacer un seguimiento sistemático de la migración de profesionales de enfermería desde Paraguay al mundo.

El documento que se presenta en este informe, muestra un panorama de la situación del país en los últimos años. Posteriormente, se aborda la formación profesional en general y la específica para la disciplina enfermera. Por último, se muestran aspectos normativos importantes y actuales que se han conseguido a partir de la evidente necesidad de retener a los profesionales en el país, a partir de la mejora en las condiciones laborales.

Perfil socio sanitario del país

El último censo nacional de población y vivienda en Paraguay data del año 2012. En esta ocasión, la población total del país era de 6.672.631; de los cuales 3.371.117 son varones y 3.301.514 son mujeres (BID, 2016).

Actualmente, se realizan proyecciones a partir de este censo. En este sentido, la población estimada para el año 2018 ascendió a 7.052.983 habitantes, con una densidad de 17,3 habitantes por kilómetro cuadrado. El ritmo de crecimiento de la década 2008-2018 fue 1,51%, inferior al del decenio anterior, que fue de 1,71%.

Paraguay. Proyección de la población total y distribución por sexo. Año 2018.

Población total	Total hombres	Total mujeres
7.052.983	3.555.1403	3.497.843

En el siguiente cuadro se detalla la Proyección de la Población Total del país por sexo, según departamento correspondiente al año 2018 (DGEEC, 2018).

REGION ORIENTAL 14 departamentos	Proyección de la población total 2018	Hombres	Mujeres
Asunción (capital)	523.184	246.835	276.349
Concepción	247.675	127.376	120.299
San Pedro	424.774	222.047	202.727
Cordillera	303.242	157.314	145.928
Guairá	223.104	114.931	108.173
Caaguazú	551.774	284.561	267.214
Caazapá	187.035	96.221	90.814
Itapúa	600.011	303.722	296.289
Misiones	124.954	63.031	61.923

Paraguarí	256.224	132.498	123.727
Alto Paraná	808.172	409.994	398.178
Central	2.115.174	1.043.045	1.072.130
Ñeembucú	89.290	44.798	44.493
Amambay	167.050	83.453	83.453
Canindeyú	226.111	118.762	107.349

Distribución geografía de la población.

Se debe señalar que la población paraguaya se encuentra distribuida en forma desigual en el territorio nacional, si se consideran las regiones y las áreas geográficas respectivas.

Con respecto a la distribución en las regiones, no se han producido cambios relevantes en las últimas 6 décadas; no obstante, en las zonas urbanas y rural y en las regiones interiores, se observaron cambios importantes.

Se debe recordar como factor coadyuvante el hecho que, en una superficie de 406.752 km. cuadrados, el 97% de la población se constató que reside en el 39.3 % del territorio de la región oriental distribuida en 14 departamentos, con la capital incluida; cuya densidad poblacional es de 41.1 habitantes por km. cuadrado. En tanto, el 2.9% restante se distribuye en el 60.7 % de la superficie de la región occidental o Chaco, con 3 departamentos; la densidad de población en este sector es de 0.8 habitantes por km cuadrado.

Dicha variabilidad exteriorizada en la distribución de la población expone una concentración en pocos centros urbanos, y la constante dispersión en numerosos núcleos de baja significación urbana, lo cual puede resumirse en el desdoblamiento en áreas rurales remotas. Se puede asegurar que la concentración de la población en zonas rurales del territorio nacional es notable en sí misma, pues presenta una mayor vulnerabilidad que en las zonas urbanas; y se señala como causales bajos niveles educativos, indignos ingresos, precariedad de la vivienda; problema de acceso a los servicios sociales y de salud; limitación de transporte públicos; de lo que se deduce que la pobreza medida por ingreso es predominantemente rural en el Paraguay (DGEEC, 2020).

La migración constituye un elemento clave en la dinámica demográfica del Paraguay, ya que la misma transforma la composición por sexo y edad de la población de origen y de destino, y modifica el crecimiento de la población con la consecuente distribución en el territorio. En términos de impacto en los diversos sectores sociales, incrementa la presión demográfica sobre los servicios en las áreas de destino, y disminuye en las áreas de origen.

En el Paraguay, la emigración es más relevante que la inmigración, debido a que constituye un componente fundamental de la dinámica demográfica; tendencia que se ha mantenido a lo largo del periodo 1950- 2010, y que ocupa un peso significativo a medida que avanza el siglo XXI (DGEEC, 2020).

Según publica la ONU en Paraguay residen 160.519 inmigrantes, lo que supone el 2.28 % de la población. Se debe señalar que la inmigración masculina supera a la femenina (51.96 % hombres y 48.03 inmigrantes mujeres). Los inmigrantes provienen de Brasil 47.11%, Argentina 36.47 % y Uruguay 1.87 % (DGM,2016).

Fecha	Hombres	Mujeres	Total inmigrantes	porcentajes
2019	83.412	77.107	160.519	2.28%
2017	83.412	77.107	160.519	2.31%
2015	81.303	75.159	156.462	2.91%

Tabla de inmigrantes en el Paraguay, discriminados por sexo. Años 2015, 2017, 2019.

Perfil geográfico.

La República del Paraguay se encuentra ubicada en la parte centro sur y oriental de América del Sur y en la región norte y noreste del Cono Sur. Limita al sur, sudeste y sudoeste con la Argentina, al este con Brasil y al noroeste con Bolivia. . Está comprendida entre los paralelos 19, 18 y 27 de latitud sur, y entre los meridianos 54 y 62 oeste de Greenwich (MRE, 2022).

El territorio de Paraguay es el octavo país en tamaño de América Latina. Cuenta con una superficie de 406 752 km². Se encuentra ubicado a 611 km del Océano Atlántico y a 819 km del Océano Pacífico.

Paraguay ocupa dos regiones diferentes separadas por el río Paraguay, la Oriental que es la más poblada, y la Occidental que forma parte del Chaco Boreal. Si bien es un país que no posee costas marítimas, cuenta con puertos sobre los ríos Paraguay y Paraná, que le dan una salida al Océano Atlántico a través de la Hidrovía Paraguay-Paraná.

El vocablo Paraguay significa agua que corre al mar, traducción válida por la riqueza del sistema hídrico del país, lo cual hace mención al pantanal; se puede afirmar que el Gran Pantanal constituye una extensa área ubicada al norte del país a lo largo del Río Paraguay, formando parte de este eco sistema. Sus riachos y lagunas, flora muy variada y una sorprendente población de especies de animales, habitan en esta región considerada de gran importancia a nivel internacional.

El Paraguay no cuenta con salida al mar, de lo que se deduce que es un país mediterráneo. Si bien es cierto que no posee costa marítima, sus ríos principales el Paraguay y el Paraná que forman parte de la Cuenca del Río de la Plata, le permiten comunicarse con el Océano Atlántico. El Río Paraguay es el más importante, en tanto que el Río Paraná constituye el límite este y sur del país; ambos navegables (MRE, 2022).

Las dos regiones naturales, divididas por el Río Paraguay son dos: la oriental y la occidental; ambas poseen diferente geología y topografía. La región Oriental constituye el 39 % del territorio y aproximadamente el 97% de la población; y la región Occidental o Chaco cuenta con el 61% del territorio y el 2% de la población (Oficina de información diplomática, 2020).

Desde el punto de vista político el país cuenta con 17 departamentos, de los cuales 14 se encuentran en la región oriental y los 3 restantes en la región occidental. Los departamentos a su vez, se dividen en distritos y localidades

Clima

Los tipos de clima en Paraguay según una de las clasificaciones son tres:

- clima semiárido cálido
- clima tropical de sabana
- clima subtropical húmedo

El clima semiárido cálido es propio del noroeste del Chaco, departamento de Boquerón; el clima tropical de sabana predomina en la región occidental del Chaco y el norte de la región oriental; en cuanto al clima subtropical húmedo se ubica en la región oriental del país. La temperatura media anual del país es de 24 grados, y la máxima media anual es de 29°. Las temperaturas máximas extremas en el verano pueden superar los 40 °C; y las temperaturas mínimas en invierno pueden llegar a bajar de los 0°C.

Las precipitaciones son variables según la región; en el sureste del Paraguay, las lluvias son abundantes en todos los meses (>1700 mm/añal). Hacia el centro-norte de la Región Oriental y la región

Escolaridad

Según los últimos datos de la UNESCO, el país cuenta con una tasa de alfabetización del 94.02 %. No obstante dicha tasa ha disminuido en los últimos años, debido al claro retroceso del nivel de vida de los habitantes del país.

A continuación se presenta una tabla comparativa según datos de la UNESCO, referente a la alfabetización en el Paraguay por sexo y grupo etario; años 2016- 2018 (Datosmarco, 2019).

Fecha en años	Tasa alfabetización MUJERES	Tasa alfabetización HOMBRES	Tasa alfabetización ADULTOS	Tasa alfabetización JOVENES.
2016	93.84	95.48	94.65	98.45
2018	93.53	94.51	94.02	98.28

Analfabetismo de la población de 15 años y más

Indicadores	Valor y fuente
Analfabetismo de la población de 15 años y más edad (EPHC) 2018 (%)	Ambos sexos 5,7 DGEEC

En relación a la alfabetización de los pueblos originarios, se puede afirmar que el país tiene una gran deuda; ya que existen varias lenguas indígenas, para cuya enseñanza no se cuenta con métodos, ni los materiales correspondientes.

Son 19 las lenguas indígenas, y no se constatan personas capacitadas en las diferentes comunidades que puedan ayudar a elaborar los programas y módulos formativos en las propias lenguas. Se puede decir que estos pueblos se manejan en forma oral, y no poseen escritura en la mayoría de los casos. Muchas de las comunidades indígenas se encuentran ubicadas en diversos departamentos; y en ese caso las clases se dan en el idioma guaraní cuando la mayoría son guaraní hablante. Se trata de una alternativa que emplea el Ministerio de Educación para subsanar dicha problemática.

Actividad económica principal

La agricultura y la ganadería son las principales fuentes de la economía del país.

Agricultura: en la producción agrícola sobresalen los cultivos de la soja, el trigo, la caña de azúcar; algodón, maíz, tabaco y la yerba mate, además de verduras y frutas. En los últimos años se ha in-

crementado significativamente la superficie destinada al cultivo del algodón, la soja y la mandioca, mientras que se mantiene la destinada al cultivo del maíz y, en menor medida del trigo; a estos cabe añadir los de batata, cebolla, habilla.

En relación a las cosechas propias del país, el CNAEP las clasifica en:

- Cosechas no perennes, entre las que se citan los cultivos de arroz, cereales, plantas y semillas oleaginosas; soja, maíz; trigo, girasol, sésamo, legumbres; de hortalizas, melones, raíces y tubérculos; cultivo de mandioca, papa y batata; de hortalizas de hoja y otros; hortalizas frescas. Cultivo de caña de azúcar; tabaco; algodón.
- Cosechas perennes: uvas, piña, frutas tropicales y sub tropicales; mangos, murucuyá, cítricos (BID, 2016).

Distribución geográfica de los cultivos.

El algodón se encuentra principalmente en la región Oriental. El trigo se cultiva únicamente en la región Oriental, sobresaliendo su producción en los departamentos de Alto Paraná e Itapúa. El cultivo del poroto se encuentra muy repartido por todo el país, siendo Caaguazú el departamento que dedica una mayor superficie a este producto.

Considerando la importancia que algunos de estos productos tienen para la economía paraguaya, el Gobierno ha prestado especial atención en los últimos años a la reactivación de los cultivos del algodón y la soja.

La caña de azúcar no ha obtenido un significativo avance en la superficie de siembra, aunque se ha observado un aumento de la productividad, debido a que se han introducido nuevas variedades de mayor potencial que ofrecen un mayor rendimiento. También se está avanzando en la industrialización de azúcar orgánico, dado la preferencia de los mercados por este producto.

La ganadería del Paraguay cuenta con numerosas cabezas de bovinos, lo cual representa el 12.2% del PIB del país; la ganadería emplea el 17.6 % de la población económicamente activa; de lo que se deduce que representa el sustento de más de 2 millones de habitantes. Por su parte, la situación sanitaria del ganado corresponde a un país libre de fiebre aftosa.

En relación a la distribución de la población bovina, la Región Oriental posee el 63 % de la misma, y la Región Occidental solamente el 9 % del total.

Dentro de la producción pecuaria, el CENAEP clasifica el ganado de la siguiente manera: cría de ga-

nado vacuno con destino a la producción de carne, cría de ganado vacuno lechero, se cita también el ganado equino, ovino caprino, porcino y aves de corral (DGEEC, 2009).

El Ingeniero Esteban Narbono en la revista Plan Agropecuario hace referencia al destino de las exportaciones de carne bovina en el Paraguay, y señala que en los últimos años se constató una variación importante. A inicios del año 2000, el 95 % de las mismas se realizaba con los países limítrofes; las exportaciones fueron disminuyendo hasta llegar a 50%. En el año 2009 el Paraguay inicio con las exportaciones de carne bovina a otros países, a Rusia, Venezuela; le siguen Vietnam, Egipto, Brasil, Angola, Israel, Arabia Saudita y otros (Plan agropecuario, 2017).

El CENAEP brinda también una clasificación relacionada a las actividades económicas del país, las que corresponden a las industrias manufactureras; entre las mismas se citan: Elaboración de productos alimenticios, Procesamiento y conservación de carnes, de frutas y hortalizas, de productos lácteos, Elaboración de productos de molinería, almidones y derivados entre otros. (DGEEC, 2009).

La publicación digital Vivienda, 2018 (PNVH) hace referencia al panorama general de la economía paraguaya; entre las actividades que lideran el sector, detalla las que siguen:

- la producción de energía eléctrica, a través de las 2 Centrales Hidroeléctricas binacional, la de Yacyreta y la de Itaipu
- la producción agrícola y ganadera

Según dicha publicación se puede señalar que tanto la producción de energía eléctrica como la industria agrícola ganadera representaron más del 60% de las exportaciones, de un total de USD 8.328 millones en 2015 (Política Nacional de la Vivienda y el Hábitat del Paraguay, 2018).

La represa de Itaipu es una central hidroeléctrica binacional, en la que Paraguay y Brasil son socios; la misma se encuentra ubicada en la frontera entre ambos países, sobre el Rio Paraná. Esta represa está catalogada como la mayor planta hidroeléctrica del mundo, por su volumen de producción.

La represa Yacyreta es una entidad binacional entre Argentina y Paraguay, también construida sobre el Rio Paraná en su curso alto.

En relación con las centrales hidroeléctricas, se constató un importante documento presentado por el Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD); lo cual constituye un marco de referencia de formulación de políticas públicas del país. El mismo hace referencia al propósito de dichos emprendimientos, entre los que destacan la ampliación del acceso a la energía, el desarrollo de energías renovables no convencionales, la transición a electro- movilidad, y la transformación en desarrollo de renta hidroeléctrica. Se puede señalar que dicho manifiesto constituye un reto propio de cualquier proyecto de desarrollo (PNUD, 2019).

Índice de pobreza

La población en situación de pobreza constituye el conjunto de personas residentes en hogares, con ingresos inferiores al costo de una Canasta Básica de Consumo; o sea el conjunto de bienes y servicios que satisfacen ciertos requerimientos alimentarios y no alimentarios.

A nivel nacional, la incidencia de la pobreza total se encuentra en el orden del 23,5%; no obstante se registró una disminución de la misma de unos 0,7 puntos porcentuales, comparando los últimos dos años 2018-2019 (24,2% vs. 23,5%).

Además se pudo detectar que alrededor de 22 mil personas salieron de la pobreza total en el año 2019, en relación con datos del año anterior.

Dicha reducción es más notoria en áreas rurales (1,2 puntos porcentuales: 34,6% a 33,4%), mientras que en áreas urbanas la incidencia se mantiene (17,8% a 17,5%).

La ocurrencia de la pobreza extrema a nivel nacional en el año 2019 fue del 4,0%; lo cual representa una disminución aproximada de 0,8 puntos porcentuales respecto al año 2018 (4,8% vs. 4,0%) (DGEEC, 2020).

Desempleo, pobreza y vivienda.

A nivel nacional, la incidencia de la pobreza total se encuentra en el orden del 23,5%; no obstante se registró una disminución de la misma aproximadamente de 0,7 puntos porcentuales, comparando los últimos dos años 2018-2019 (24,2% vs. 23,5%). Lo cual significa que aproximadamente 1.657.000 personas tienen ingresos per cápita inferiores al costo de una canasta básica de consumo, estimado para el año 2019.

Además se puede detectar que alrededor de 22 mil personas salieron de la pobreza total en el año 2019 si se contratan los valores absolutos del año 2018, cuando 1 millón 679 mil personas se encontraban dentro de la pobreza total.

Dicha reducción se constata en áreas rurales (1,2 puntos porcentuales: 34,6% a 33,4%), mientras que en áreas urbanas la incidencia se mantiene (17,8% a 17,5%).

La incidencia de la pobreza extrema a nivel nacional en el año 2019 fue del 4,0%; lo cual representa una disminución aproximada de 0,8 puntos porcentuales respecto al año 2018 (4,8% vs. 4,0%); producto principalmente de lo que se registró en áreas rurales, donde la incidencia de la pobreza extrema

pasó de 10,0% a 7,8%. Se debe señalar que en las áreas urbanas la incidencia se mantiene (1,6% a 1,8%) (DGEEC, 2020).

En lo que respecta al desempleo, actualmente se observa una tendencia general a la baja, considerando que en el año 2002 este afectaba al 10,76% de la población económicamente activa y al 4,09% del mismo segmento poblacional en el 2012; año a partir del cual los valores han vuelto a aumentar. Los datos además señalan que la tasa de desocupación o desempleo abierto afectó al 6,0% de la población. Por otra parte, la subocupación por insuficiencia de tiempo de trabajo (subempleo visible) fue de 6,3% (DGEEC, 2020).

El salario mínimo en Paraguay el año 2019 se establece USD 355 (Gs 2.192.839). El mismo rige desde el 1 de julio 2019, según decreto número 2046 de 28 de junio de 2019.

En el siguiente cuadro se puede valorar la evolución del PIB per cápita en el Paraguay, periodo 2016-2019 (DGEEC, 2020).

Año	Evolución PIB anual	Evolución PIB per cápita
2016	32. 572 USD	4.752 USD
2017	34.530 USD	4.966 USD
2018	34.196 USD	4.848 USD
2019	34.074 USD	4.837 USD

Perfil sanitario de 2019:

Entre las diez primeras causas de muerte en el Paraguay correspondientes al año 2018, se citan las siguientes (MSPBS, 2019).

1. Enfermedades del sistema circulatorio
2. Tumores
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Enfermedades respiratorias
5. Accidentes
6. Enfermedades perinatales
7. Diabetes Mellitus
8. Diarreas
9. Homicidios
10. Septicemia

Las causas de morbilidades en el Paraguay correspondiente al mismo periodo, se detallan a continuación:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Tumores
3. Diabetes
4. Enfermedades respiratorias crónicas (Son considerados como factores de riesgo de las patologías mencionadas la obesidad, la inactividad física, la alimentación insana y el tabaquismo).
5. Se detallan otras tres causas de morbilidades en el país.
6. Enfermedades crónicas
7. Trastornos mentales
8. Enfermedades renales (MSPBS, 2019)

Cuadro comparativo referente a las causas de mortalidad y morbilidad en Paraguay. Año 2018 (OPS, 2019).

	Causas de mortalidad en Paraguay. Año 2018		Causas de morbilidad en Paraguay Año 2018
1	Enfermedades del sistema circulatorio	1	Enfermedades cardiovasculares
2	tumores	2	tumores
3	Enfermedades cerebrovasculares	3	diabetes
4	Enfermedades respiratorias	4	Enfermedades respiratorias crónicas
5	Accidentes	5	Otras enfermedades crónicas
6	Enfermedades perinatales	6	Trastornos mentales
7	Diabetes mellitus	7	Enfermedades renales
8	diarreas		
9	homicidios		
10	septicemias		

El artículo denominado Atención Primaria de la Salud en Paraguay. Panorama y perspectiva. Año 2011 visualiza los resultados de una investigación realizada en el Paraguay (Facultad de Ciencias Médicas, de Enfermería de la UNA; Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud; el MSPY BS del Paraguay, y por el Dpto. de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Rio de Janeiro; además de otras instituciones).

Los resultados de la investigación señalan que las actividades de APS se desarrollan en forma aislada en el Paraguay, mediante diferentes programas verticales y con escasa coordinación y articulación. Se reporta una brecha significativa en la cobertura y articulación de la estrategia.

Son numerosas las personas que no pudieron acceder a la atención porque no tienen accesibilidad a la atención por las barreras geográficas y culturales existentes.

Se constató la dispersión de los servicios. Además la problemática del idioma impiden el acceso de muchos que solo hablan en guaraní. Por otro lado, los indígenas cuentan con una concepción diferente del fenómeno salud- enfermedad.

En lo que respecta a los recursos y tecnologías disponibles, la investigación da cuenta de que son insuficientes para la demanda; lo cual se traduce en falta de acceso, ausencia de oportunidades de atención y pérdida de continuidad de los procesos asistenciales. Según reportes de la investigación, el actual programa de atención primaria hace referencia a la aplicación en el país de la aplicación en el Paraguay de la APS, mediante la inclusión de las Unidades de Salud Familiar como puente de entrada del sistema de salud.

Se reportó en el estudio la organización de los equipos de atención primaria centrados en familias en su territorio real, con agentes comunitarios seleccionados por ellos mismos destinados a realizar la recolección de la información para la posterior toma de decisiones. Los mismos se encargan de trabajar con los diferentes actores sociales para lograr el fortalecimiento del acceso, el respeto, la accesibilidad y la continuidad.

Sin embargo en la implementación de dicho programa, los investigadores constataron un déficit de trabajadores de la salud calificados, además observaron que el trabajo en equipo está poco desarrollado; y que los profesionales de la salud prefieren desempeñarse en hospitales y en ciudades. Las debilidades que citan corresponden a los recursos humanos y financieros, la rectoría por el MSPBS. Se destaca el desconocimiento del concepto de APS, deficiencia de las instituciones formadoras e integración al Sistema Nacional de Salud.

Como fortaleza, el estudio señala los recursos humanos que trabaja; las personas y las organizaciones de las comunidades que brindan apoyo frente al desarrollo de la APS.

Por último, el estudio destaca la necesidad de un mayor aporte financiero, y de recursos humanos con una adecuada capacitación; además de la adopción de un enfoque más programático.

La investigación a cargo de la Dra. Claudina Zavatiero que data del año 2018, evalúa las Unidades de Salud Familiar implementadas desde el 2008 por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. Las principales debilidades identificadas en dicho estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos. También se constató la necesidad de aumentar en forma significativa el número de unidades; llama la atención el estancamiento en la implementación de nuevas unidades en los últimos años, lo que hace inferir que el grado de priorización depende específicamente de la voluntad política y de la inversión financiera.

Se puede concluir que los resultados de la Evaluación de las Unidades de Salud Familiar llevada a cabo en año 2018, no reportan los cambios esperados en relación a la investigación realizada en el año 2008.

Perfil de recursos para la salud

Según el informe cuentas nacionales de la fuerza laboral en salud del año 2020, Paraguay cuenta con un total de 10399 Enfermeras, de las cuales 8139 son profesionales y 2260 son técnicas o auxiliares. De este total el 83% son mujeres y el 17% son varones.

En este mismo informe se muestra que el 46,6% de la fuerza laboral en salud corresponde a Enfermeras, el 42,2% son médicos, el 5,2% son obstetras, el 5,1% son odontólogos y el 1% son Farmacéuticos.

Proporciones y densidad /10.000 habitantes

Según el informe cuentas nacionales de la fuerza laboral en salud del año 2020, Paraguay existe una densidad de 14,9 enfermeras por 10000 habitantes.

No se cuenta con datos relacionados a brechas de cobertura.

Características de la formación de enfermeras

En el año 2020 en Paraguay hay 40 instituciones de Educación Superior que dictan la carrera de Enfermería. Muchas de ellas tienen filiales en diferentes ciudades del país, lo cual aumenta la oferta académica. No obstante; menos de la mitad de los programas cuentan con acreditación por el modelo nacional de evaluación que establece la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior ANEAES.

La Ley 3.206 del Ejercicio Profesional de Enfermería establece que la duración de la Licenciatura en Enfermería es de 4 años u 8 semestres.

En este contexto, se proponen 3 Áreas de conocimiento que deben incorporar las escuelas formadoras:

- Área científica básica
- Área Profesional
- Área complementaria
- Se establece además que la carga horaria debe distribuirse de la siguiente forma:
- 48 – 50% del total es práctico
- 50 -52% del total es teórico (SIL, 2007).

Ingreso al trabajo de enfermería

El ingreso al trabajo de enfermería se permite a aquellas personas que cuenten con registro profesional expedido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Si bien existen llamados a concurso convocados principalmente por el órgano rector, los mismos no son frecuentes para el ingreso al mercado laboral.

Jornada laboral y salario medio

La jornada laboral establecida en la Ley de Enfermería es de 30 horas semanales. Constituye excepción aquellos profesionales que se desempeñan en áreas críticas como quirófanos, unidades de terapia intensiva, servicios de nefrología entre otros.

En cuanto al salario, el Ministerio de Salud se establece un piso salarial de Gs. 3.650.000 para las nuevas enfermeras contratadas que se incorporan al sistema.

La Carrera Profesional de Enfermería aprobada en el año 2020 en la Ley 6625 establece un escalafonamiento salarial que considera los siguientes aspectos (DACCN, 2020):

- Evaluación del desempeño
- Capacitación / formación
- Experiencia específica

Nivel Profesional			
Sub Nivel	Antigüedad Capacitación	Salarios Mínimos	En USD
Enfermera Profesional I	1 a 5 años	2.4 salarios mínimos	816
Enfermera Profesional II	6 a 10 años	2.9 salarios mínimos	986
Enfermera Profesional III	11 a 15 años	3.4 salarios mínimos	1156
Enfermera Profesional IV	16 a 20 años	3.7 salarios mínimos	1258
Enfermera Profesional V	21 a 25 años	4.5 salarios mínimos	1530
Técnico Enfermería			
Técnico Enfermería I	1 a 5 años	1.7 salarios mínimos	578
Técnico Enfermería II	6 a 10 años	2.1 salarios mínimos	714
Técnico Enfermería III	11 a 15 años	2.5 salarios mínimos	850
Técnico Enfermería IV	16 a 20 años	3 salarios mínimos	1020
Técnico Enfermería V	21 a 25 años	3.9 salarios mínimos	1326
Auxiliar de Enfermería			
Auxiliar Enfermería I	1 a 5 años	1.5 salarios mínimos	510
Auxiliar Enfermería II	6 a 10 años	1.7 salarios mínimos	578
Auxiliar Enfermería III	11 a 15 años	2 salarios mínimos	680
Auxiliar Enfermería IV	16 a 20 años	2.2 salarios mínimos	748
Auxiliar Enfermería V	21 a 25 años	2.5 salarios mínimos	850

(23) Ley 6625

Organización profesional

En Paraguay existen dos organizaciones que nuclean a profesionales de Enfermería.

La primera y más antigua es la Asociación Paraguaya de Enfermería APE. Esta organización fue constituida en 1953 y actualmente está asociada al Consejo Internacional de Enfermeras CIE, a la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería FEPPEN y a la Internacional de Servicios Públicos ISP. Cuenta con un estatuto social aprobado por asamblea extraordinaria el 18 de noviembre de 2002.

Actualmente la asociación cuenta con 3143 socios activos distribuidos en los 17 departamentos del país. Para afiliarse a la APE se requiere completar un formulario y abonar una cuota social de Gs. 30.000 (U\$ 4,5) mensuales. La asociación se caracteriza por estar permanentemente visible en el contexto sanitario nacional abogando por los derechos de los profesionales de enfermería del país, organizar actividades científicas, gremiales y recientemente publicó un boletín digital al que acceden alrededor de 9000 personas (APE, 2021).

En segundo lugar, la Federación Nacional de Enfermería FENAE, la cual fue fundada en el año 2005 y

actualmente cuenta aglutina a 5 sindicatos de Enfermería:

1. Sindicato de Enfermería del Instituto de Previsión Social SENIPS
2. Sindicato de Enfermería del Hospital Nacional SEHN
3. Sindicato de Enfermería del Hospital Distrital de Capiatá SINODHCA
4. Sindicato de Enfermería del Hospital de Areguá
5. Sindicato de Enfermería del Instituto Nacional del Cáncer

Estos sindicatos están habilitados por el estatuto de la federación para emitir voz y voto en las actividades del gremio. Existen otros 7 sindicatos asociados a la FENAE, pero que no son de Enfermería por lo tanto no tienen injerencia en las decisiones.

Migración de enfermeras y enfermeros

a. Legislación de migraciones: adhesión al Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud de la OMS

No existen antecedentes relacionados a este ítem.

b. Requisitos de ingreso al país y residencia, normas y acuerdos de circulación subregional

El ingreso de extranjeros al país está regulado por la Constitución Nacional (BACCN, 2021) y la Ley 978 de Migraciones (BACCN, 2013). Esta ley regula la migración de extranjeros y la emigración y repatriación de nacionales, a los efectos de promover la corriente poblacional y de la fuerza de trabajo que el país requiere. A los efectos del ingreso y permanencia en el país, los extranjeros pueden ser admitidos en la categoría de "residentes" y "no residentes". A su vez los residentes pueden ser temporales o permanentes dependiendo de la actividad que declaren al momento de realizar el trámite de residencia en el país.

En cuanto a la residencia permanente, el Artículo 43 de la Ley establece:

El extranjero que solicite la residencia permanente o temporaria deberá presentar a la Dirección General de Migraciones o al Consulado competente, según corresponda, los siguientes documentos:

- a) Pasaporte o documentos de viaje sustituto válido que acredite fehacientemente la identidad;
- b) Certificado de antecedentes penales o policiales del país de origen o de su residencia de los últimos cinco años.

Se exceptúan de esta obligación a los menores de catorce años;

- c) Certificado médico expedido por autoridad sanitaria o facultativo reconocido por el Consulado en el que se establezca su condición psicofísica;

- d) Partida de nacimiento y de estado civil o prueba supletoria en su defecto, producida de acuerdo con la legislación nacional;

- e) Declaración jurada mencionada en el Artículo 23;
- f) Título profesional o certificado que acredite la actividad u oficio que se tomará en cuenta para otorgarle el permiso de ingreso; y,
- g) Certificado o constancia fehaciente de solvencia económica (BACCN, 2013).

En relación a la emigración, la Ley establece que es responsabilidad de la Dirección General de Migraciones establecer mecanismos de apoyo al paraguayo inmigrante con el fin de: informar sobre las posibilidades de ocupar una posición laboral en el país antes de decidir sobre el acto a emigrar; informar sobre la situación política, socio-económica, salarios, poder adquisitivo y sistema de seguridad social del país receptor, sus posibilidades de ascenso en la escala social y los eventuales problemas de inserción y asimilación que deban superar los emigrantes paraguayos en la sociedad de destino e intervenir o asesorar al emigrante nacional en relación a las ofertas o contratos de trabajo que le formulen desde el exterior (DGM, 2016).

c. Normas de validación de títulos

El reconocimiento y la validación de los títulos extranjeros se considera en la Ley N° 4996/2013 de Educación Superior. Al respecto se considera que una persona debe validar su título para el correspondiente ejercicio profesional, cuando el mismo haya sido obtenido en una institución reconocida y debidamente acreditada en el extranjero. El órgano encargado del proceso de validación es el Consejo Nacional de Educación Superior CONES. En los Artículos 74 y 75 de la citada Ley se establecen la Homologación de los títulos obtenidos en el exterior (CONES, 2013):

Artículo 74.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Consejo Nacional de Educación Superior reglamentará decreto y resoluciones, mediante, la homologación de títulos obtenidos en el exterior. El ejercicio profesional de los extranjeros se registrará por los convenios internacionales vigentes y por las leyes de la República del Paraguay.

Artículo 75.- El reconocimiento de estudios completos realizados en el extranjero estará a cargo del Consejo Nacional de Educación Superior, que lo reglamentará. Este procedimiento será previo al registro oficial del título en el Ministerio de Educación y Cultura.

Posteriormente, se promulga la Resolución 454/2016 sobre el reconocimiento de títulos de grado y posgrado otorgados por instituciones de educación superior en el exterior y la Resolución 211/2018 que reglamenta el procedimiento para el reconocimiento de los títulos expedidos por instituciones de educación superior en el extranjero (CONES, 2016).

No existen antecedentes respecto a inmigración o emigración de profesionales de enfermería.

a. Conclusiones

La formación profesional de enfermería en Paraguay está reglamentada desde el año 2007 por medio de la Ley 2.306 del Ejercicio Profesional de Enfermería. Este marco normativo regula además la práctica, el desempeño y la jubilación disciplinar. Se reconocen tres niveles: auxiliares, técnicos y licenciados; solo estos últimos se forman en las universidades y son profesionales.

En el año 2021 se aprueba en el país una Ley para que los enfermeros y enfermeras de todos los niveles puedan acceder a un escalafón salarial por meritocracia; esta nueva realidad pone en evidencia la necesidad de gestionar mejores condiciones laborales para la disciplina y con ello retener a quienes han previsto emigrar en busca de mejores condiciones laborales y mejores salarios. Existe, además una regulación para el reconocimiento títulos extranjeros en el país, pero no se tiene registro accesible de cuántos profesionales de enfermería han ingresado al país para trabajar.

A partir del año 2000 se observa una tendencia a la migración hacia países de Europa y América del Norte; esta realidad se conoce, pero no se tiene un registro que permita analizar su tendencia con rigor metodológico. Ante esta situación, la migración de enfermeros y enfermeras desde Paraguay es un problema actual que merece ser abordado desde múltiples sectores a fin de conocer en profundidad su origen y predecir sus consecuencias.

b. Recomendaciones.

A partir de los datos encontrados y también de aquellos que no fue posible recolectar, es necesario iniciar las gestiones para que la migración de enfermería en el país sea considerada una prioridad en materia de investigación.

Las instituciones de educación superior que han recibido la certificación de calidad, debieran considerar dentro de sus estrategias de seguimiento a egresados, un capítulo dedicado exclusivamente a la migración.

El gremio de enfermería tiene un rol fundamental en el problema, ya que no solo nuclea a un gran número de profesionales en el país, si no que forma parte de redes internacionales que podrían facilitar la localización de los profesionales paraguayos en el extranjero.

El Ministerio de Salud es el ente rector a nivel país; a través de la Dirección Nacional de Enfermería se posiciona estratégicamente para direccionar la retención de profesionales y alcanzar a los profesionales que han migrado.

Si bien la cultura de la investigación es incipiente en Paraguay, el abordaje de la migración de enfermería resulta un tema atractivo de estudiar desde una perspectiva multisectorial.

Referencias

Agencia nacional de evaluación y acreditación de la educación superior ANEES (2022), Informe sobre carreras del área de la salud.

APE (2021), Boletín. <https://boletin-ape.com>

BACCN (2020). Ley N° 6625 / Regula la carrera profesional del personal de enfermería del sector público. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9416/ley-n-6625-regula-la-carrera-profesional-del-personal-de-enfermeria-del-sector-publico>

BACCN (2021). Constitución de la República del Paraguay. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9580/constitucion-nacional->

BACCN (2013). Ley de extranjeros en el Paraguay. <https://www.bacn.gov.py/buscar/buscar?s=Ley+978>

Banco Interamericano de Desarrollo (2009- 2016). Análisis de políticas agropecuarias en Paraguay. Cuantificación de los apoyos al sector agropecuario. Asunción, BID

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. (2006). Las prioridades de la salud proyecto sobre

prioridades para el control de enfermedades. Washington DC, Banco Mundial

CONES (2013). Ley N° 4995 de educación superior. <http://www.cones.gov.py/ley-4995-de-educacion-superior/>

CONES (2016). Por la cual se reglamenta el artículo 75° de la ley n° 4995/2013 “de educación superior” sobre el reconocimiento de títulos de grado y postgrado otorgados por instituciones de educación superior en el exterior <http://www.cones.gov.py/resolucion-cones-n-4542016-por-la-cual-se-reglamenta-el-articulo-75-de-la-ley-n-49952014/>

Cultura del Paraguay. Recuperado de wikipedia.org/wiki

Expansión/ Datosmacro (2019). Inmigración en Paraguay. La inmigración se mantiene estable en Paraguay. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/paraguay>

Expansión / Datosmacro (2020). Tasa de alfabetización en Paraguay. Cae la tasa de alfabetización en Paraguay. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/paraguay>

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2020). Anuario estadístico 2018. Asunción, DGCE

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2020). Principales indicadores de pobreza monetaria y distribución de ingresos: objetivos de desarrollo sostenible. Fernando de la Mora, DGEEC

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2018). Anuario estadístico 2018. Asunción, DGEEC

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2017). Anuario estadístico 2017. Asunción, DGEEC

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2015). Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad. 2000- 2025. Fernando de la Mora, DGCE

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2013). Anuario estadístico 2012. Asunción, DGEEC

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2009). Clasificación Nacional de Actividades Económicas del Paraguay. Fernando de la Mora, CNAEP

Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (2007). Encuesta permanente de hogares. Asunción, DGCE

Dirección General de Migraciones DGM (2016). Estadísticas de movimiento migratorio de ingreso y salida del país. Recuperado de <http://www.migraciones.gov.py/index.php/estadisticas>

Dullak, R. (2011). Atención primaria en salud panorámica y perspectiva. Revista Ciencia y salud colectiva. Rio de Janeiro, Vol.16, Núm. 6, pp. 2865-2875. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600024>

Instituto de Ciencias Sociales de Paraguay (2019). Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica de Paraguay 2000- 2025. Asunción, ICSSO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2019). Análisis de las enfermedades crónicas no transmisibles. Asunción, MSPBS

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2019). Análisis de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Asunción, MSPBS

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2014). Plan Nacional de acción 2014- 2024, para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Recuperado de <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/plan-nacional-de-accion-2014-2024/>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2019). Indicadores básicos de salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Asunción, MSPBS. Recuperado de <http://portal.mspbs.gov.py/digies/publicaciones/indicadores/>

Ministerio de Relaciones Exteriores MRE. (2022). Datos generales. <https://www.mre.gov.py/em-bapar-ecuador/index.php/el-paraguay/datos-generales>

Oficina de información diplomática. Ficha país Paraguay. (2020). https://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/PARAGUAY_FICHA%20PAIS.pdf

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2010). Salud en las Américas. Washington DC, OPS/ OMS. Recuperado de <http://paho.org/hia/index.html>

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2007). Salud en las Américas. Washington, OPS/ OMS. Recuperado de <http://paho.org/hia/index.html>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2019). Indicadores básicos de Salud Paraguay 2019. Asunción, OMS/OPS

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2019). Salud en las Américas. Washington DC, OPS/ OMS. Recuperado de <http://paho.org/hia/index.html>

Política Nacional de la Vivienda y el Hábitat del Paraguay (2018). Digital Vivienda. Asunción, PNVH Plan agropecuario (2017). El ritmo de faena actual y su efecto sobre las existencias de vacunos https://www.planagropecuario.org.uy/publicaciones/Revista_on_line/Revista_162/files/assets/basic-html/page1.html

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2019). Vivienda. Recuperado de py.undp.org

Salario mínimo en Paraguay (2021). Recuperado de [//es.wikipedia.org/wiki/](https://es.wikipedia.org/wiki/)

SIL (2007), Ley 3206 del Ejercicio profesional de enfermería en Paraguay. <http://silpy.congreso.gov.py/ley/134571>

Perú

Sonia Velasquez Rondon
Amelia Morillas Bulnes
Ester Ramirez Garcia
Maria Arcaya Moncada
Elena Cachicatari Vargas
Margarita Velasquez Oyola
Miriam Otiniano Hurtado

Introducción

La migración internacional es el desplazamiento de enfermeras/os de un país a otro en búsqueda de mejores condiciones de vida, en el cual permanecen más de un año en el lugar de destino (1).

El Perú ha sido uno de los países de América Latina que ha tenido cifras altas de migración de enfermeras/os y otros profesionales de la salud en menor proporción, producto del gran desempleo, bajos salarios y las facilidades que daban algunas empresas que contribuían con visas, pasajes y otros para trasladar a enfermeros a Italia y Europa en general (2).

La migración internacional se inició desde el año 1980, con enfermeras tituladas egresadas de diversas universidades, el mayor porcentaje correspondía a universidades públicas, subvencionadas por el estado peruano, teniendo un costo alto (3).

La mayoría de enfermeras peruanas han migrado a Italia, España, las razones que dan es por el idioma y la facilidad del aprendizaje del italiano, a los países de habla inglesa u otro migraron en menor cantidad, porque tenían dificultades para certificar el idioma, lo que ocasionaba estrés y mayor carga de trabajo (4). Este hecho se ha producido por la falta de incentivos a los enfermeros para trabajar en su país, así como la ausencia de una política de retención de recursos humanos por parte del estado peruano, además, la migración, es un derecho que tienen los enfermeros de buscar mejores oportunidades de trabajo que satisfagan sus necesidades fundamentales (3,4).

La fuga de talentos que se ha tenido en los últimos años en el Perú, ha contribuido al presupuesto del estado por los montos remitidos como remesas a sus familias, para su sustento, sin embargo, ha ido disminuyendo a partir del 2018, debido a la crisis económica existente en Europa, obligando a varias enfermeras a retornar al país, empero, la situación laboral para ellas es complicada. Se ha producido un cambio en el 2020 con el surgimiento de la pandemia por COVID – 19, porque han logrado obtener trabajo en su profesión, por los escasos de recursos humanos en salud (5,6,7).

La investigación pretende mostrar el comportamiento migratorio de enfermeras en los últimos diez

años, buscando las tendencias, patrones de migración, identificando las causas de estos hechos, las consecuencias para el país, así como la magnitud a través del tiempo entre otros, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la magnitud de la migración de enfermeros peruanos en los años 2010 al 2019?

Objetivo General

Analizar la magnitud de la migración de enfermeros en el Perú en los años 2010 al 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población en estudio considerando el perfil sociodemográfico, sanitario, laboral y de recursos humanos en el país
2. Establecer las condiciones laborales y económicas de los recursos humanos peruanos
3. Identificar la densidad de recursos humanos de salud, estableciendo las brechas de coberturas por departamentos
4. Determinar la tendencia de emigración de enfermeros, identificando los procesos de reválida de títulos
5. Precisar la inversión del estado en los flujos de migración de los enfermeros peruanos
6. Revisar las políticas de regulación de agencias de reclutamiento, y las de retención de recursos humanos

Metodología

La investigación empleó como método la revisión integrativa, cuya finalidad es sintetizar los resultados de la literatura para conocer exhaustivamente la información sobre un tema específico.

Se siguieron las cinco etapas de la revisión integrativa recomendadas por Whitemore y Knafl (8): la primera identificación del problema, segunda búsqueda en la literatura, la tercera la evaluación de los datos y la quinta presentación de los resultados.

La identificación del problema se expresa con la interrogante: ¿Cuál es la magnitud de la migración de enfermeros peruanos en los años 2010 al 2019? La búsqueda de la literatura se realizó en diversas bases de datos usando los descriptores DeCS, descriptores de ciencias de la salud, con las palabras claves emigración, enfermeros peruanos, magnitud, migración. La información compilada en diversas bases de datos: PubMed, LILAC, Scopus, Scielo, Google Scholar, Alicia, Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Banco Mundial, Organización de Estados Americanos, Colegio de Enfermeros del Perú. También se utilizó

la literatura gris de los repositorios de universidades, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, de Economía y Finanzas, Instituto Nacional de Estadística, Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería del Perú y otras instituciones involucradas en la investigación.

Los criterios de inclusión consideran artículos que respondan a la interrogante, publicados en línea, con acceso total a la información, artículos de migración de enfermeros de los años 2010 al 2019, publicados en español, portugués e inglés, en la que se muestra la magnitud del problema. Fueron excluidos los artículos que incumplían estos criterios.

Se realizó una preselección de artículos, examinando el título, palabras claves, el resumen, los seleccionados se revisaron en su totalidad, para incorporar a la muestra final de la revisión integrativa. La tercera etapa es la evaluación de los datos, se usó un instrumento en la que se consideró la base de datos de la publicación el título, autor, objetivo, método de investigación y resultados y/o conclusiones. La cuarta etapa de análisis de los estudios se considera las siguientes categorizaciones:

Cuadro N°1. Distribución de artículos identificados, según año de publicación

Bases de datos	Título	Autor	Objetivo	Método	Resultados
LILAX BVS 1	Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud. Informe 2009 – 2010	Gamero, J.	Identificar y generar evidencias sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud que opera en Perú, indicando su ubicación, procesos mecanismos, forma operacional vigente	Revisión bibliográfica y entrevistas.	<p>Las limitadas condiciones e incentivos para el ejercicio profesional incrementan la emigración a España, EEUU, Canadá, Italia y Chile.</p> <p>El flujo migratorio de enfermeras seguirá hasta mediano plazo, con tendencia a incrementar por demanda de países desarrollados. El mayor flujo migratorio es a Italia y España, por trámites fáciles y el idioma.</p> <p>Falta de regulación del Estado a agencias de reclutamiento.</p> <p>Accesibilidad de información para emigrar con alta tendencia en profesionales jóvenes</p>
BVS OPS 2	Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina. 2011	Gamero J.	Evaluar el impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeros	Evaluación de costos	<p>El flujo migratorio de enfermeras continuara por la persistencia de deficientes condiciones laborales. La tendencia es aumentar la demanda de países desarrollados por cambios en su demografía y configuración de servicios de salud.</p> <p>El flujo migratorio de enfermeras es a Italia y España, por facilidades de trámites, idioma y acercamiento cultural entre naciones.</p> <p>El Perú estaría aportando a los flujos migratorios el 44,7% y el costo de la formación de una enfermera es de \$40.1 mil.</p>
BVS OPS 3	Regulación de Recursos Humanos en América Latina 2012	OPS	Identificar los sistemas de regulación de recursos humanos	Análisis documental y transversal.	<p>Las instituciones formadoras de enfermeras, tienen estándares comunes para ser competentes, formaron asociaciones como en el Perú. El ejercicio transnacional de enfermería está regulado, hay condiciones para ejercer la profesión en determinado país. Las normativas incluyen reválida del título, en algunos hay convenios de reconocimiento mutuo de títulos. Aceptado el título o diploma, el enfermero debe cumplir con la normatividad existente en el país.</p>

BVS OPS 4	Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina 2013	OPS	Fortalecer la planificación y la gestión de los recursos humanos en salud.	Revisión de bibliografía	Hay la necesidad crítica de generar e implementar políticas de retorno para los emigrantes. Hay el reconocimiento de títulos y grados, en general, existe en la subregión, los escenarios son propicios para la formalización de una real y efectiva homologación de títulos en salud, por parte de los países andinos.
SCIELO 5	Incentivos para atraer y retener personal de salud en zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. 2014	Huicho, L. et. al.	Identificar incentivos de atracción y retención en zonas rurales y distantes de Ayacucho, Perú.	Descriptivo	Existe difíciles condiciones de trabajo en las zonas rurales, tienen aspiración de trabajar en las ciudades. No existe estrategias de incentivos de atracción y retención en zonas rurales y distantes, ni mejora de condiciones laborales. Identificaron las necesidades de capacitación, estabilidad laboral y medidas vinculadas al cuidado del personal.
SCIELO 6	Inequidad en la distribución de recursos humanos en los establecimientos del Ministerio de Salud de cuatro regiones del Perú 2015	Moscoso. B. et. al.	Determinar la inequidad en la distribución del personal de salud en los establecimientos de salud del Ministerio	Estudio observacional descriptivo, de corte transversal.	La densidad de recursos humanos estuvo por debajo de mínimo estipulado por la Organización mundial de la salud, en tres de las cuatro regiones estudiadas.
SCIELO 7	La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. 2015	García, H. et. al.	Reseñar la situación y avances en el campo de las políticas de gestión del trabajo y de gestión de capacidades en salud de los recursos humanos en salud del Perú al 2014.	Revisión documental y evaluativa	Hay incremento de enfermeras y otros principalmente en el primer nivel de atención Existe regulación de la política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado. Mejora de los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Desarrollo de capacidades en atención primaria de salud, mejorando los perfiles.

DIALNET INTERNATIONAL NURSING REVIEW CIE 8	Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016: un estudio de caso	Pastor, M Nelson, N.	Examinar la migración de Enfermeras de América Latina durante el periodo 2006 – 2016	Estudio de caso	Las solicitudes exitosas para el reconocimiento de calificaciones de enfermería en el extranjero se desplomaron de un máximo de 1384 en 2007 a 55 en 2016. La intencionalidad de la migración también disminuyó, pero ha experimentado un ligero aumento en los últimos años.
SCIELO 9	Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. 2015	Jiménez, M. et. al.	Describir el mercado de formación y la disponibilidad de profesionales.	Estudio transversal durante el periodo de 2007–2011	Las tasas de ingreso en universidades públicas y privadas varían según la carrera Se gradúan un 53% de los estudiantes que ingresan a Enfermería. El análisis del perfil muestra que no están formados para trabajar en el primer nivel de atención
ALICIA CONCYTE C 10	Estrategias de reproducción familiar de los migrantes peruanos impactados por la crisis económica del noreste de los E. Unidos 2017	Romaní, S.	Analizar las prácticas desarrolladas por los migrantes para adaptarse a las nuevas dificultades del contexto	Descriptivo	Los capitales que los migrantes acumularon a lo largo de su vida los protegió de los virtuales impactos de la crisis extranjera, así como las familias tuvieron disminución de las remesas que recibían del exterior, pero pudieron superar con los ahorros.
BVS OPS 11	Orientación Estratégica para enfermería en la Región de las Américas 2019	OPS	Fortalecer y consolidar el liderazgo y la gestión estratégica de la enfermería en el contexto de los sistemas de salud 2. Abordar las condiciones de trabajo y las capacidades de los enfermeros y enfermeras 3. Fortalecer la calidad de la educación en enfermería.	Revisión documental	La profesión de la enfermería, es esencial para la transformación de los sistemas de atención. Hay aumento del mercado de trabajo en APS con condiciones laborales atractivas Desarrollo de capacidades de liderazgo con reconocimiento. Inversión en sistemas de regulación y de acreditación de las escuelas de enfermería, así como promoción de ambientes de trabajo positivos.
ALICIA Concytl 12	Determinantes de la satisfacción laboral en el	Rivera, Y.	Analizar los determinantes de la satisfacción laboral del personal médico y de enfermería del	DESCRIPTIVA	i) Un mayor salario aumenta la probabilidad de tener satisfacción laboral mientras que un mayor número de horas trabajadas disminuye dicha probabilidad. ii) si el profesional de salud se encuentra

	sector salud peruano 2018.		sector Salud en el Perú		trabajando en un establecimiento de primera categoría, la probabilidad de declarar mucha satisfacción laboral es mayor cuando el establecimiento es de naturaleza privada (ii) un trabajador CAS tiene satisfacción con su trabajo porque valoran el contar con un trabajo.
SCIELO 13	Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. Rev. Perú Medicina Experimental. Salud Publica. 2018	Cabieses, B. et. al.	Desarrollar una discusión crítica acerca de las principales teorías sociales sobre migración, y sobre su aporte a la toma de decisiones en salud pública	Revisión narrativa académica hasta abril del 2017,	Garantizar los derechos humanos y salud de personas migrantes. No hay una política de salud migratoria. La región tiene solo cuatro acuerdos internacionales de salud. Existe un alto fenómeno migratorio en los países en la actualidad por lo que se debe buscar formas de protección de la vida y salud de las poblaciones.
SCIELO 14	Inmigración Venezolana en el Perú: Desafíos y Oportunidades desde la perspectiva de la salud Scielo.2019	Mendoza, W. Miranda, J.	Describe y analiza la situación e implicancias para la salud del hecho que Perú se convirtiera en país de destino migratorio.	Descriptivo, observacional	Las condiciones son de vulnerabilidad social de la población venezolana en las ciudades del Perú. Los registros administrativos en salud no distinguen a la población venezolana. Se requieren gestión de la información, con registros administrativos, para acciones de promoción y prevención. Hay desigualdades para ejercer el derecho a la salud.
DOAJ Rev. Ins. Salud Materno fetal 15	Sistema de Salud en el Perú. Situación actual, desafíos y perspectivas. 2019	Alcalde J. et. al.	Presentar información actualizada del Sistema de Salud a fin de comprender su estructura, los principales cambios y los resultados en salud.	Descriptivo	Garantizar que los establecimientos de salud tengan personal de salud, insumos y medicamentos para la atención para disminuir el gasto de bolsillo de las familias, que es alto. Fortalecer el primer nivel de atención, con las competencias del personal de salud; iniciativas intersectoriales y participación de actores locales.
SCIELO Rev. Experimental de	Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el	Inga, F. y Arosquipa, C	Hacer un breve análisis de los avances en el campo de la gestión y desarrollo de los	Descriptivo	Existen avances en el campo del desarrollo y la gestión de los RHUS en los últimos años en Perú, van desde la mejora en su distribución, cumplimiento de metas, fortalecimiento de

Medicina Experimental y Salud Pública 16	Perú y su importancia en la calidad de atención. 2019		Recursos humanos en el Sector Salud en los últimos años, destacando su importancia en la calidad de atención.		competencias y capacidades, hasta el establecimiento de una nueva Política de RHUS. Todos ellos contribuyen a mejorar la calidad de los servicios de salud a través del desempeño de RHUS capaces de responder a las demandas y necesidades de la población. La dotación de RHUS en el primer nivel de atención es precario, no garantiza la prestación de un servicio de calidad a las poblaciones más necesitadas
SCRIBD 17	¿Redistribución de salario o el reconocimiento profesional? La difícil construcción de una profesión, la enfermería peruana. 2019	Arroyo, Juan	Presentar el perfil actual de la enfermería peruana	Revisión bibliográfica	Las profesionales de enfermería con baja valoración social tienen como desafío el reconocimiento social y no solo mejora del salario, lo que le dará mayor legitimidad
REDALYC 18	Complejidades y contradicciones de la política peruana hacia la migración venezolana 2020	Bloin, C.	Describir cómo la política migratoria peruana hacia la población venezolana se inscribe en una lógica de control migratorio.	Análisis de entrevistas	A pesar de contar con una renovada legislación migratoria, las respuestas del Estado peruano frente a la migración venezolana están ancladas en los conceptos de control y utilidad de la migración. Asimismo, la política de asilo, supuestamente más protectora, se ve también impactada por los discursos y las prácticas de control.
DIALNET Rev. RECIEN 19	Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú 2020	Gallegos A.	Describir la situación actual de la enfermería en el Perú y la necesidad de Recursos Humanos en Salud frente al brote del COVID -19.	Estudio descriptivo	Existe fragmentación y escasa inversión en recursos humanos e infraestructura. La brecha en enfermería es de 27,625 enfermeras/os para llegar a una densidad de 25 enfermeras/os por cada 10,000 habitantes. El 97% de enfermeras labora en el sector público. Hay 1,775 enfermeros especialistas en cuidados intensivos, lo que es insuficiente.
DOAJ 20	Densidad del Recurso Humano y Desigualdad en Gastos en Salud en Países de las	Guerrero, J.	Determinar existencia de desigualdad y gradiente en gastos de bolsillo, gasto público y gasto privado, entre países americanos estratificados según su	Estudio analítico y transversal	En la Región de las Américas se estableció como meta una densidad de 25 profesionales por 10 000 habitantes, se recomendó para el 2015 una densidad de 44,5 por 10 000, considerada esencial para satisfacer las necesidades de salud de la población, alcanzar los Objetivos de

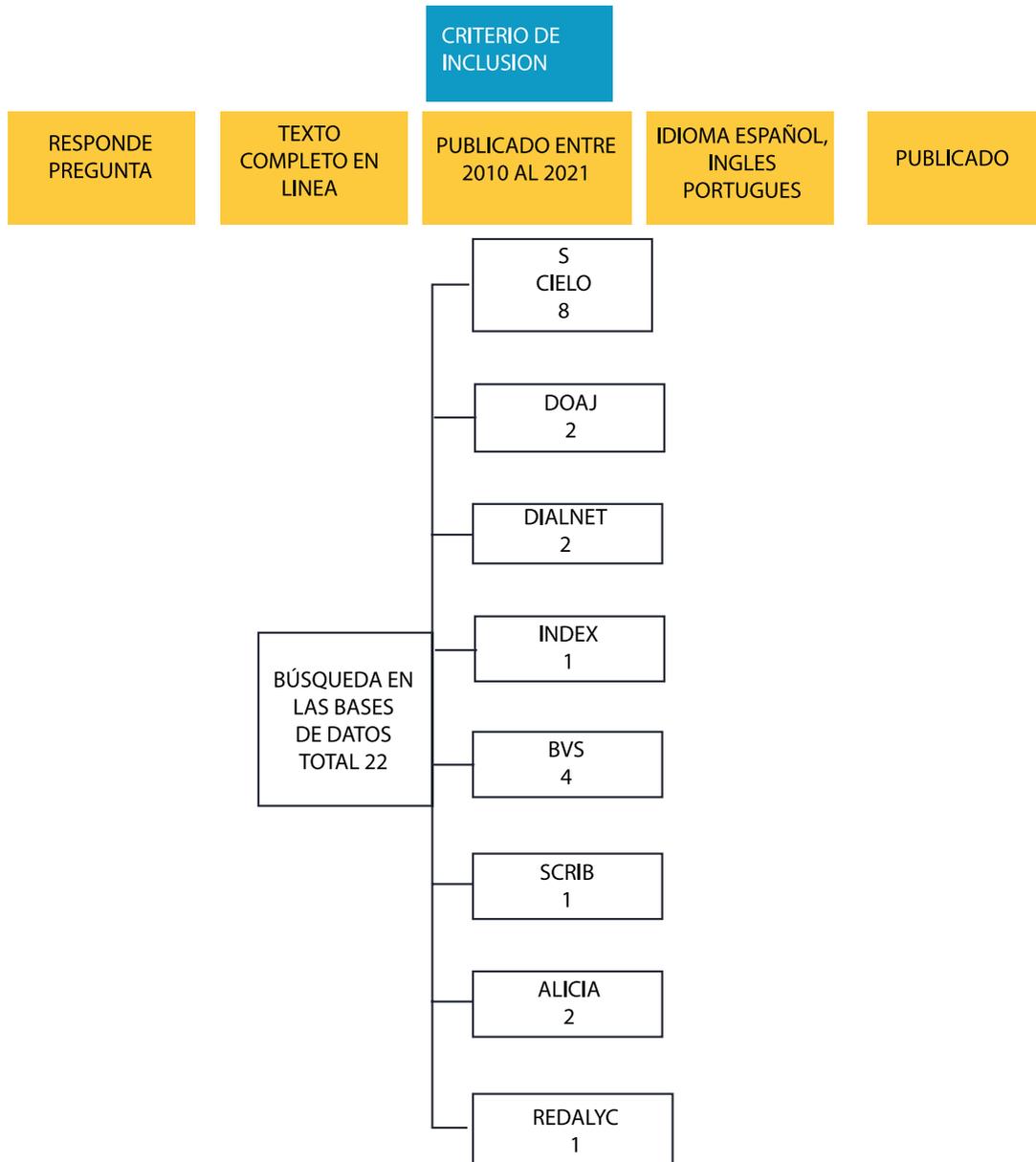
	Américas. 2020		densidad de recurso humano en salud		Desarrollo Sostenible. El Perú tiene una tasa de media baja.
SCIELO 21	Principales problemas en la gestión de establecimientos en el Perú 2020	Espinoza, E. et. al.	Identificar los problemas en la gestión de los establecimientos de salud en el Perú desde la perspectiva de sus directivos de acuerdo con la encuesta ENSUSALUD 2016	Un estudio Descriptivo	Escasez de recursos humanos, falta de insumos y medicamentos, deficiente infraestructura y déficit presupuestal.
INDEX 22	Barreras lingüísticas entre enfermeras y pacientes: una revisión de alcance 2021	Gerchow, L. et. al.	Explorar cómo la investigación n ha examinado la fuerza laboral de enfermería con respecto a las barreras del idioma.	Se realizó una revisión sistemática	Se incluyeron 48 estudios que representaban a 16 países. Estuvieron representados diversos entornos de atención médica, siendo el entorno de hospitalización el más estudiado. La mayoría de los estudios fueron cualitativos. La codificación produjo 4 temas: (1) Uso/uso indebido de intérpretes, (2) Obstáculos y facilitadores de la atención de calidad, (3) Competencia cultural e (4) Intervenciones

Resultados

Caracterización De La Muestra

La búsqueda de información en la base de datos da como resultado 22 artículos, 7 indexados en Scielo, 2 en DOAJ, 5 en BVS, 2 en DIALNET, 1 en INDEX, 1 en SCRIP y 4 en Alicia, a los que se aplica los criterios de inclusión: responder a la interrogante, que se haya publicado en el año 2010 al 2021, que el texto este completo en línea, en idioma español, portugués e inglés y que haya sido publicado; los criterios de exclusión: artículos incompletos: Se seleccionaron 11 artículos que conforman la muestra. El diagrama 1, muestra los criterios de inclusión de los artículos seleccionados:

DIAGRAMA 1. Listado de 22 artículos de la búsqueda en base de datos



Para la selección de los artículos se revisaron de manera exhaustiva los resúmenes, metodología, sus resultados y o las conclusiones, a cada uno se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión explicitados anteriormente, concluido el proceso de revisión se seleccionaron 11 artículos, los que corresponden a cada una de las bases de datos: SCIELO cuatro, a DIALNET, BVS, DOAJ, DIALNET, les corresponde dos a cada una, a LILAX uno.

Evaluación de los artículos.

Los 11 artículos seleccionados fueron publicados: tres en el año 2020, dos en el 2019 y los otros seis en los años 2010, 2011, 2013, 2015, 2016 y 2018, uno en cada año, lo que da una visión panorámica de la situación.

En cuanto al idioma siete se publicaron en español, dos en inglés y portugués respectivamente, en cuanto a la metodología fue variada, tres de los artículos son estudios descriptivos, tres revisiones documentales o de la literatura, una investigación transversal, una revisión sistemática, un estudio de caso y una investigación evaluativa. Los detalles se presentan:

Cuadro N°2. Distribución de artículos seleccionados, según año de publicación

Bases de datos	Título	Autor	Objetivo	Método	Resultados
LILAX 1	Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud. 2009 – 2010	Gamero , J.	Identificar y generar evidencias sobre la situación del reclutamiento internacional de personal profesional de la salud que opera en Perú, indicando su ubicación, procesos, mecanismos, forma operacional vigente	Revisión bibliográfica y entrevistas.	<p>Las limitadas condiciones e incentivos para el ejercicio profesional incrementan la emigración a España, EEUU, Canadá, Italia y Chile.</p> <p>El flujo migratorio de enfermeras seguirá hasta mediano plazo, con tendencia a incrementar por demanda de países desarrollados. El mayor flujo migratorio es a Italia y España, por trámites fáciles y el idioma.</p> <p>Falta de regulación del Estado a agencias de reclutamiento.</p> <p>Accesibilidad de información para emigrar con alta tendencia en profesionales jóvenes</p>
BVS OPS 2	Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina. 2011	Gamero , J.	Evaluar el impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeros	Evaluación de costos	<p>El flujo migratorio de enfermeras continuara por la persistencia de deficientes condiciones laborales. La tendencia es aumentar la demanda de países desarrollados por cambios en su demografía y configuración de servicios de salud.</p> <p>El flujo migratorio de enfermeras es a Italia y España, por facilidades de trámites, idioma y acercamiento cultural entre naciones.</p> <p>El Perú estaría aportando a los flujos migratorios el 44,7% y el costo de la formación de una enfermera es de \$40.1 mil.</p>
BVS OPS 3	Retos y Perspectivas en los Países	OPS	Fortalecer la planificación y la gestión de los	Revisión de bibliografía	Hay la necesidad crítica de generar e implementar políticas de retorno para los emigrantes. Hay el reconocimiento de títulos y grados, en general, existe en la subregión, los escenarios son

	de la Región Andina 2013		recursos humanos en salud.		propicios para la formalización de una real y efectiva homologación de títulos en salud, por parte de los países andinos.
SCIELO 4	La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. 2015	García, H. et. al.	Reseñar la situación y avances en el campo de las políticas de gestión del trabajo y de gestión de capacidades en salud de los recursos humanos en salud del Perú al 2014.	Revisión documental y evaluativa	<p>Hay incremento de enfermeras y otros principalmente en el primer nivel de atención</p> <p>Existe regulación de la política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado.</p> <p>Mejora de los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p>Desarrollo de capacidades en atención primaria de salud, mejorando los perfiles.</p>
DIALNET INTERNATIONAL NURSING REVIEW CIE 5	Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016: un estudio de caso	Pastor, M Nelson, N	Examinar la migración de Enfermeras de A. Latina durante el periodo 2006 - 2016	Estudio de caso	Las solicitudes exitosas para el reconocimiento de calificaciones de enfermería en el extranjero se desplomaron de un máximo de 1384 en 2007 a 55 en 2016. La intencionalidad de la migración también disminuyó, pero ha experimentado un ligero aumento en los últimos años.
Scielo 6	Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. Rev.	Cabiese s, B. et. al.	Desarrollar una discusión crítica acerca de las principales teorías sociales sobre migración, y sobre su aporte a la toma de decisiones en salud pública	Revisión narrativa académica hasta abril del 2017,	Garantizar los derechos humanos y salud de personas migrantes. No hay una política de salud migratoria. La región tiene solo cuatro acuerdos internacionales de salud. Existe un alto fenómeno migratorio en los países en la actualidad por lo que se debe buscar formas de protección de la vida y salud de las poblaciones.

	Perú Medicina Experimental. Salud Pública. 2018				
DOAJ Rev. Ins. Salud Materno fetal 7	Sistema de Salud en el Perú. Situación actual, desafíos y perspectivas. 2019	Alcalde J. et. al.	Presentar información actualizada del Sistema de Salud de Perú a fin de comprender su estructura, los principales cambios y los resultados en salud.	Descriptivo	Se garantiza que los establecimientos de salud tengan personal de salud, insumos y medicamentos, para disminuir el gasto de las familias que es alto. Priorizar la atención a grupos de riesgo. Se fortalece el primer nivel de atención con las competencias al personal de salud; iniciativas intersectoriales y participación de actores locales.
SCIELO Rev. Experimental de Medicina Experimental y Salud Pública8	Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. 2019	Inga, F. y Arosqui pa, C	Hacer un breve análisis de los avances en el campo de la gestión y desarrollo de los Recursos humanos en el Sector Salud en los últimos años, destacando su importancia en la calidad de atención.	Descriptivo	Existen avances en el campo del desarrollo y gestión de los RHUS, van desde la mejora en su distribución, cumplimiento de metas, fortalecimiento de competencias y capacidades, hasta el establecimiento de una nueva Política de RHUS. Todos mejoran la calidad de los servicios de salud a través del buen desempeño. La dotación de RHUS en el primer nivel de atención es precario, no garantiza la prestación de un servicio de calidad a las poblaciones más necesitadas.
DIALNET Rev. RECIEN 9	Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú 2020	Gallegos A.	Describir la situación actual de la enfermería en el Perú y la necesidad de Recursos Humanos en Salud frente al	Estudio descriptivo	Existe fragmentación y escasa inversión en recursos humanos e infraestructura. La brecha en enfermería es de 27,625 enfermeras/os para llegar a una densidad de 25 enfermeras/os por cada 10,000 habitantes. El 97% de enfermeras labora en el sector público.

			brote del COVID - 19.		Hay 1,775 enfermeros especialistas en cuidados intensivos, lo que es insuficiente
DOAJ 10	Densidad del Recurso Humano y Desigualdad en Gastos en Salud en Países de las Américas. 2020	Guerrero, J.	Determinar existencia de desigualdad y gradiente en gastos de bolsillo, gasto público y gasto privado, entre países americanos estratificados según su densidad de recurso humano en salud	Estudio analítico y transversal	En la Región de las Américas se estableció como meta una densidad de 25 profesionales por 10 000 habitantes, se recomendó para el 2015 una densidad de 44,5 por 10 000, considerada esencial para satisfacer las necesidades de salud de la población, alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El Perú tiene una tasa de media baja.
Scielo 11	Principales problemas en la gestión de establecimientos en el Perú 2020	Espinoza, E. et. al.	Identificar los problemas en la gestión de los establecimientos de salud en el Perú desde la perspectiva de sus directivos de acuerdo con la encuesta ENSUSALUD 2016	Un estudio descriptivo	Escasez de recursos humanos, falta de insumos y medicamentos, deficiente infraestructura y déficit presupuestal.

OTRAS CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

El contexto del país, ilustra y complementa la información analizada en la investigación integrativa.

1. Perfil Sociodemográfico Del Perú

El Perú se ubica al oeste de América del Sur, limita con Ecuador, Colombia, Brasil, Bolivia y Chile. Tiene una población 32 millones 510 mil 462 habitantes, de los cuales corresponde al sexo masculino 16 millones 148 mil 241 habitantes y al sexo femenino 16 millones 362 mil 221 habitantes, según el XII Censo Nacional de Población del 2019 (9,10).

La población migrante en los últimos diez años se ha producido de los países limítrofes como Bolivia, Colombia, Chile, incrementándose en el año 2019 con migrantes de Venezuela, con 84% (11). La inmigración internacional se ha incrementado desde el año 2000, se tiene que para el año 2019, fueron un 84.4% proviene de Venezuela, un 3.6% de Colombia, 1.3% corresponde a España, Estados Unidos y Ecuador, un 1% es de Argentina y el resto de otros países. La emigración en el 2019 fue de un millón 512,920 de peruanos que salieron del país a diversos destinos, son del sexo masculino un 41.94% y femenino un 58.65%, los países de emigración son Chile, Estados Unidos, Bolivia, Ecuador y España (3).

El perfil geográfico

El Perú tiene una extensión de 1 285 215,6 km², cuya superficie continental es 1 280 085,92 km² que representa el 99,60% del total de la superficie nacional; asimismo, cuenta con una superficie lacustre de 4 996,28 km² (0,39%), y una superficie insular de 133,40 km² (0,01%), estos datos muestran que es uno de los 19 países más extensos del mundo, y posee una superficie muy accidentada y variada: la verticalidad que impone la Cordillera de los Andes, además está el Océano Pacífico, lo que configura una dinámica climática compleja y variada, que genera una alta diversidad biológica, ecosistemas y zonas de producción (9).

Clima

El clima en el Perú es muy variado, oscilando desde altas temperaturas tropicales en la Selva, hasta muy bajas en la Cordillera de los Andes. El territorio peruano cuenta con 84 "microclimas" de los 114 que existen en el mundo y más del 75% de ecosistemas. Esta situación favorece la biodiversidad en las tres regiones naturales: Costa, Sierra y Selva. En el Perú se acumulan las mayores especies de plantas y de animales que en ningún otro lugar del planeta, por ejemplo, el 20% del total son aves, entre 40,000 y 50,000 especies de plantas, entre ellas, más de 3,000 tipos de orquídeas (9).

División Política del Perú

La actual división política y administrativa del país comprende 24 departamentos, una Provincia Constitucional, 196 provincias y 1 874 distritos. Geográficamente, el país presenta tres regiones. De estas, la selva es la región más extensa del país, ocupa el 60,3 % del territorio peruano y está conformada por dos zonas definidas: la selva alta o ceja de montaña, y el llano amazónico o selva baja. Pese a su extensión, está ocupada solo por el 9,4 % de la población. Por su parte, la costa es la región más densa y poblada, cuenta con el 11,7 % de la extensión del territorio nacional y alberga al 52,6 % de la población. Finalmente, la sierra cubre el 28 % del territorio nacional y contiene al 38,0 % de la población peruana (9).

Los cinco departamentos más grandes son Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Cusco y Puno, abarcan la mayor parte del territorio nacional, con el 55 % de la superficie total del país. Los tres más extensos se ubican en la selva; sin embargo, debido a lo inhóspito de su territorio, poseen una escasa concentración poblacional (9).

Existe una clasificación realizada por el geógrafo peruano Javier Pulgar Vidal, que clasifica en 8 regiones naturales al Perú en base a los pisos altitudinales, la flora y la fauna. Esta clasificación, resume la geografía tan compleja con la que cuenta el territorio peruano. Sin embargo, existe una división actualizada, realizada por Antonio Brack Egg, quien identificó 11 regiones en el territorio peruano, cada una delimitada geográficamente y con sus características naturales. Esta división toma en consideración diferentes factores ecológicos como los tipos de clima, regiones geográficas, hidrografía, flora y fauna, y considera el mar territorial (9).

Escolaridad

Ha variado desde el 2010 en el que se tenía un índice de 9.9 al 2019 que tiene 10.3. Se observa que en el año 2018, hay un incremento de matrícula en educación inicial, es decir, de cada 100 niñas y niños de 3 a 5 años de edad 84 estuvieron matriculados en educación inicial, mientras en el año 2008, fue de 68. Por área de residencia, en ese mismo año, en el área urbana 84 de cada 100 niñas/niños de 3 a 5 años de edad se matricularon en educación inicial y en el área rural fueron 82 de cada 100 a diferencia del año 2008, con una brecha entre áreas de residencia cuya matrícula escolar fue de 18.5 %, a favor del área urbana. Otra característica es la condición socioeconómica del hogar, se evidencian aún diferencias, así, en el quintil más rico de la población (V quintil) la tasa de matrícula es de 92,8% mientras que en el quintil más pobre (I quintil) de 78,8%, con una brecha de 14,0 puntos porcentuales (9).

La matrícula de la población de 6 a 11 años de edad al año 2018, casi la totalidad (99,5%) de niñas y niños de 6 a 11 años de edad estuvieron matriculados en el sistema educativo. De estos el 93,6% se matricularon en algún grado de educación primaria y el 5,9% en otros niveles de educación. Existen altas tasas de matrícula escolar de la población de 6 a 11 años de edad, no existiendo diferencias por área de residencia. Así, tanto en el área urbana y rural casi la totalidad de niñas y niños de 6 a 11 años de edad fueron matriculados en algún grado o año de estudios. De acuerdo con la condición socioeconómica de la población de 6 a 11 años de edad, se presenta alta cobertura en la matrícula escolar en todos los estratos sociales, no existiendo casi diferencias. Lo que evidencia el acceso igualitario y universal al sistema educativo (9,10).

Al año 2018, la tasa de matrícula escolar de la población de 12 a 16 años de edad (edad normativa

para asistir a educación secundaria) se ubicó en 95,6% , donde el 85,2% estuvieron matriculados en algún año de educación secundaria y el 10,4% en otros niveles educativos, haciendo la comparación con el 2008 se ha incrementado en 5.1 puntos porcentuales la tasa bruta y en 9.7 puntos porcentuales la tasa neta. Por área de residencia, en el área urbana el 96,1% de la población de 12 a 16 años se matriculó en algún grado o año de educación básica regular, de estos el 87,7% se matriculó en algún año de educación secundaria, siendo 5.6 puntos porcentuales más que en el año 2008 (9).

En el área rural se observa los mayores incrementos, la tasa bruta se incrementa en 8.8 puntos porcentuales al pasar de 85.7% a 94.5% y la tasa neta aumenta en 16.8 puntos porcentuales.

De acuerdo con la condición socioeconómica, aún se observa diferencias en la cobertura de la matrícula de este grupo etario. Así, los que pertenecen al quintil más pobre presentan una tasa de matrícula de 77.4%, siendo 14.9 puntos porcentuales menos que el quintil más rico (92.3%) (9).

Al año 2018, el promedio de años de estudio de un peruano/a de 25 a más años de edad es de 10.0 años, es decir, ha estudiado en promedio hasta el cuarto año de secundaria. Según área de residencia, se observa mayor promedio de años de estudio en los residentes del área urbana (10.7) que en la rural (7.0), existiendo una brecha de 3.7 años de estudio entre pobladores de ambas áreas (8). El 4.9% de la población de 25 y más años de edad al año 2018 tiene nivel de educación inicial, el 25.6% alcanzó estudiar algún grado o año de educación primaria, el 3.7% algún año de educación secundaria y el 30.8 % educación superior (14.2% no universitaria y 16.6% universitaria) (9,10).

Según género, los hombres obtienen mejores niveles educativos que las mujeres. Así, el 42.9% de los hombres lograron estudiar educación secundaria mientras que las mujeres es el 34.7%, el 18.2% de los hombres estudiaron educación superior universitaria, mientras que las mujeres el 15.1% (9).

El nivel educativo alcanzado por la población de 15 a 29 años en el año 2018, un 54.7% de la población logró estudiar algún año de educación secundaria, el 37.7% educación superior (22.9% educación universitaria y el 14.8% superior no universitaria), el 7.1% educación primaria y 0.5% sin nivel/inicial; comparando con el año 2008, se han incrementado los jóvenes con educación superior en 10.4 puntos porcentuales, al pasar de 27.3% a 37.7%, principalmente los que tienen educación universitaria (9,11).

En general, es un sector al que se debe impulsar, porque aún existe analfabetismo y bajo nivel educativo en la población peruana. La política de educación debiera ser eficaz para mejorar el índice (9).

Actividad Económica

A lo largo de toda su historia, desde la época precolombina del Imperio Inca, la agricultura ha sido el motor de la economía peruana. Desde hace más de un milenio, productos como la papa y el maíz han sido recolectados y consumidos en la zona. Perú es el país con una industria minera de mayor desarrollo en América Latina. Múltiples empresas extranjeras operan en este país, siendo el mayor productor de oro de la región, además de zinc, plomo y estaño o elementos como la plata y el cobre. La extensa costa peruana ha permitido desarrollar una industria pesquera de mediano nivel debido a la biodiversidad marina, existen en el Perú las condiciones propicias para un ambiente ganadero, aunque tiene mayor desarrollo en los andes (10,12). Sin embargo, el instituto de economía y desarrollo empresarial (IEDEP) estima que este año el producto bruto interno del Perú decrecería en 3,7%, lo que implica una recesión después de 21 años (-2,7%), añade que el consumo privado se contraería luego de 20 años y la inversión privada (-14,5%) y registraría su cuarta caída en la presente década (12,13).

El Instituto Nacional de Estadística, muestra un incremento anual de producto bruto interno en el decenio de estudio, lo que señala que ha existido mejora en la economía de los peruanos, a partir del año 2016 (13,14).

Índice De Pobreza

El índice de pobreza ha disminuido progresivamente desde el 2010 en que se tenía 30.8 hasta llegar al 2019 con 20.2, sin embargo, en ese año mantuvo prácticamente los mismos niveles del año 2018, cuando la pobreza alcanzó al 20.5% de la población, según el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2019. Asimismo, se considera población en condición de pobreza aquella cuyo gasto per cápita es inferior al valor de la Línea de Pobreza (LP), que es el equivalente monetario de una canasta básica de consumo alimentario y no alimentario. Para el año 2020, el valor de esta línea es de S/ 191 soles mensuales por cada persona que conforma un hogar, es decir, es el valor de los alimentos de una canasta socialmente aceptada, necesaria para cubrir un mínimo de requerimientos de energía. Para el período comprendido entre los años 2019 y 2020, la línea de pobreza extrema se incrementó en 2,0 puntos porcentuales pasando de S/187 a S/191; (15,16,17) a pesar de la mejora existen sectores de la población que se mantienen con índices de pobreza alta, sobre todo de las zonas alto andinas y de la selva peruana (10).

La remuneración mínima vital (RMV) es la cantidad mínima de dinero que recibe un trabajador por la realización de una jornada laboral de ocho horas diarias o 48 horas semanales. El monto recibido es de 225.21 dólares americanos (16,17).

El salario mínimo se ha mantenido bajo desde el 2010, con 909 soles, lo que ha impedido la satisfacción de las necesidades fundamentales para la población peruana, es a partir del año 2014, que se produce un ligero incremento, el cual se ha mantenido uniforme hasta el 2019, con 1010 soles, cifra insuficiente para satisfacer necesidades básicas de la población (10,17).

El PIB per cápita es un muy buen indicador del nivel de vida y en el caso de Perú, en 2020, fue de 5.488€ euros, con lo que ocupa el puesto 95 de la tabla, así pues, sus ciudadanos tienen, según este parámetro, un nivel muy bajo de vida en relación al resto de los 196 países del ranking de PIB per cápita.

El PBI per cápita al 2021 llegaría a US\$13.563, apenas un 52,2% del correspondiente a un país del primer mundo (18,19,20).

Acceso a vivienda: energía, agua potable, eliminación de residuos (alcantarillado) 2019

Los peruanos cuentan con los servicios fundamentales en sus hogares, con abastecimiento de agua por red pública, según el ámbito geográfico se tiene que a nivel nacional tienen servicios de agua el 90.6%, los que se distribuyen para la zona urbana en un 95.1% y para la zona rural tienen el 74.9% existiendo inequidad en zonas vulnerables y de pobreza extrema (21,22).

Los hogares que tiene el servicio alcantarillado u otras formas de disposición sanitaria de excretas según ámbito geográfico, a nivel nacional es del 77%, la que se distribuye para la zona urbana un 90.7% y la zona rural 28.6%; mostrando inequidades también en este tipo de servicio, porque las zonas rurales carecen del servicio lo que impacta en la situación de salud de dichas zonas (23).

Con respecto al servicio eléctrico, los hogares que tienen acceso al servicio de energía eléctrica mediante red pública según ámbito geográfico, a nivel nacional es del 92.9%, la zona urbana un 96.8%, y la zona rural 79.1% (23,24).

Los hogares con acceso al servicio de recolección domiciliar de residuos sólidos, según región se tiene que a nivel nacional el servicio es del 97.7%, se divide el acceso en las tres regiones naturales del país: para la Costa se tiene un 97.9%, en la Sierra hay 98% y en la Selva se cuenta con 95.8% (24,25).

2. Perfil Sanitario

El perfil sanitario del Perú, se ha mantenido constante durante la década estudiada, se agudizan algunas enfermedades propias del clima y cambio estacional, sin embargo, las enfermedades

continúan prevalentes, mostrando que las estrategias utilizadas en el sector salud, no han producido el impacto en la población, porque la situación de morbilidad y mortalidad siguen vigentes.

En la década 2010 al 2019, las principales causas de muerte se han mantenido, existiendo ligera disminución, rotando lugares, pero no hay una disminución progresiva de las diversas causas (9,26).

Diez Primeras Causas De Muerte En El Perú 2011 - 2019

Causa De Muerte

1. Enfermedades neoplásicas
2. Influenza y neumonía
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Enfermedades isquémicas y del corazón
5. Otras causas externas y traumatismos accidentales
6. Otras enfermedades respiratorias
7. Diabetes mellitus
8. Enfermedades del hígado
9. Otras enfermedades bacterianas
10. Otras formas de enfermedad del corazón

La mortalidad en el país es alta, para el año 2019, la primera causa de muerte fueron las enfermedades neoplásicas, seguida de las del aparato respiratorio, infecciosas y parasitarias, lesiones y causas externas, enfermedades del sistema digestivo, metabólicas y nutricionales, del sistema respiratorio, así como las mentales y del sistema nervioso e infecciones perinatales. Se observa que dichas causas están presentes en los diez años, no se ha logrado disminuir, cambian de posición, pero siguen presentes, muestra que las estrategias asumidas no han dado resultados (26,27,28).

2.1. Diez Primeras Causas De Morbilidad En El Peru 2011 - 2019

Enfermedades

1. Enfermedades del sistema digestivo
2. Enfermedades del sistema genitourinario
3. Traumatismos y envenenamientos
4. Enfermedades del sistema respiratorio
5. Enfermedades neoplásicas
6. Enfermedades del sistema circulatorio
7. Enfermedades infecciosas y parasitarias
8. Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales

9. Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
10. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo

La morbilidad que se ha identificado en el país, se ha mantenido sin cambio en los últimos años, el sistema de salud no ha logrado disminuir la incidencia, situación preocupante porque las acciones preventivas no tienen el impacto respectivo (26,27,28).

Los problemas de salud mental tuvieron un incremento, para el año 2010, se diagnosticaron 10.3 % de enfermedades en la población, en el 2019 se detectaron un 40.5 % de casos, situación que genero la implementación de centros de salud mental en distritos, provincias, para dar cobertura a la población demandante (29).

La falta de atención a problemas prioritarios de salud es controlada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) que fue creada en diciembre del 2018, su finalidad es promover, proteger y defender los derechos de los pacientes, el acceso a los servicios de salud, los que deben ser brindadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, sea de cualquier organismo que las brinde (27,28,29).

2.2. Sistema De Salud En El Perú

SISTEMA	COBERTURA
Ministerio de salud	60%
ESSALUD	30%
Fuerzas armadas	3%
Policía nacional	3%
Sector privado	3%
Otros	1%

El sistema de Salud peruano se caracteriza por ser fragmentado, con deficiente integración horizontal. Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (ESSALUD), sanidades de las fuerzas armadas y policiales, servicios de las municipalidades, sector privado, universidades y la sociedad civil organizada (ley 27813); tienen como finalidad prestar servicios brindando atención integral de la salud (27,28,29).

El sistema de salud está integrado por dos subsistemas o sectores: público y privado, para prestar servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo que corresponde a la seguridad social. La seguridad social está conformada por

una serie de establecimientos de salud que brindan servicios a la población de trabajadores, quienes contribuyen al sector con un 60% de su salario, completando el porcentaje los empleadores, el acceso es al trabajador, cónyuge e hijos. El sector privado presta servicio a los demandantes de salud (9).

2.3. Acceso universal a la atención de salud

El subsistema público subsidiado está conformado por tres niveles: nacional, regional y local. El nacional está constituido por el Ministerio de Salud y sus organismos desconcentrados, y organismos públicos y programas que se adscriben a él. A nivel regional se cuenta con las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) que pertenecen a los gobiernos regionales, su función es proveer los recursos a la región en cuanto a salud y el nivel local están conformados por los establecimientos de salud de una provincia o distrito, dependen de los gobiernos regionales (30,31).

En el año 2009, se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en 2017 se dio el Decreto Supremo No 008-2017-S. A, estableciendo la organización del Ministerio de Salud, aprobándose el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA, sosteniendo que para 2021, la reforma de salud estará consolidada, generando la universalización del acceso a los cuidados, atenciones y servicios de salud pública y además el aseguramiento universal de salud (29,30).

El acceso al Seguro Universal de Salud, es diferente y se ha ido incrementando a través de los años, teniendo mayor cobertura la zona rural en relación a la urbana, sin embargo, la alta morbilidad se encuentra en la zona rural (31,32). La atención primaria de la salud se brinda en los establecimientos denominados centros de salud, puestos de salud que se ubican en las zonas urbano marginales y rurales, a la que accede la población, cuyo número es de 8723 establecimientos que se distribuyen en todo el territorio peruano (9).

Porcentaje De Acceso Al Seguro Universal De Salud Año 2010 – 2019

AÑO	URBANA	RURAL
2010	59.0	75.9
2011	59.6	78.4
2012	58.5	71.8
2013	62.3	75.1
2014	66.2	77.7
2015	70.3	81.6
2016	73.5	83.4
2017	74.2	84.0
2018	74.0	85.3
2019	75.1	87.0

El índice de cobertura al seguro universal de salud varía con respecto a la zona de la vivienda, ya sea rural o urbana, se ha incrementado a través de los años, teniendo mayor cobertura la zona rural, sin embargo, la incidencia alta de enfermedades también se ubica en esa zona, esta situación se debe al desempleo, bajo nivel educativo entre otros (32).

Perfil De Recursos Humanos En Salud

Los recursos humanos en salud se han incrementado, en el año 2013 se contaba con 102,819 profesionales de la salud: médicos, enfermeras y obstetras, y para el 2019 se contó con 141,344 sin embargo, las concentraciones continúan en las capitales de provincias, en la costa, existiendo inequidades especialmente en la sierra y selva del territorio peruano (31).

AÑO	MEDICOS/as	ENFERMERAS/os
2010	56,524	57,550
2011	59,163	61,274
2012	62,193	65,078
2013	65,082	69,264
2014	68,515	73,499
2015	71,739	78,251
2016	74,981	82,448
2017	78,582	86,565
2018	82,436	90,484
2019	86,252	93,972

MINSA. Compendio estadístico: Información de recursos humanos 2010 al 2016 y 2013 – 2019

En cuanto a los recursos humanos, tanto en médicos como enfermeras se produce un incremento gradual con la finalidad de disminuir las brechas existentes en diferentes departamentos del país, es así que para el año 2010 se tuvo 56,524 médicos a nivel del país, se produjo el aumento para el año 2019 con 82,252, a pesar de la cifra aún no se logra tener la cantidad necesaria para la población peruana, en cuanto a los enfermeros de 57,550 que había en el 2010, se incrementó para el año 2019 a 93,972 (32,33).

2.4. Densidad De Médicos Y Enfermeros Por 10, 000 Habitantes En El Perú 2019

Los indicadores internacionales sobre la cantidad de profesionales de la salud por 10,000 habitantes dadas por la OMS fueron de 44.5 para los países, cifra que se alcanzaría en el 2015 con el fin de alcanzar los objetivos del milenio, el Perú tiene cifras inferiores a dichos indicadores, además que la distribución de los recursos humanos es desigual e inequitativa, sobre todo en los departamentos cuyas cifras están por debajo de la media, lo que se ubican en la sierra y selva (34,35).

La densidad de médicos y enfermeras por 10,000 habitantes en el Perú, se ha ido incrementando desde el año 2010, los médicos tenían un porcentaje de 9.1 y las enfermeras de 10.1, en el decenio se incrementó, alcanzó en el 2019, en lo concerniente a médicos el porcentaje es de 13.5 y para las enfermeras 16.5 (36,37,38).

Densidad De Médicos Y Enfermeras 2010 – 2019

AÑO	PROFESION	DENSIDAD	PROFESION	DENSIDAD
2010	MEDICOS	9.1	ENFERMERAS	10.1
2011	MEDICOS	10.8	ENFERMERAS	10.5
2012	MEDICOS	11.2	ENFERMERAS	11.1
2013	MEDICOS	11.5	ENFERMERAS	11.8
2014	MEDICOS	11.9	ENFERMERAS	12.7
2015	MEDICOS	12.2	ENFERMERAS	12.8
2016	MEDICOS	12.7	ENFERMERAS	13.5
2017	MEDICOS	12.8	ENFERMERAS	14.1
2018	MEDICOS	13.6	ENFERMERAS	15.6
2019	MEDICOS	13.5	ENFERMERAS	16.5

MINSA: Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2010 – 2016 y 2013 - 2019

En cuanto a las regiones, hay una mayor concentración en Callao, Lima, Arequipa, Tacna e Ica y en los departamentos de la sierra y selva es de menor densidad (39,40,41).

2.5. Densidad De Enfermeros Por Departamentos Por 10,000 Habitantes Año 2019

DEPARTAMENTOS	DENSIDAD	DEPARTAMENTOS	DENSIDAD
Perú	16.5	La Libertad	12.1
Amazonas	17.4	Lambayeque	14.8
Áncash	14.3	Lima	16.9
Apurímac	27.5	Loreto	10.1
Arequipa	18.9	Madre de dios	21.7
Ayacucho	19.2	Moquegua	23.6
Cajamarca	12.7	Pasco	14.9
Callao	19.1	Piura	10.0
Cuzco	14.9	Puno	13.6
Huancavelica	18.6	San Martin	9.5
Huánuco	16.2	Tacna	20.3
Ica	18.0	Tumbes	14.4
Junín	14.9	Ucayali	13.5

MINSA: Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2010 – 2016 y 2013 – 2019

La densidad de los recursos humanos tiene gran variabilidad, hay una alta concentración en algunos departamentos y en otros existe baja, lo que genera inequidades en salud. La OMS estableció que para el 2006, se tendría en la Región de las Américas, una densidad de 25.0 de profesionales de salud por 10,000 habitantes, cifra que no se alcanzó en el 2019 (42,43).

Brechas De Cobertura 2018

DEPARTAMENTO	MÉDICO	BRECHA MED	ENFERMERA	BRECHA ENF
NACIONAL	11.5	- 21.5	15,6	- 17.4
HUANUCO	6.1	- 26.9	14.1	- 18.9
CAJAMARCA	6.2	- 26.8	11.2	- 21.8
LORETO	6.2	- 26.8	8.8	- 24.2
SAN MARTIN	6.4	-26.6	7.1	- 25.9
PUNO	6.8	- 26.2	11.8	- 21.2

MINSA: Compendio estadístico de recursos humanos 2010 – 2016 y 2013 - 2019

Las brechas existentes son evidentes, especialmente en zonas de pobreza, se ubican en circunscripciones alto andinas y de selva, las cuales tienen altas tasas de morbimortalidad.

En los últimos años se ha pretendido suplir las deficiencias con la participación de SERUMS que hacen un año de servicio rural, quienes brindan atención de salud a los pobladores que lo necesitan, en los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, odontología entre otros (44,45).

2.6. Características De La Formación De Las Enfermeras/os

La formación de enfermeros en el Perú es de cinco años a nivel universitario tal como lo establece la Ley Universitaria No 30220, promulgada el 9 de julio del 2014, en su articulado plantea la creación de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria, (SUNEDU) tiene como finalidad el licenciamiento institucional, supervisión de la calidad y fiscalización del servicio educativo universitario (46,47).

El funcionamiento de las universidades del Perú, tenga la condición de privada o pública se rigen bajo la Ley Universitaria N° 30220, la SUNEDU “es responsable del licenciamiento para el servicio educativo superior entendiéndose por licenciamiento al procedimiento que tiene como objetivo verificar el cumplimiento de condiciones básicas de calidad para ofrecer el servicio educativo superior universitario y autorizar su funcionamiento” (47,48).

Para el año 2010 se tenían 58 escuelas universitarias, fueron autorizadas por la Asamblea Nacional de

Rectores, se incrementaron hasta el año 2018, en la que se tuvieron 66 escuelas de enfermería, varias de ellas privadas que tenían filiales que funcionaban en varias regiones del país, totalizando 97 escuelas de enfermería. Con la implementación de la nueva Ley Universitaria N° 30220, se produjeron cambios que hicieron decrecer ese número (48).

A partir del año 2016, la Superintendencia de la Educación Superior Universitaria inicia el proceso de licenciamiento, verificando el cumplimiento de estándares mínimos de calidad, otorgando los plazos correspondientes para tal fin, cumplido el periodo de tiempo, varias universidades no licenciaron, por lo tanto, no tienen autorización para funcionar, deben concluir su funcionamiento. En la actualidad no se han licenciado 49 universidades, de las cuales 47 son privadas y 2 públicas, varias de ellas contaban con escuelas de enfermería, y están cumpliendo el plazo para cerrar definitivamente (48).

Las universidades que lograron el licenciamiento son 92, de las cuales un total de 54 universidades tienen escuelas de enfermería o facultades de enfermería, siendo 29 públicas y 25 privadas (46,48).

Universidades Licenciadas Con Carreras De Enfermería En El Perú Al 2020

UNIVERSIDAD	TIPO	CONDICIÓN
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Escuela	Pública
Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	Escuela	Pública
Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco	Facultad	Pública
Universidad Nacional de Trujillo	Facultad	Pública
Universidad Femenina del Sagrado Corazón	Escuela	Privada
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Escuela	Privada
Universidad San Martín de Porres	Escuela	Privada
Universidad Privada del Norte	Escuela	Privada
Universidad Continental	Escuela	Privada
Universidad Señor de Sipán	Escuela	Privada
Universidad Andina del Cuzco	Escuela	Privada
Universidad Ricardo Palma	Escuela	Privada

Universidad de Ciencias y Humanidades	Escuela	Privada
Universidad Privada Antenor Orrego	Escuela	Privada
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	Escuela	Privada
Universidad Científica del Sur	Escuela	Privada
Universidad Nacional Amazónica Madre de Dios	Escuela	Pública
Universidad Nacional de Barranca	Escuela	Pública
Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo	Escuela	Pública
Universidad Nacional Autónoma Alto Amazonas	Escuela	Pública
Universidad Privada San Juan Bautista	Escuela	Privada
Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt	Escuela	Privada
Universidad Nacional Alto Andina de Tarma	Escuela	Pública
Universidad Nacional Autónoma de Chota	Escuela	Publica
Universidad Norbert Wiener	Escuela	Privada
Universidad Tecnológica del Perú	Escuela	Privada
Universidad Cesar Vallejo	Escuela	Privada
Universidad de Huánuco	Escuela	Privada
Universidad Autónoma del Perú	Escuela	Privada
Universidad Autónoma de Ica	Escuela	Privada
Universidad Tecnológica de los Andes de Apurímac	Escuela	Privada
Universidad María Auxiliadora	Escuela	Privada
Universidad Católica Sedes Sapientiae	Escuela	Privada
Universidad Peruana Unión	Escuela	Privada
Universidad Peruana de los Andes Huancayo	Escuela	Privada
Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza	Escuela	Publica

Universidad Nacional de Huancavelica	Escuela	Pública
Universidad Nacional del Santa	Escuela	Pública
Universidad Nacional de Tumbes	Escuela	Pública
Universidad Nacional de Ucayali	Escuela	Pública
Universidad Nacional San Martín	Escuela	Pública
Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	Escuela	Pública
Universidad Nacional del Callao	Escuela	Pública
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Escuela	Pública
Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	Escuela	Pública
Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco	Escuela	Pública
Universidad Nacional Federico Villarreal	Escuela	Pública
Universidad Nacional de Cajamarca	Escuela	Pública
Universidad Nacional de Piura	Escuela	Pública
Universidad Nacional del Altiplano	Facultad	Pública
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana	Facultad	Pública
Universidad Nacional del Centro	Escuela	Pública

Mercado De Formación Y Disponibilidad De Profesionales De Ciencias De La Salud En El Perú M. Jiménez

Los institutos de formación técnica en enfermería para el año 2010 eran 176, se fueron incrementando a través de los años, para el año 2017 se contaba con 297, iniciado el proceso de licenciamiento se tiene que para el 2019 tienen autorización para funcionar 33 institutos, los que cumplen con las condiciones básicas de calidad (49).

Los estudiantes de enfermería técnica, en el decenio fueron aumentando, se iniciaron con un porcentaje de 23.8 durante el 2010 y llegaron con un 28.8 para el año 2019; en cuanto a los estudiantes de enfermería de nivel universitario, se presentó una situación inversa, fueron disminuyendo, para el 2010 se tuvo un porcentaje de 6.7 llegando al 2019 con el 5% (49).

Índice De Empleo

En los últimos años ha mejorado, aunque los valores aún son mínimos, para el 2010 se tuvo un porcentaje de 12.4, siendo el mayor empleador el Ministerio de Salud, para el 2019 se tuvo un

porcentaje de 13.5, como ya se indicó, la variación es de un dígito, existiendo niveles de desempleo considerables (50).

Con respecto a la revisión del decenio, se observa que el índice de desempleo ha decrecido ligeramente desde el 2010, año cuyo porcentaje fue de 4.1, llegando al 2019 a los valores porcentuales de 3.9, es fundamental mostrar que el desempleo es una situación presente en el país (50).

2.7. Ingreso Del Profesional De Enfermería

Ingreso al Trabajo De Enfermería

EL ejercicio de la profesión de enfermería incluye todas aquellas áreas previstas en la Ley N° 27669 del trabajo de la enfermera(o). Ellas son las áreas docente, asistencial, administrativa y de investigación, desarrolladas en el ámbito público y privado (51).

Para poder ejercer legalmente la profesión se requiere contar con el registro correspondiente en el CEP y tener la condición de hábil.

El ejercicio de la enfermería en Perú se rige por un sistema de colegiación obligatoria a cargo del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). Es decir, además de contar con título profesional se requiere estar incorporado al Colegio.

El CEP incorpora a todo profesional egresado de la universidad, en 10 ciclos académicos o cinco años de estudios regulares, de acuerdo a la Ley Universitaria No. 30220 y la Ley No. 27669, Ley del trabajo de la enfermera(o).

Para el ejercicio profesional requiere conforme al artículo 7 del Decreto Supremo No. 004-2002-SA, Reglamento de la Ley del trabajo de la enfermera/o, para el ejercicio de la profesión se requiere:

1. Título universitario expedido por una universidad bajo el ámbito de la Asamblea Nacional de Rectores o el Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades.
2. Registro en el Colegio de Enfermeros del Perú y habilitación.

En el caso de la enfermera (o) especialista se requiere, además:

3. Título de especialista expedido por una universidad bajo el ámbito de la Asamblea Nacional de Rectores o el Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades.
4. Registro como especialista en el Colegio de Enfermeros del Perú de acuerdo a su Reglamento.

Jornada Laboral Y Salario Medio

Jornada Laboral (51)

La Ley del Trabajo de Enfermería fue dada el 15 de febrero del 2002, en la que considera el rol de la ENFERMERA (O) , como el profesional de la ciencia de la salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. Establece lo siguiente:

CAPITULO VI MODALIDAD DE TRABAJO (51)

Artículo 17.- Jornada laboral: La jornada laboral de la Enfermera(o) tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna.

El descanso remunerado correspondiente a los días feriados no laborables será contabilizado dentro de la jornada asistencial semanal o mensual en la forma que disponga el Reglamento.

Artículo 18.- Sobre tiempos y descansos remunerados El tiempo de trabajo que exceda la jornada laboral establecido en el párrafo anterior será considerado como horas extraordinarias, debiendo remunerarse en la forma correspondiente.

El trabajo prestado en los días que corresponden al descanso semanal y a los días feriados no laborables, sin descanso sustitutorio, da derecho a la Enfermera(o) a percibir adicionalmente el pago de la remuneración que corresponde a dicha labor con una tasa del 100%.

2.8. Salario De Las Enfermeras Peruanas

Los salarios de los enfermeros corresponden a 6 horas diarias, 156 horas mensuales, dan inicio a su trabajo con el nivel 11 tal como aparece en el sistema de salud peruano, después varios años de servicio llegan al nivel 14 de la escala totalizando un salario de 3,511 nuevos soles. Se añade a este salario los montos correspondientes a los turnos nocturnos denominadas guardias nocturnas, o a 12 horas de trabajo diurnas que los cumplen tanto en los servicios hospitalarios como los centros de salud comunitarios (52.53).

En el nivel 10 se tiene a los enfermeros que cumplen el SERVICIO DE SALUD RURAL URBANO MARGINAL (SERUMS) tiene una duración de un año, que lo realizan los profesionales que han

concluido su formación universitaria (52,53).

Salario De Enfermeras Según Escala Vigente 2019

SALARIO	NIVEL
14	3,511.00
13	3,294.00
12	3,115.00
11	2,955.00
10	2,689.00
SERUMS	2,689.00

El salario medio varía según las instituciones, en el sector público o estatal la remuneración se inició con 939.33 para el año 2010, transcurrido los años hay incrementos paulatinos producto de huelgas, reclamos de los enfermeros, es así, que el año 2019 quedo 3293 soles cuya equivalencia con el dólar fue de \$1067. La empresa privada tiene salarios bajos, se inició con 850 soles para el 2010, y paga a los enfermeros 1405 soles cuya equivalencia con el dólar es de \$ 427 para el año 2019. La situación de las enfermeras que trabajan en las provincias es similar a la empresa privada, fue en el 2010 de 800 soles y para el 2019 fue de 1350 soles, o sea 410.3 dólares (52,53,54).

2.9. Organizaciones Profesionales De Enfermería (30)

En el país se tienen varias organizaciones profesionales y gremiales que son reconocidas por las respectivas entidades del estado y que se detallan a continuación:

- Colegio de Enfermeros del Perú, creado el 17 de octubre del año 1978, Decreto Ley N.º 22315 conteniendo 18 artículos y 5 disposiciones transitorias, creándose así el Colegio de Enfermeros(as) del Perú, entidad autónoma de derecho público interno representativo de la Profesión de Enfermería en todo el territorio peruano (54,55).

En la actualidad tiene a 96,468 enfermeras colegiadas y cuenta con 27 colegios departamentales que conforman el colegio nacional.

Entidad no gubernamental, sin fines de lucro representante de las enfermeras en instancias de gobierno, organizaciones públicas y privadas. El Colegio de Enfermeras (os) del Perú, es una entidad

autónoma de derecho público interno representativo de la profesión de enfermería en todo el territorio peruano.

- Federación de Enfermeros del Perú, fundada el 28 de marzo de 1963, siendo una organización que lideraba el movimiento sindical de los profesionales de enfermería, se rige por los principios de solidaridad, organización y lucha. Está integrado por el Sindicato Nacional de Enfermeros del Ejército Peruano y el Sindicato Nacional de Enfermeros del Ministerio de Salud (54,55,56).

- Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería del Perú, (ASPEFEEN) creada el 6 de agosto del año 1966, es una institución no gubernamental del área académica, de nivel nacional y democrática, sin fines de lucro, siendo un organismo consultor, de integración con propósitos solidarios que, en respuesta a las necesidades de salud de la población, propiciando la reflexión sobre el papel histórico social, mejoramiento de la calidad de la salud de la sociedad peruana. La institución busca plantear, discutir y analizar problemas de la educación en enfermería, alcanzando propuestas y/o alternativas de solución, a través de la participación e intercambio de experiencias regionales, nacionales e internacionales. Es una institución representativa de las instituciones educativas ante el Ministerio de Salud y Ministerio Educación, siendo asesora en estos organismos en temas de educación en enfermería (57,58).

- Sociedades Científicas, variadas que nacen del seno del Colegio de Enfermeros del Perú y son: (58)

Sociedad Científica de Enfermeras Especialistas en Esterilización.

Sociedad Científica Peruana de Enfermería Neonatal

Sociedad de Enfermeras Especialistas en Nefrología

Sociedad Peruana de Enfermeros Especialistas en Centros Quirúrgicos

Sociedad Peruana de Enfermería en Salud Pública y Comunitaria

Sociedad Peruana de Enfermeras en Gastroenterología y endoscopia gastrointestinal

Sociedad Peruana de Cardiología y Cardiovascular

Sociedad Científica Peruana de Enfermería Pediátrica

Sociedad Peruana de Enfermeras Especialistas en Geriatria y Gerontología

- Asociaciones Científicas que nacen desde el Colegio de Enfermeros del Perú y son:

Asociación Nacional de Enfermeras Materno Infantil

Asociación Nacional de Enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría

Asociación Peruana de Enfermeros en Emergencias y Desastres

Asociación Peruana de Enfermeros en Oftalmología

Asociación Peruana de Enfermeras Intensivistas
 Asociación Peruana de Enfermería Alternativa y Complementaria
 Asociación Peruana de Auditoría en Enfermería

2.10. Enfermeras Colegiadas en el Perú

Las enfermeras para trabajar en el país, deben estar colegiadas, según lo establece la ley, tiene la potestad el Colegio de Enfermeros del Perú, de entregar un certificado de habilitación profesional para que los enfermeros puedan ejercer profesionalmente en cualquier espacio laboral (58).

Enfermeras/Os Peruanas Colegiados Años 2010 – 2020 (56)

AÑO	NUMERO DE ENFERMERAS COLEGIADAS
2010	57,550
2011	61,274
2012	65,078
2013	69,264
2014	73,499
2015	78,251
2016	82,448
2017	86,565
2018	90,484
2019	93,972

Colegio de Enfermeros del Perú

En el año 2020, se tuvo la cifra de enfermeras colegiadas de 96,468. La cantidad ha disminuido en relación a los años anteriores por la presencia del COVID – 19, debido a la demora en la graduación de egresadas de enfermería por el retraso de las universidades con respecto a la formación, ya que no estaban autorizadas a realizar la practica pre profesional o internado (56).

ENFERMERAS /OS PERUANOS ESPECIALISTAS EN EL AÑO 2020

TOTAL DE ENFERMERAS	EMERGENCISTAS	UCI
96, 468	14.89 %	7.68 %

Las enfermeras colegiadas reciben un número de registro en el Colegio de Enfermeros del Perú, habilitándolas para ejercer su trabajo, también cuando las enfermeras culminan su formación como especialistas deben registrar su Postítulo, como se observa, la cantidad de enfermeras especialistas en emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos, es bajo, lo que se ha puesto en evidencia por la presencia de la pandemia en el país (56).

La pandemia instalada en el país, muestra las brechas existentes en recursos humanos en salud, carencia de infraestructura necesaria, sin embargo, esta situación es precaria en las regiones en la que se tiene un déficit marcado de especialistas, en algunos de ellas no existe, debiendo el estado peruano asumir las responsabilidades con respecto a esta situación (56).

3. Migración de Enfermeras (os) del Perú

3.1. Inmigración de Profesionales de la Salud

- Número de Médicos formados en el extranjero

Los médicos formados en el extranjero que trabajan en el país fueron en el 2010 del 0.5%, totalizando en el 2019 un porcentaje de 0.7, la mayoría de ellos se trasladan al país por proyectos de organizaciones internacionales, por eso es un porcentaje muy bajo (56).

- Número de Médicos inmigrantes formados en el Perú

La relación de médicos formados en el país que emigraron tiene porcentajes similares en el decenio de estudio, correspondiendo al 0.1%, siendo una cifra baja (56).

- Número de Enfermeras formadas en el extranjero

Las enfermeras formadas en el extranjero son para el 2019 un 1%, la mayor parte de ellas lo hacen en los países fronterizos como Bolivia, Colombia, Argentina y Chile entre otros por la accesibilidad (56).

- Número de Enfermeras Inmigrantes formadas en el país.

La situación descrita anteriormente, es similar en los países fronterizos que se trasladan al Perú por situación laboral, permaneciendo algunos años, en ese periodo de tiempo ingresan a las escuelas de enfermería, estudiando la carrera. En cuanto a los posgrados de maestría y doctorado, lo realizan en diversas instituciones formadoras de maestrías y doctorados en enfermería (56).

3.2. Emigración De Profesionales De Salud

- Número de Médicos formados en el país que emigraron

En el año 2010 salieron del país 8,666 médicos, dicha cifra se fue incrementando en el decenio, es así que para el año 2019 emigraron 14,322 médicos a diversos países para mejorar su situación laboral (56,57).

- Número de Enfermeras formados en el país que emigraron

Las enfermeras emigraron en mayor cantidad a diversas zonas del mundo, en el año 2010 se tuvo

12,771 enfermeras que dejaron el Perú, las cifras permanecieron constantes durante el decenio, y para el 2019, emigraron 20,911 enfermeras, como se dijo, los destinos fueron variados, especialmente a Estados Unidos y Europa (56,57, 58).

- Inmigración de Enfermeras

En la década 2010 al 2019 se ha producido el ingreso al país de enfermeras de varios países que son frontera con el Perú, para el año 2019, ingresaron al Perú enfermeras ecuatorianas en un 1.8%, colombianas en un 0.4%, chilenas en un 0.3%, bolivianas en un 0.2% y en mayor magnitud venezolanas en un 5% (59,60).

3.3. Legislación De Migraciones Del Personal De Salud

Adhesión al Código de Practicas para la Contratación Internacional de Personal de Salud De La OMS

En el Consejo Ejecutivo EB124/13, en la 124ª reunión del 4 de diciembre de 2008, en el Punto 4.10 del orden del día provisional de la Organización Mundial de la Salud; en este informe se presenta un resumen de la labor realizada para poner en práctica las resoluciones WHA57.19 y WHA58.17, tituladas ambas «Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo» (61,62).

Para apoyar a la OMS en la elaboración del código se estableció la Iniciativa sobre Políticas de Migración del Personal de Salud, proceso en que intervienen múltiples partes interesadas, entre ellas el Consejo Asesor sobre políticas mundiales de migración y un grupo de trabajo técnico dirigido por la OMS. Lideran el Consejo Asesor la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y una organización no gubernamental llamada Realizing Rights: the Ethical Global Initiative. En mayo de 2008, el Consejo Asesor y el grupo de trabajo técnico celebraron reuniones en Ginebra para examinar las líneas generales del código antes de presentarlo a los órganos deliberantes en 2009 (62).

La Oficina Regional para Europa organizó una conferencia sobre los sistemas y los servicios de salud (Tallín, junio de 2008), en la que participaron 53 Estados Miembros y se examinó el proceso de redacción del código. Además, en la Cumbre de Hokkaido Toyako celebrada el 9 de julio de 2008, los jefes de Estado del G8 emitieron una declaración en la que alentaban a la OMS a finalizar el código voluntario (60,62).

El Consejo Ejecutivo RECOMIENDA a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:

La 62ª Asamblea Mundial de la Salud después de haber analizado todo lo expuesto:

ADOPTA el código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud adjunto a esta resolución;

INSTA a todos los Estados Miembros:

- 1) a que den pleno apoyo a la aplicación cabal de las disposiciones del código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud;
- 2) a que designen una autoridad nacional encargada del intercambio de información relativa a la migración de personal de salud y al código, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 8.3 del código de prácticas de la OMS, y se aseguren de que los datos de contacto de dicha autoridad nacional estén completos y al día; (62)
- 3) a que presenten cada dos años al director general un único informe que incluya los datos a que se hace referencia en el artículo 8.2(c) del código y la información sobre la aplicación que hay que presentar de conformidad con el artículo 10.1, empezando en 2010; (62)

PIDE a la Directora General:

- 1) que brinde pleno apoyo a los Estados Miembros, previa solicitud, en la aplicación del código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud, en particular cooperación técnica o medidas tendientes a su facilitación; (62)
- 2) que elabore directrices, en consulta con los Estados Miembros, para el intercambio de información y la presentación de informes periódicos sobre la aplicación, conforme a lo dispuesto en el artículo 10.3(b) del código; (62)
- 3) que proporcione información a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, por medio del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de esta resolución; (62)
- 4) que presente cada dos años a la Asamblea de la Salud un informe que incluya la información suministrada por los Estados Miembros y otros asociados pertinentes y sobre las actividades de la Secretaría, conforme a lo estipulado en los artículos 8.2 y 10.2 del código, empezando por la presentación del primer informe a la 65ª Asamblea Mundial de la Salud (62).

Legislación Peruana De Migración

En el Perú, el 12 de octubre del 2002 se dio el Decreto Legislativo N° 730 denominada Ley de Extranjería, que sustituyó a la Ley N° 7744 que se dio en el año 1931, cuenta con 10 títulos. Esta Ley se modificó el 25 de junio del 2008 con el Decreto Legislativo N° 1043 del 25 de junio del 2008 que presenta en su artículo 7 que La Política de Inmigración, en su fase permanente, forma parte de la Política Interior del Estado y se orienta a la relación del Estado Peruano, con los nacionales extranjeros que han ingresado al territorio nacional, con la visa y calidad migratoria autorizada por la Dirección General de Migraciones y Naturalización del Ministerio Interior. Este decreto fue modificado por el

Decreto Legislativo N° 1350 dado con fecha 6 de enero del año 2017 sobre migraciones en el estado peruano (63,64).

3.4. Requisitos De Ingreso Al País Y Residencia, Normas Y Acuerdos De Circulación Subregional (65,66)

- Personas mayores de edad
- Llenar el formulario para esta solicitud identificado como F-004. Es gratuito.
- Realizar el pago por el derecho a trámite por 162.50 Soles (código 07568) depositado en el Banco de la Nación o en www.pagalo.pe.
- Solicitar la Ficha de canje Internacional Interpol (excepto menores de edad).
- Copia legible del pasaporte o, en el caso de diplomáticos, consulares y oficiales, del Carné de Protocolo vigente.
- Acreditar solvencia económica mínima de 10 UIT de renta bruta anual de acuerdo con su calidad migratoria.
- Acreditar continuidad de la calidad migratoria.
- Tener como mínimo tres (3) años de residencia en el país y que, durante los tres (3) años anteriores a la presentación de la solicitud, no haya estado fuera del país tres (3) meses continuos o seis (6) meses alternados en un año.
- Encontrarse dentro del país.

3.5. Normas De Validación De Títulos (42,44)

SE RESUELVE Artículo 1.- Aprobación del Reglamento del reconocimiento de grados y/o títulos otorgados en el extranjero Apruébese el “Reglamento del reconocimiento de grados y/o títulos otorgados en el extranjero”, que consta de diecinueve (19) artículos, dos (2) disposiciones complementarias transitorias, o cinco (5) disposiciones complementarias finales, dos (2) disposiciones complementarias derogatorias y un (1) anexo denominado “Solicitud de Reconocimiento de Grados y/o Títulos otorgados en el Extranjero” (46,48).

Los requisitos son:

- Carta poder simple, en caso el trámite sea realizado por una persona distinta al titular del grado y/o título.
- Diploma original que acredita el grado y/o título, o documento con valor oficial reconocido por órgano competente en materia de educación superior universitaria que haga sus veces, verificable mediante:
 - El acceso a la base de datos que corresponda, facilitado por el solicitante, que debe encontrarse apto para su verificación por la SUNEDU. Debe tener nombres y apellidos del solicitante, la

mención del grado/o título obtenido y la fecha de lo obtenido y la fecha de su emisión.

- La apostilla o legalización de los documentos según corresponda.
- Recibo de trámite (46,48).

3.6. Inmigración De Enfermeras /Os Y Otros Profesionales De Salud Formados En El Extranjero

La inmigración de profesionales de salud, se produjo a partir del año 1999, siendo en mayor cantidad en los enfermeros peruanos, y también se tienen profesionales de la salud que se encuentran trabajando en el estado peruano, quienes deben cumplir con los requisitos para lograr la reválida de títulos (66,68).

Porcentaje De Profesionales Formados En El Extranjero

TIPOS DE PROFESIONALES	PORCENTAJE
ENFERMEROS	1.1
MEDICOS	0.9
OTRAS (odontología, farmacia, obstetricia, etc.)	1.3

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE SALUD FORMADOS EN VENEZUELA 2019 (26)

TIPOS DE PROFESIONALES	PORCENTAJE
ENFERMERAS	3.6
MEDICOS	2.4
TECNOLOGO MEDICO	1.4
PSICOLOGO	1.1
OTRAS (odontología, obstetricia, farmacia	1.2

Venezuela vive una crisis política, económica, social lo que ha determinado que se produzca un éxodo hacia los países fronterizos debido a los niveles de pobreza que tenían en el país de origen, en este proceso participaron profesionales de salud, entre los cuales se encuentran enfermeras, quienes no desempeñan sus actividades profesionales, ya sea por falta de la documentación corres-

pondiente a la que no tuvo acceso por diversas razones o por una salida desesperada, que impidió tener la documentación en regla (61,62,63).

La situación de salud en el Perú se ha complicado debido a que la población venezolana que ha ingresado en los últimos años ha sido cuantiosa, colapsando cualquier servicio de salud, sobre todo que son personas vulnerables: en situación de extrema pobreza, desnutrición y otras manifestaciones clínicas como parasitosis, gastritis crónica, problemas respiratorios entre otras (64,65,66).

Los profesionales en ciencias de la salud siguen en incremento, sin embargo, no acreditan profesionalidad y competitividad, por la existencia de diversas barreras burocráticas que impiden la homologación de títulos, además de otros requisitos exigidos por colegios profesionales, instituciones de salud entre otros, los migrantes trabajan en otras actividades (67,68).

Procedencia De Enfermeras/0s Por País Y Año

PAIS	PROFESIONAL DE SALUD	AÑO
ECUADOR	ENFERMERA	2017
ARGENTINA	ENFERMERA	2015
COLOMBIA	ENFERMERA	2018
CHILE	ENFERMERA	2017
BOLIVIA	ENFERMERA	2018

Los profesionales de enfermería que ingresaban al país eran de los países fronterizos del Perú, excepto Brasil y que se producen desde el año 2015, con enfermeros que proceden de Argentina (69,70).

Profesionales De La Salud Extranjeros Que Trabajan En El Perú Al 2017

PROFESIÓN	NÚMERO
MÉDICOS/AS	905
PSICOLOGO/A	666
ENFERMERA/O	353
ODONTOLOGO/A	265
NUTRICIONISTA	77
OBSTETRIZ	11

Los profesionales de la salud que ejercen en el país hasta el año 2017, son aquellos que han hecho revalida o reconocimiento de título, se desempeñan en la profesión correspondiente, e incluso tienen colegiatura vigente por el Colegio Profesional correspondiente, teniendo la habilitación profesional para el ejercicio laboral. Se ubican en el sector público y privado (70,71).

4.5. Emigración de Enfermeras/os Peruanos en los Años 2010 – 2019

Año	Nº enfermeras	TÍTULO
2010	29,625	LICENCIADAS
2011	14,424	LICENCIADAS
2012	12,392	LICENCIADAS
2013	12,399	LICENCIADAS
2014	13,530	LICENCIADAS
2015	18,352	LICENCIADAS
2016	18,850	LICENCIADAS
2017	19,739	LICENCIADAS
2018	20,100	LICENCIADAS
2019	20,710	LICENCIADAS

Las enfermeras peruanas emigraron desde el año 1980, pero es el año 2010 en la que se incrementa el número, las causas eran la falta de trabajo, los bajos salarios, subempleo, los índices de pobreza en la familia, entre otras, que determinaron que gran número de profesionales dejaran el país para poder satisfacer necesidades fundamentales de la familia que le había dado una profesión cuya duración era de cinco años y tenían escasas posibilidades de tener un puesto de trabajo. Todas las enfermeras emigrantes fueron licenciadas, un alto porcentaje recién culminaron su formación universitaria, un menor porcentaje estaba trabajando en diversas instituciones de salud, pero las condiciones económicas no eran satisfactorias, por lo que decidieron emigrar (70,71,72).

3.7. País De Destino De Enfermeras / os Emigrantes Peruanos

No	PAIS DE DESTINO
1	Estados Unidos
2	Chile
3	España
4	Brasil
5	Holanda
6	Italia
7	Canadá
8	Colombia
9	Panamá
10	Suiza

Evolución del movimiento migratorio 2010 - 2019

Los enfermeros migrantes tienen alta vulnerabilidad en los países de destino, sobre todo con respecto a la calidad de vida de dichas profesionales, porque muchas veces las condiciones laborales son deficitarias, sobre todo por el alto costo de vida, lo cual genera insatisfacción social, sanitaria, psicológica, se añade cuando la situación de migración es irregular, lo que pone en situación de subempleo con bajos salarios que vulneran su seguridad y protección (71,72).

El bajo reconocimiento social que tienen los profesionales de enfermería, la presencia de inadecuadas condiciones laborales, el estrés, agotamiento, les muestra un camino: migrar; porque consideran que en otros lugares tendrán mayor satisfacción laboral (41) Se añade que se deben dar incentivos para retener a los recursos humanos sobre todo de las zonas rurales las cuales quedan desabastecidos por las renuncias de enfermeros que buscan mejores condiciones laborales y crecimiento profesional (69).

Uno de los países elegidos por las enfermeras para emigrar son los Estados Unidos, se explica porque los enfermeros han ido superando los obstáculos del idioma y la comunicación porque las migrantes son jóvenes y el sistema peruano obliga a los enfermeros a realizar estudios de inglés como requisito

de graduación, sin embargo, el aspecto cultural si constituye una barrera que obliga a la adaptación a las enfermeras emigrantes (70,71).

Uno de los países con mayor cantidad de migrantes peruanas es Chile, porque tienen buen nivel económico, lo que se traduce en los salarios, siendo atractiva la oferta laboral, además les ofrece estabilidad y sobre todo se encuentra muy cercana al país de origen (71,72).

La migración interna ha disminuido, pero la emigración externa se ha ido incrementando, desde el año 1993 que alcanzó un 5.3%; en el 2018 se tuvo una emigración peruana del 10%, esta se produce debido a la gran frustración, descontento, falta de empleo, sobre todo de la población joven que se van para lograr empleo y mejorar su situación social y económica (69).

Discusión

La investigación realizada a través de la revisión de artículos de diversas fuentes de datos, también de documentos oficiales del país, muestra lo siguiente:

Población Vulnerable Y Con Escasos Recursos Humanos

La población peruana es vulnerable sobre todo en zonas rurales, amazónicas las que cuentan con servicios fundamentales, (8,9,12,13,14) sin embargo, la situación de salud se mantiene constante, sin variaciones, las tasa de mortalidad y morbilidad sin variación(8) determinando la formulación de estrategias para mejorar la situación de salud (20). Los enfermeros contribuyen en la transformación de los sistemas de atención de la salud, sobre todo en zonas urbano marginales y rurales, debiendo mejorar la atención primaria de salud con buen desarrollo de liderazgo (33). Hay avances en el desarrollo y gestión de recursos humanos en salud, se ha mejorado su distribución, hay cumplimiento de metas, además se ha fortalecido sus competencias y capacidades, todos estos aspectos mejoran la calidad de los servicios de salud (33,39), a pesar que en el primer nivel de atención no existe la cantidad de recursos humanos, por lo que no se garantiza la prestación de un servicio de calidad a las poblaciones más necesitadas (33,39).

Deficientes condiciones laborales e insatisfacción que favorecen a la emigración

Las limitadas condiciones laborales e incentivos en el ejercicio profesional incrementan la emigración (3), y probabilidad de tener satisfacción laboral es efímera, si el profesional de salud se encuentra trabajando en un establecimiento de primera categoría, la probabilidad de declarar mucha satisfacción laboral es mayor que cuando el establecimiento es de naturaleza privada en lugar de pública, así como un trabajador CAS tiene satisfacción con su trabajo porque valoran el contar con un trabajo, no por otras consideraciones, pudiendo emigrar cuando hay mejores condiciones

(35, 37,39). Los flujos migratorios van a continuar por la persistencia de inadecuadas condiciones laborales (1, 35).

Densidad y Brechas de Recursos Humanos en el País

La densidad de recursos humanos es inferior a las cifras establecidas por la OMS, estableció que para el año 2006 se debía tener una densidad de 25 y para el 2015 se debería tener 44.5, con el propósito de lograr los objetivos del milenio, lamentablemente no se llega a la densidad de 25 (3, 35,36,39,40). Existe alta variabilidad de densidad de recursos humanos en el país, es baja con 3.8 con diferencias significativas entre las categorías, al estratificar, se evidenció que la densidad de recursos humanos presentó una correlación negativa (35,58). Los escasos de recursos humanos especialmente en el primer nivel es alto, además de otros aspectos deficitarios para satisfacer las demandas de la población (34,35,37,39,40,42,44,58).

Flujo Migratorio Continuará

El flujo migratorio de enfermeras continuará, existe la tendencia que se incrementará, porque las demandas de países desarrollados se han incrementado por cambios en su demografía y por la configuración de los servicios de salud (3,5,17,70). El mayor flujo migratorio de enfermeras ha sido a Italia y España, porque en estos países tienen facilidades en cuanto a trámites, el idioma y acercamiento cultural entre naciones (4,5,7,17,70,71,73). Los enfermeros tienen varias facilidades en cuanto a información, que favorece los procesos de migración (3).

Aporte Y Costo De Los Recursos Humanos En El Perú

La formación de recursos humanos, en este caso de las enfermeras, está a cargo del Ministerio de Educación, tiene una duración de cinco años, la mayor parte de emigrantes provienen de universidades públicas las que están subvencionadas por el estado (7,18,19,35,40), en ese sentido, el Perú estaría aportando a los flujos migratorios con un 44,7% de sus recursos humanos, considerando que el costo de la formación profesional en enfermería, es de \$40.1 mil (35,40,50,59).

Ausencia De Política De Regulación De Agencias Reclutadoras Y Políticas De Retención

Falta de regulación del Estado a las agencias de reclutamiento, quienes buscan a profesionales jóvenes y capacitados para emigrar, no hay una política en el país que vele por los recursos humanos, lo observado es que hay subempleo, desempleo, lo que obliga a salir del país (3). La región tiene solo cuatro acuerdos internacionales de salud (4,61,62).

Garantizar los derechos humanos y salud de personas migrantes. No hay una política de salud migratoria. La región tiene solo cuatro acuerdos internacionales de salud. Existe un alto fenómeno

migratorio en los países en la actualidad por lo que se debe buscar formas de protección de la vida y salud de las poblaciones (61, 62,65,73).

Facilidad En Reconocimiento Y Revalida De Títulos

La mayor cantidad de enfermeras que han migrado a España e Italia, han logrado tener el reconocimiento y revalida del título profesional, las agencias les ayudaban a esos trámites, incluso los puestos de trabajo estaban ya asignados. Las solicitudes exitosas para el reconocimiento decayeron en el 2016 (3,4,17,40,58).

Conclusiones

PRIMERA: La población peruana es vulnerable en zonas rurales, amazónicas, las que tiene los servicios fundamentales, con escasos recursos humanos.

SEGUNDA: Las condiciones laborales son deficientes, con bajos salarios, desempleo lo que favorece a la emigración.

TERCERA: La densidad de recursos humanos es baja en especial en el primer nivel de atención existiendo brechas de médicos y enfermeras en el Perú.

CUARTA: El flujo migratorio se incrementará hacia países desarrollados mientras no cambie la situación laboral en el país, elegirán países que faciliten la reválida de títulos.

QUINTA: El estado peruano invierte en la formación de recursos humanos, los cuales emigran perdiendo ese costo, significando para el país 40,000 dólares que gasta en la formación de una enfermera.

SEXTA: Hay ausencia de política de regulación de las agencias reclutadoras de recursos humanos y no existen políticas de retención a los recursos humanos.

Recomendaciones

1. La implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida del poblador peruano, especialmente en el sector salud, disminuyendo la morbimortalidad.
2. La mejora de la política laboral y salarial del personal de salud.
3. La disminución de brechas de enfermeros en el primer nivel de las zonas rurales, alto andinas y de la selva peruana para mejorar la situación de la salud.
4. La implementación de políticas de regulación de los recursos humanos con condiciones laborales favorables.
5. La revisión de normativa de retención de recursos humanos, con regulación en las instituciones formadoras, disminuyendo los costos de formación.
6. El control a las agencias reclutadoras, regulando su intervención en el país.

Bibliografía

1. León, L. (2015) Análisis Económico de la Población. Demografía. <https://web.ua.es/es/giecryal/documentos/demografia-peru.pdf>
2. OPS. (2011) Regulación de la Enfermería en América Latina, SERIE Recursos Humanos para la Salud. <file:///E:/MIGRACION%20REVISION%20INTEGRAT/nursing-regulacion-الاتina-2011-esp.pdf>
3. Gamero, J. (2010) Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud. OPS.LI-LAX. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948691>
4. Gerchow, L. et. al. (2020) Barrera del idioma entre enfermeras y pacientes una revisión del alcance. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32994104/>
5. OPS. (2011) Regulación de la Enfermería en América Latina Serie de Recursos Humanos para la salud <file:///C:/Users/PC/Downloads/nursing-regulacion-الاتina-2011-esp.pdf>
6. OPS (2019) Orientación Estratégica para Enfermería en la Región de las Américas <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-estrategica-para-enfermeria-region-americas>
7. Aranda, W. Ríos, R. (2006) Las familias y las remesas del exterior. El caso de los peruanos en Estado Unidos. <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/29/a06.pdf>
8. MINSA (2019) Análisis de la Situación de Salud del Perú 2019. file:///E:/MIGRACION%20REVISION%20INTEGRAT/Asis_peru19.pdf
9. INEI (2019) Indicadores Económicos y Sociales <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/indicadores-economicos-y-sociales/1/>
10. INEI (2019) Movimiento Migratorio Peruano 2010 - 2019 <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/536144-movimiento-migratorio-en-el-peru-aumento-en-7-0>
11. INEI (2017) Estadísticas de emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros 1990 – 2017. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1549/libro.pdf
12. INEI (2021) Perú, Compendio Estadístico 2021 https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1829/COMPEN-DIO2021.html
13. INEI (2021) Perfil de la Pobreza por dominios geográficos 2010 – 2020 https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1826/libro.pdf
14. INEI (2021). Evolución de la Pobreza 2009-2020. Recuperado 10 de noviembre 2021 de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2020/Pobreza2020.pdf

15. Estado Peruano (2021) Plataforma digital única del estado peruano (26 enero 2021). Recuperado 10 de noviembre 2021

<https://www.gob.pe/476-valor-remuneracion-minima-vital-sueldo-minimo>

16. Pérez M. Las 9 Actividades Económicas del Perú Más Importantes. <https://www.lifeder.com/actividades-economicas-peru/>

17. Pastor, M y Nelson ,N (2016) Migración de enfermeras latinoamericanas a España 2006-2016: un estudio de caso

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099539&info=resumen>

18. Rivera Y (2018) Determinantes de la satisfacción laboral en el sector salud peruano.

https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2268/Yael_Tesis_maestria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Arguedas C. (2011) Análisis de la evolución de las remuneraciones de las personas que prestan servicios en el sector salud para la autoridad nacional del servicio civil.

https://www.academia.edu/9355528/remuneraciones_en_el_sector_publico.

20. García, H. et. al. (2015) La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud

<http://dev.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a02v76nspe.pdf>

21. INEI. (2019) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/

22. INEI (2019) Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú Formas de Acceso al agua y saneamiento básico.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_agua_saneamiento2019.pdf

23. INEI. (2018) Censo. Resultados Definitivos de la Población Económicamente Activa

<http://censo2017.inei.gob.pe/resultados-definitivos-de-la-poblacion-economicamente-activa-2017/#>

24. INEI (2020) INEI Estado de la población peruana 2020 INEI https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

25. INEI (2020) Estado de la Población Peruana 2020.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

26. Lazo, O. et. al. (2016) Sistema de Salud en el Perú. Situación y desafíos.

<https://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/handle/CMP/32/libroSistemaSaludPeru.pdf?sequence=1>

27. OPS (2018) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen1-2018.pdf>
28. MINSA (2020) Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018- 2021 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
29. INEI (2020) Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://www1.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-2020-poblacion-peruana-alcanza-326-millones-de-habitantes-12302/>
30. MINSA (2020) Compendio Estadístico. Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013- 2019 <https://drive.minsa.gob.pe/s/wGi4r8Rw3dARDGc>
31. INEI (2020) Acceso a Seguro de Salud <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/acceso-a-seguro-de-salud-7994/>
32. Barja, J. et al (2021) Cambios en la disponibilidad de los recursos humanos en salud en el Perú . <file:///C:/Users/PC/Downloads/1069-7514-4-PB.pdf>
33. Alcalde, J. et.al. (2019) Sistema de Salud en el Perú. Situación actual, desafíos y perspectivas. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/108>
34. Gallegos A. Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú. Rev. RECIEN. 2020; Vol. 9 / N.º 1. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/8/17>
35. Guerrero, J. (2020) Densidad del Recurso Humano y Desigualdad en Gastos en Salud en Países de las Américas. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52979/v44e1332020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. MINSA (2016) Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú. 2010 al 2016. <https://drive.minsa.gob.pe/s/qzb4Xnt7Sq2N7af>
37. Márquez M. Distribución del recurso humano en obstetricia según aspectos sociolaborales en el Minsa y gobiernos regionales 2015- 2020 <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2872408>
38. INEI (2019) Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud – Perú 2013- 2019 <https://drive.minsa.gob.pe/s/wGi4r8Rw3dARDGc>
39. Inga, F. y Arosquipa, C. (2019) Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. Rev. Experimental de Medicina Experimental y Salud Publica.2019. <https://rpmpesp.ins.gob.pe/rpmpesp/article/view/4493/3330#fig01>
40. Gamero, J (2011) Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/imp_financ_emigra_

med&enferm_andina.pdf

41. Minsa (2018) Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>
42. MINSA (2014) Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392522/MINSA1869.pdf>
43. MINSA (2018) Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321073/Informaci%C3%B3n_de_recursos_humanos_del_sector_salud__Per%C3%BA_201720190613-19707-1fnxkn.pdf
44. Espinoza, E. et. al. (2020) Principales problemas en la gestión de establecimientos en el Perú. <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2146/>
45. SUNEDU (2020) Licenciamiento Institucional <https://www.sunedu.gob.pe/lista-de-universidades-licenciadas/>
46. INEI (2014) Encuesta Nacional a egresados universitarios y universidades 2014 https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1298/Libro.pdf
<https://www.sunedu.gob.pe/licenciamiento-institucional/>
47. Ley Universitaria (2014) Ley N° 30220 Ministerio de Educación <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/118482-30220>
48. MINEDU (2020) Consulta tu instituto y escuela. <http://www.minedu.gob.pe/superiortecnologica/consulta-instituto.php#mapaperu>
49. INEI. (2019) Indicadores de Educación por departamento 2008 – 2018 https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1680/libro.pdf
50. Jiménez, M. et. al. (2015) Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n1/a07v32n1.pdf>
51. Rivera, Y. (2018) Determinantes de la satisfacción laboral en el sector salud peruano https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2268/Yael_Tesis_maestria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Ministerio de Trabajo (2020) Informe anual de empleo en el Perú 2010 al 2019 http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/enaho/INFORME_ANUAL_EMPLEO_ENAHO_2010.pdf
53. Pardo, K. (2009) Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: Análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguri-

dad Social ,2009 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a29v28n2>

54. INEI (2020) Evolución del movimiento migratorio 2010 al 2019 <http://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/migraciones/5/#lista>

55. Colegio de Enfermeros del Perú (2002) Ley del Enfermero Peruano http://conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf

56. EL PERUANO (2018) Normas Legales del Peruano. NORMAS del 16 de enero del 2018 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/40299/DS006_2018EF.pdf

57. Colegio de Enfermeros del Perú (2018) Asociaciones y Sociedades Científicas <https://www.cep.org.pe/asociaciones-y-sociedades-cientificas/>

58. Gallegos A. (2020) Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú. Rev. RECIEN. 2020; Vol. 9 / N.º 1. [file:///C:/Users/PC/Downloads/8-Texto%20del%20art%C3%ADculo-25-2-10-20200824%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/8-Texto%20del%20art%C3%ADculo-25-2-10-20200824%20(3).pdf)

59. OPS (2012) Regulación de enfermería en América Latina para el caso peruano. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alatina-2011-esp.pdf>

60. INEI (2020) Perú. Estadísticas de emigración internacional de peruanos e Inmigración de Extranjeros 1990- 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1749/libro.pdf

61. OMS (2008) Contratación Internacional de personal de salud: Proyecto de Código de Prácticas https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_13-sp.pdf

62. El Peruano (2017) Normas legales: decreto legislativo de migraciones <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-migraciones-decreto-legislativo-n-1350-1471551-2/>

63. Migraciones (2018) Ven informado <https://www.veninformado.pe/vivir-en-peru/tramites-legales/calidades-migratorias/permanente/>

64. Defensoría del Pueblo (2020) Personas venezolanas en el Perú. Análisis de la situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el COVID – 19 <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Informe-de-Adjunt%C3%A1-Da-N-002-2020-DP-ADHPD-Personas-Venezolanas-en-el-Per%C3%BA.pdf>

65. ONU MIGRACION (2019) Monitoreo de Flujo de Migración Venezolana en el Perú. <https://www.refworld.org/es/docid/5ccb776f4.html>

66. Castro, L. (2019) La Migración masiva venezolana en el Perú y las Políticas Públicas Migratorias. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5024/castro_qlc.pdf?sequence=1
67. Mendoza, W. Miranda, J. (2019) Inmigración Venezolana en el Perú: Desafíos y Oportunidades desde la perspectiva de la salud Scielo. <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n3/497-503/>
68. INEI (2020) Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de peruanos e Inmigración de extranjeros 1990 – 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1749/libro.pdf
69. INEI (2018) Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de peruanos e Inmigración de extranjeros, 1990 – 2017. <file:///E:/MIGRACION%20REVISION%20INTEGRAT/EST19902017.pdf>
70. Maguiña, E. (2021). Perú. El proceso de transición de la migración interna a la emigración de peruanos al extranjero: 1990-2020. Tierra Nuestra. 15(1) <https://revistas.lamolina.edu.pe/index.php/tnu/article/view/1811/2291>
71. Cabieses, B. et. al. (2018) Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. Rev. Perú Medicina Experimental. Salud Publica. 2018;35(2):285-91. Scielo. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a16v35n2.pdf>
72. Arroyo, J. (2020) ¿Redistribución de salario o reconocimiento profesional? La difícil construcción de una profesión, la enfermería peruana. <https://es.scribd.com/document/513184591/2019-ARROYO-J-Redistribucion-o-reconocimiento-profesional-La-enfermeria-peruana-CienciaSaudeColetiva-Sept2019>
73. Huicho, L. et. al. (2014) Incentivos para atraer y retener personal de salud en zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWRWBnYDbYt5RTDwpgK9vxG/?lang=es>
74. Kawi, J. Xi, Y. (2009) Facilitadores y barreras para la adaptación de enfermeras internacionales: Una revisión integradora <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19646166/>
75. Cabieses, B. et. al. (2017) La Migración Internacional como determinante social de la salud de Chile. <https://internetworkmigration.wordpress.com/2017/03/13/libro-la-migracion-internacional-como-determinante-social-de-la-salud-en-chile-evidencias-y-propue>

Instrumento Analítico Perú.

VARIABLE N° 1: PERFIL SOCIO SANITARIO – 2010 – 2019												
DIMENSION ES	INDICADOR ES	DATOS RELEVADOS										FUENTE
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Población 2010	Total	28692.915	28905.725	29113.162	29341.346	29616.414	29964.499	30422.831	30973.992	31562.130	32131.400	Indicadores económicos y sociales 2019 INEI
	Composición n por género	14473.899M	14582.608M	14690.302	14808.670	14953.138	15133.365	15355.661	15613.255	15886.587	16148.241	Indicadores económicos y sociales 2019 INEI
		14553.781F	14681.706F	14816.488	14965.316	15137.234	15337.374	15570.375	15831.044	16102.678	16362.221	Indicadores económicos y sociales 2019 INEI
Perfil geográfico	Composición n por país de origen	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Colombia	Colombia	Chile	Colombia	Chile	VENEZ	Movimiento migratorio 2010- 2019 INEI
		9.4	15.6	8.2	9.0	9.5	15.7	13.0	17.7	8.1	84.4	
	Corriente migratoria	Europa A del Sur	Europa A del Sur	Europa A del Sur	A del Sur A Norte	A del Sur A del Sur	Estadísticas de emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros 1990 – 2017					
	Extensión en km	Extensión de 1 285 215,6 km2, cuya superficie continental es 1 280 085,92 km²										Análisis de situación de salud en el Perú 2019
	Clima	VARIADO SEGÚN REGIONES NATURALES: COSTA, SIERRA Y SELVA										Análisis de situación de salud en el Perú 2019
	División política	TIENE 24 DEPARTAMENTOS Y UNA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO										Análisis de situación de salud en el Perú 2019

Perfil social	9.9	10.0	10.1	10.1	10.1	10.1	10.1	10.1	10.1	10.1	10.2	10.3	LIBRO 2 PERFIL DE POBREZA INEI
Escolaridad Índice de alfabetización	382081	406256	431199	456435	467308	482506	501581	514215	534625	546408			LIBRO 2 PERFIL DE POBREZA INEI
Actividad económica PB:	30.8	27.8	25.8	23.9	22.7	21.8	20.7	21.7	20.5	20.2			LIBRO 2 PERFIL DE POBREZA INEI
Índice de pobreza	909	933	984	992	1002	1004	1036	1021	1044	1010			LIBRO 2 PERFIL DE POBREZA INEI
Salario mínimo	83.8	84.3	85.6	86.3	86.4	85.8	86.0	85.4	86.6	85.5			Censo Nacional de Vivienda 2009-2019 INIE
Acceso a vivienda	85.2	87.4	89.2	91.2	91.4	92.9	95.8	95.2	95.3	95.7			Estado de la población peruana 2020 INEI
Acceso a energía	76.5	77.1	78.9	79.9	81.7	81.3	80.3	80.4	80.3	80.5			ENCUESTA DEMOGRAFICA A SALUD ENDES 2020 INEI
Acceso a agua potable	56.3	58.4	59.3	64.6	66.1	66.9	68.3	71.3	72.1	73			ENCUESTA DEMOGRAFICA A SALUD ENDES 2020 INEI
Acceso a cloacas													

Perfil Sanitario	Eliminación de residuos	80.6	85.1	90.9	94.8	95.3	95.9	96.9	97.5	96.8	97.7	ENCUESTA DEMOGRAFICA, SALUD ENDES 2020 INEI	Análisis de situación de salud en el Perú 2019
	Diez primeras causas de muerte	Respiratorias Cerebrovasculares Isquémicas del corazón Hipertensión Septicemia Cirrosis y otra Lesiones Diabetes mell Neoplasia estomago Ins. Renal crónica.	Respiratorias Cerebrovasculares Isquémicas del corazón Hipertensión Septicemia Cirrosis y otra Lesiones Diabetes mell Neoplasia estomago Ins. Renal crónica.	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau Otras resp Diabetes E. Hgado Otras bact Otras enfie corazon		

	Eliminación de residuos	80.6	85.1	90.9	94.8	95.3	95.9	96.9	97.5	96.8	97.7	ENCUESTA DEMOGRAFICA A SALUD ENDES 2020 INEI
Perfil Sanitario	Diez primeras causas de muerte	Respiratorias Cerebrovasculares Isquémicas del corazón Hipertensión Septicemia Cirrosis y otra Lesiones Diabetes mell Neoplasia estomago	Respiratoria Cerebrovascular Isquémicas del corazón Hipertensión Septicemia Cirrosis y otra Lesiones Diabetes mell Neoplasia estomago Ins. Renal crónica.	Neoplasias Influenza Neumonía E. Cerebro E. Isquem y corazón Otras, trau	Análisis de situación de salud en el Perú 2019							

	10.3	10.6	11	14.1	13.9	17.4	20.1	20.4	30.3	40.5	Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021
Problemas de salud mental											
Sistema de Salud	MINISTERIO DE SALUD INTEGRADO POR MINSA, ESSALUD Y PRIVADO										Análisis de situación de salud en el Perú 2019
Desarrollo de la APS	EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION										Análisis de situación de salud en el Perú 2019
Acceso universal a la atención de salud	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD	Análisis de situación de salud en el Perú 2019
Índice de cobertura	21.6	22.7	24.4	24.4	24.6	24.5	24.4	24.6	24.4	25	
	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	SIS	
	63.5	64.5	61.9	65.5	69.0	73.0	75.8	76.4	76.5	77.7	
Total de médicos	56524	59163	62193	65082	68515	71739	74981	78582	82436	86252	Compendio estadístico: Información de recursos humanos 2013 - 2019 MINSA
Total de enfermería	57550	61274	65078	69264	73499	78251	82448	86565	90484	93972	Compendio estadístico: Información de recursos
Perfil de Recursos humanos para la salud											

Densidad por 10.000	8.8	9.0	9.4	11.5	11.9	12.2	12.7	12.8	13.6	13.5	Compendio estadístico: Información de recursos humanos 2013 - 2019 MINSA
	9.0	9.6	10.6	11.8	12.7	12.8	13.5	14.1	15.6	15.5	
Brecha de cobertura	14.1	13.1	13.2	14.2	12.3	12.2	12.5	10.9	9.4	9.0	Balances y retos de los recursos humanos en el Perú MINSA
											MERCADO DE FORMACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD EN EL PERÚ M. Michelle Jiménez1
											Revista Perú Med Exp Salud Pública

Escuelas Técnicas	176	201	225	235	240	247	250	297	120	33	MINEDU Institutos con licenciamiento 2020
Numero totales de estudiantes	8055	6579	1287.1	1321.3	1488.4	1458.6	37415	1576.8	1593.1	1509.4	Datos estadísticos 2011 ANR. II
	23.8	24.4	25.2	26.5	27.1	27	28.4	28	28.8	28.2	Informe
Univer	6.7	5.6	5.2	5.6	5.3	5.5	4.9	4.7	5.0	5.0	Bienal sobre la realidad universitaria Perú SUNEDU
Índice de empleo	12.4	12.7	13.4	13.3	13.1	12.9	13.2	13.1	13.8	13.5	Indicadores de educación por dpto. 2009 - 2019 INEI
											Distribución de la PEA MINISTERIO DE TRABAJO DEL PERU

Índice de desempleo	4.1	4.0	3.7	4.0	3.7	3.5	4.2	4.1	3.9	3.9	3.9	Informe anual de empleo en el Perú 2010 al 2019
Jornada Laboral más frecuente	6hrs/día 36 hr/ semana 150 hr/mes	6hrs/día 36 hr/ sem 150 hr/mes	6hrs/día 36 hr/ semana 150 hr/mes	6hrs/día 35 hr/ sem 150 hr/mes	6hrs/día 36 hr/ semana 150 hr/mes	Ley del enfermero						
Salario de inicio medio (Público, privado y por provincia o regiones)	939.33	941.22	1698.00	1239.00	1698.00	2,689.00	2239.00	3,309.00	3344.00	3344.00	3511.00P	Arguedas Gourzong, C. (2011) Análisis de la evolución de las remuneraciones de las personas que prestan servicios en el sector salud para la autoridad nacional del servicio civil SERVIR
Organización profesional, Describir	850.00	850.00	1000.00	900.00	1000.00	1100.00	1,200.00	1,271.00	1292.00	1292.00	1405.00	de la evolución de las remuneraciones de las personas que prestan servicios en el sector salud para la autoridad nacional del servicio civil SERVIR
Organización profesional, Describir	800.00	850.00	1200.00	1000.00	1200.00	1200.00	1,300.00	1300.00	1300.00	1300.00	1350.00	Ley de la Enfermero Peruano
												Levy de la Enfermero Peruano

VARIABLE N° 2: MIGRACIONES DE ENFERMERAS – 2010 – 2019												
DIMENSIONES	INDICADORES	DATOS RELEVADOS										FUENTE
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Inmigración de enfermeras	País de procedencia Ecuador	0.8	0.9	0.9	0.7	1.1	1.3	1.6	1.5	1.7	1.8	Evolución del movimiento migratorio 2010 I I 2019
	País de procedencia Venezuela	0.8	0.8	0.9	0.9	1.2	1.4	1.8	2.0	2.3	5.0	Evolución del movimiento migratorio 2010 I I 2019
	País de procedencia Colombia	1.0	0.9	0.8	0.9	0.5	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	Evolución del movimiento migratorio 2010 I I 2019
	País de procedencia Chile	0.5	0.4	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.2	0.3	Evolución del movimiento migratorio 2010 I I 2019
	País de procedencia Bolivia	0.4	0.5	0.6	0.7	0.5	0.4	0.5	0.3	0.2	0.2	Evolución del movimiento migratorio 2010 I I 2019
	Continuar											

VARIABLE N° 2: MIGRACIONES DE ENFERMERAS – 2010 – 2019			
DIMENSIONES	INDICADORES	DATOS RELEVADOS	FUENTE
Legislación de migraciones de personal de salud	Adhesión al código de prácticas de la OMS	el artículo 2º y 6º del Decreto Legislativo N° 1130 que crea la Superintendencia Nacional de Migraciones – MIGRACIONES establece que tiene competencia en materia de política migratoria interna y participa en la política de seguridad interna y frontera. Coordina el control migratorio con las diversas entidades del Estado que tengan presencia en los puestos de control migratorio o fronterizo del país para su adecuado funcionamiento. Tiene competencia de alcance nacional; Que, el inciso b) del artículo 6º establece que es función de MIGRACIONES ejecutar la política migratoria interna, en el marco de su competencia y de conformidad con la normativa y los tratados internacionales, promoviendo la integración de las personas migrantes a la sociedad peruana; De conformidad con lo establecido en el artículo 104º de la Constitución Política del Perú y el artículo 11º de la Ley N° 29158 Ley Orgánica del Poder Ejecutivo	El PERUANO https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-migraciones-decreto-legislativo-n-1350-1471551-2/
	Requisitos de ingreso al país	Personas mayores de edad Llenar el formulario para esta solicitud identificado como F-004. Es gratuito. Realizar el pago por el derecho a trámite por 162.50 Soles (código 07568) depositado en el Banco de la Nación o en www.pagalo.pe . Solicitar la Ficha de canje Internacional Interpol (excepto menores de edad). Copia legible del pasaporte o, en el caso de diplomáticos, consulares y oficiales, del Carné de Protocolo vigente. Acreditar solvencia económica mínima de 10 UIT de renta bruta anual de acuerdo con su calidad migratoria. Acreditar continuidad de la calidad migratoria. Tener como mínimo tres (3) años de residencia en el país y que, durante los tres (3) años anteriores a la presentación de la	El Peruano (2017) Normas legales: decreto legislativo de migraciones https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-migraciones-decreto-legislativo-n-1350-1471551-2/

		solicitud, no haya estado fuera del país tres (3) meses continuos o seis (6) meses alternados en un año. Encontrarse dentro del país.	
	Requisitos de residencia	Llenar el formulario F- 004 Hacer pago por tramite de 162.50 soles en el Banco de la Nación Solicitar ficha de canje internacional de Interpol solo mayores de edad Copia legible del pasaporte o carnet de protocolo para casos de diplomáticos. Acreditar solvencia económica mínima de 10UIT de renta bruta anual Acreditar continuidad de la calidad migratoria Tener como mínimo tres (3) años de residencia en el país, de manera continua Encontrarse en el país.	El Peruano (2017) Normas legales: decreto legislativo de migraciones https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-migraciones-decreto-legislativo-n-1350-1471551-2/
	Normas y acuerdos de circulación Subregional	Única.- El Comité Andino de Autoridades de Migración (CAAM) realizará el seguimiento sobre el desarrollo de lo previsto en la presente Decisión y, de ser el caso, propondrá al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores las acciones pertinentes para que de manera progresiva se perfeccione el Mecanismo y amplíe su acción	El Peruano (2017) Normas legales: decreto legislativo de migraciones https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-migraciones-decreto-legislativo-n-1350-1471551-2/
	Norma de validación de títulos	1.Carta poder simple, en caso el trámite sea realizado por una persona distinta al titular del grado y/o título. 2.Diploma original que acredita el grado y/o título, o documento con valor oficial reconocido por órgano competente en materia de educación superior universitaria que haga sus veces, verificable mediante: 3.El acceso a la base de datos que corresponda, facilitado por el solicitante, que debe encontrarse apto para su verificación por la SUNEDU. Debe tener nombres y apellidos del solicitante, la mención del grado/o título obtenido y la fecha de lo obtenido y la fecha de su emisión.	7.1. del artículo 7° del Reglamento del reconocimiento de grados y/o títulos otorgados en el extranjero, aprobado mediante <u>Resolución del Consejo Directivo N.° 099-2020-SUNEDU/CD</u> , para su aplicación durante el año 2021
		4.La apostilla o legalización de los documentos según corresponda. 5.Recibo de trámite.	

República Dominicana

Dulce Emilia Medina Ferreras
María Virtudes Méndez Santana
Nelgia Yolanda Saturria
Regina Silverio

Introducción

La emigración de las personas y de los pueblos data desde épocas memorables, según relatos en el Antiguo Testamento de la Biblia cuando el pueblo de Israel emigró a Egipto en búsqueda de una mejor condición de vida y de bienestar para sus familiares. Al guiar las poblaciones nómadas, esta movilidad de las personas ha permanecido a través de los siglos; hoy permanece en el mundo de la que no escapa América Latina y el Caribe, emigrando familias completas a otros países que tienen mayor desarrollo y fuentes de trabajo. República Dominicana no escapa a esta condición, donde por décadas el flujo migratorio fue muy significativo para la mejora de estas personas; sin embargo, el país perdió muchos profesionales, lo cual iba en contraposición al desarrollo nacional.

En las décadas del 1960 al 1990 fue muy marcado el flujo migratorio. Según datos estadísticos, el 12% de la población dominicana reside fuera del País y un 4% son inmigrantes. Este es un país de bastantes movimientos, pues mientras unos emigran, otras personas inmigran. En nuestra Isla y en América Latina, la Inmigración data desde la época del descubrimiento de América. En República Dominicana tenemos hechos bastante relevantes relacionados con la primera invasión Norteamericana de 1916 y la llegada de Enfermeras, pues el país carecía de este recurso y, al ver los Americanos invasores que no contaban con este personal, se vieron precisados a traer Enfermeras que, además de prestar cuidados, desarrollaron cursos de Enfermería, surgiendo la necesidad de la creación de una Escuela de Enfermería, fundándose la primera en 1922, por iniciativa de una Organización Evangélica, dando paso a la Escuela del Hospital Internacional.

Las limitaciones que se tuvo durante el proceso de investigación fueron: Sub registro y ausencia de información oficial en instituciones de salud y académicas, elevado número de personas que viajan de manera irregular, falta de registros de entrada y salida confiables, debilidades de los sistemas de información.

Justificación

Al contar con los resultados de este trabajo se va a realizar una mejor planificación acorde con los recursos disponibles tras la búsqueda de mejorar las condiciones de trabajo y de vida de las Enfermeras dominicanas y así evitar la migración de las mismas.

Objetivo General

Determinar la magnitud y características de la migración de Enfermeras(os) formados en República Dominicana 2010-2019.

Objetivos Específicos

- Relacionar el fenómeno de la migración de Enfermeras de República Dominicana con la dotación y brechas de cobertura de personal de enfermería en el país 2010- 2019
- Identificar el impacto de la migración en los servicios de salud y la oferta de empleos
- Describir el proceso social, político, profesional y laboral vinculado a la migración de Enfermeras en República Dominicana.

Planteamiento del problema

Son varios los conceptos sobre migración. En sentido general, puede decirse que: “es el desplazamiento de una o varias personas desde su lugar de residencia a otro para permanecer en él un tiempo determinado o definitivamente, con la finalidad de satisfacer algunas necesidades y, por consiguiente, conseguir algunas mejoras de su condición de vida”.

Los procesos migratorios suelen ser de origen autónomo, de carácter espontáneo. Han generado inquietud a nivel social y político por ser un proceso que tiene carácter global, no sólo desde la perspectiva espacial (afecta a casi todos los países del planeta por ser punto de partida y de llegada), sino también cambio desde una dimensión profesional y cultural. (Tezón García).

Stephen Catles argumenta que la migración tiene un papel clave en la mayoría de las transformaciones sociales contemporáneas y que son, a su vez, el resultado de cambio global y una fuerza poderosa de cambios posteriores, tanto en la sociedad de origen como en las receptoras. Refiere, además, que los impactos inmediatos de la migración se manifiestan en primer orden en el nivel económico, aunque también afecta las relaciones sociales, la cultura, la política y las relaciones internacionales (Catles 1998).

Durante siglos, la migración ha sido un componente fundamental en la vida y desarrollo del Caribe desde los primeros movimientos forjados por el comercio del siglo XVIII y XIX, hasta los flujos voluntarios impulsados por motivos económicos. (Ferguson 2003).

En la República Dominicana, el proceso migratorio en gran escala se inicia en la época de los años 60 con la caída de la tiranía en 1961, a causa de las tensiones sociales y políticas; en 1980-1990 por la crisis agroexportadora. La crisis económica causó un gran impacto negativo sobre el nivel de vida

de la población, generando la migración constante hacia los EEUU y Puerto Rico (Ferguson 2003). A partir de los años 90, el flujo migratorio fue aumentando no sólo hacia los Estados Unidos, sino también a Europa, en especial a España.

El gobierno dominicano ha empleado una serie de iniciativas para estrechar sus vínculos con la diáspora, tales como la aprobación de una enmienda constitucional que reconoce la nacionalidad dual y otorga a los dominicanos en el extranjero ejercer el derecho al voto (OCDE-2005).

La migración de profesionales de las diferentes áreas del conocimiento cada vez es más significativa, situación de la que no escapan las (os) del área de Enfermería, quienes justifican estos movimientos en búsqueda de fortalecer su formación profesional, mejorar su condición laboral y, por consiguiente, mejoría de vida para sus familias y de ellas mismas. Esta migración se ha convertido en un problema para varios países, en especial los de ingresos bajos, donde se ve disminuida la fuerza laboral, traduciéndose esto en una baja cobertura de los servicios de salud y, por ende, en el desmedro de una atención de calidad.

Se han realizado estudios sobre migración de profesionales de Enfermería, entre los que tenemos: la publicación del 2006 de OPS "Notas preliminares sobre migración y escasez de Enfermeras en América Latina, áreas: América del Sur y América Central". Luego de una década de realizar esta investigación, se hace necesario actualizar sobre la movilidad de las (os) Enfermeras (os) de América Latina y el Caribe con la finalidad de relacionar los resultados con la dotación de personal y las brechas de cobertura en los países, con el objetivo de contribuir a las mejoras de las condiciones que limitan la accesibilidad a servicios de salud eficientes.

Los Recursos Humanos en salud, de manera muy especial Enfermería, son el pilar fundamental que sostienen el funcionamiento eficaz de los servicios de salud, por lo se requiere contar con profesionales competentes y comprometidos con la aplicación de las políticas de salud de su país y el desarrollo de su profesión. Sin embargo, los gobiernos parecen dejar de lado esta condición, pues estos profesionales del área de la salud no disfrutaban de buenas condiciones laborales, lo cual conlleva a que en algunas ocasiones trabajan en condiciones de mayor riesgo. Por otro lado, está la poca oferta de empleo, lo que trae como consecuencia que este grupo de profesionales se vean precisados a migrar a otros lares en búsqueda de mejoras de su condición de vida y la de sus familiares.

Esta migración impacta negativamente al sistema de salud, pues se debilita la oferta de servicios ante la gran demanda de la población; por tal razón se plantean las siguientes interrogantes:
¿Cuál es la cantidad de Enfermeras formadas en República Dominicana que se desempeñan en otros

países de América Latina, Europa e Islas del Caribe?

¿Cuál es el número de Enfermeras formadas en República Dominicana que emigraron a otros países durante el periodo 2010-2019?

¿Cuáles fueron las razones para que las Enfermeras dominicanas emigraran a otro país?

II. Material y Método

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de recopilación documental, con la finalidad de indagar sobre la migración de enfermeras dominicanas e inmigración de enfermeras extranjeras durante el periodo 2010-2019.

Fuentes de Información

Entrevistas al personal de enfermería que participó en la investigación, informantes claves en el área de enfermería y fuentes bibliográficas nacionales e internacionales.

Técnicas de Recolección de Información

1. Mediante consulta a través de la aplicación de encuestas dirigidas a profesionales de Enfermería que al momento estén desempeñando una posición de gestión de los servicios de Enfermería público y privado, así como a docentes de las Escuelas de Enfermería.
2. Revisión integrativa de literaturas científicas, consulta de base de datos y recopilación documental sobre inmigración y emigración de Enfermeras y Enfermeros formados en el país y en países receptores durante el período 2010-2019

VARIABLES GENERALES

Migración de Enfermeras por Región Sanitaria

Año de mayor porcentaje de Enfermeras emigrantes

Principales países de procedencia de las Enfermeras inmigrantes Países hacia donde emigran las Enfermeras dominicanas

Impacto de la emigración de Enfermeras en la calidad del servicio de salud

III. Perfil Geográfico de País.

La Isla Española, situada en el Archipiélago de las Antillas Mayores, está compartida por dos países con culturas e ideologías diferentes: Haití y la República Dominicana. Este último es un país ubicado en el mismo trayecto del Sol, como la describiera nuestro Poeta Nacional Don Pedro Mir, con una extensión territorial de 48,449 Km², con una población de 10.358.000 personas. Se encuentra en la posición 88 de la tabla de población compuesta por 196 países y tiene una densi-

dad de población de 213 habitantes por Km². Su capital es Santo Domingo y su moneda es el peso dominicano.

La República Dominicana está geográficamente limitada por el Norte con el Océano Atlántico, a lo largo de 586 km; al Sur con el mar Caribe, en una distancia de 545 km; al Oeste con Haití, en 276 km de frontera, y al Este con el Canal de la Mona, separándola de la isla de Puerto Rico.

Es un país poblado por mujeres y hombres que se caracterizan por mantener una actitud positiva y proactiva frente a situaciones adversas. Personas trabajadoras, forjadores de sueños. La honestidad, responsabilidad, hospitalidad y calidez, son algunas de sus principales virtudes. Este es un pueblo donde hay libertad de culto y de expresión. La música folklórica es el Merengue y la Bachata, ambos declarados por la UNESCO como Patrimonio de la Humanidad. El ave nacional es la Cigua Palmera, y la flor de Bayahibe, fue declarada por el Estado Dominicano como la Flor Nacional.

La República Dominicana tiene la novena economía más grande de América Latina y la primera de América Central y el Caribe. Ocupa la séptima posición en ingreso per cápita en América Latina, superada por Puerto Rico, Panamá, Chile, Uruguay, Argentina y México.

Línea de costa: 1,288 km Internacionales: 276 km

3.1 Perfil Geográfico

El país se divide en 4 regiones:

- a) Región Norte, con el océano atlántico a lo largo de 588 kms.
- b) Región Sur, con el mar caribe 545 kms
- c) Región Oeste, con la República de Haití con 276 kms. de frontera
- d) Región Este, con el Canal de la Mona separándonos de Puerto Rico Existen cuatro cordilleras principales que recorren el país:

1. La Cordillera Septentrional, paralela a la costa del Océano Atlántico en el norte.
2. La Cordillera Central, con un ancho medio cercano a los 80 km, que ocupa la mayor superficie de la parte central del país (Pico Duarte, 3,175 m) y dos cadenas menores, la Sierra de Neiba y la Sierra de Bahoruco, situadas en el suroeste como continuación de las principales cordilleras haitianas.
3. La Cordillera Oriental o Sierra del Seibo. Estas cordilleras delimitan tres valles principales: Valle del Cibao, Valle de San Juan y la Cuenca del Enriquillo. El primero se sitúa entre la Cordillera Septentrional y la Central; el segundo entre la Cordillera Central y la Sierra de Neiba y, finalmente, el tercero entre las Sierras de Neiba y de Bahoruco.
4. La Planicie Costera del Caribe, entre la Cordillera Oriental y el Mar Caribe, es la más extensa e importante y está formada por una serie de terrazas con un ancho variable entre los 10 y los 40 km.

3.2. Población Total, Composición por Género

Fecha	Densidad	Hombres	Mujeres	Población
2019	213	5.366.198	5.372.759	10.358.000
2018	211	5.312.745	5.314.402	10.266.000
2017	209	5.258.174	5.254.937	10.169.000
2016	207	5.202.940	5.194.798	10.075.000
2015	205	5.147.367	5.134.308	9.980.000
2014	203	5.091.526	5.073.656	9.883.000
2013	201	5.035.367	5.012.859	9.785.000
2012	199	4.979.010	4.951.906	9.681.000
2011	197	4.922.526	4.890.693	9.580.000
2010	195	4.865.924	4.829.193	9.479.000

Fuente: República Dominicana - Población 2020 | datosmacro.com (expansion.com) Departamento de estadística

3.2.3. Clima de la República Dominicana

El clima tiene un carácter marcadamente tropical húmedo, aunque la insularidad y la topografía heterogénea de la isla determinan los regímenes climáticos locales, que varían desde árido hasta lluvioso. En la temporada de lluvias, las masas de aire frío generan una caída en las temperaturas. En los picos altos son frecuentes las heladas, mientras que en las tierras bajas las temperaturas medias varían de 23 a 33°C a lo largo de todo el año. En la estación seca, la Zona de Convergencia Intertropical. En general, se puede distinguir una estación seca (diciembre a marzo) de otra lluviosa (mayo a noviembre), con marzo el mes más seco y mayo el más lluvioso, a excepción de la Cordillera Septentrional donde, debido a los primeros vientos alisios, la época más lluviosa es de noviembre a enero. La exposición a los vientos alisios del nordeste, durante más de la mitad del año causa una precipitación abundante en el flanco norte de la Cordillera Septentrional. En la época lluviosa son frecuentes los huracanes, que traen fuertes vientos y lluvias, causando grandes daños ambientales y pérdidas económicas. La temperatura más elevada es alrededor de 35 grados.

3.2.4. División Política

Administrativamente, el país se divide en 10 regiones (Cibao Nordeste, Cibao Noroeste, Cibao Norte, Cibao Sur, El Valle, Enriquillo, Higuamo, Ozama, Valesia y Yuma, que a su vez incluyen 31 provincias, las cuales se subdividen en 157 municipios y 234 distritos municipales. La capital es Santo Domingo.

3.2.5 Perfil Social

Hemos de considerar, en primer lugar, que la República Dominicana es un país en vía de desarrollo

que depende, principalmente, de la agricultura, el comercio, servicios y turismo. Aunque el sector servicio en los últimos años ha sobrepasado a la agricultura como el principal proveedor de empleos, la agricultura todavía se mantiene como el sector más importante en términos de consumo doméstico y está en segundo lugar en términos de exportación. El turismo también aporta millones de dólares, al igual que las Zonas Francas, que son sectores de gran crecimiento económico en el país.

Cabe destacar que los datos estadísticos reflejan que República Dominicana presenta alta tasa de desempleo, alto costo de la vida, incremento del narcotráfico, alza en la tarifa eléctrica, violencia doméstica, alta criminalidad, inseguridad ciudadana, falta de circulante en la población, entre otras cosas. Todos estos fenómenos impactan a la sociedad de forma directa o indirectamente. Entendemos que esto ha traído como resultado un desequilibrio económico nacional; es decir, en todas las esferas de la vida social, lo que motiva a las enfermeras y enfermeros a emigrar del país en busca de mejores condiciones de vida.

3.2.6 Escolaridad

La Constitución obliga a completar 12 años de educación para concluir los niveles educativos inicial, primario y secundario. En República Dominicana, el acceso a la educación de los niños de 4 años es inferior al 70 por ciento, mientras que la tasa promedio de la secundaria es de 50 por ciento. La proporción de jóvenes que completa el tramo de escolaridad obligatorio creció alrededor de 33 por ciento durante el período 2007-2016. A mediados de la década del 2010, el 53 por ciento de las personas de entre 25 y 35 años había completado la educación secundaria.

La proporción de niños y niñas de 5 años escolarizados aumentó un 31,5% durante el período 2007-2016. En 2016, el 86,9% de los niños y niñas de 5 años concurría a establecimientos educativos de nivel primario (SITEAL, con base en el ENFT del Banco Central de la República). El nivel primario está orientado a los niños y niñas de 6 a 11 años. El acceso y graduación del nivel primario está cerca de la universalización. En 2016, el 97,2% de los niños y niñas de 6 a 11 años se encontraba escolarizado. En 2016, el 92,7% de los adolescentes de 15 a 17 años que ingresó al nivel primario lo finalizó (SITEAL, con base en la ENFT del Banco Central de la República). En las pruebas TERCE de 2013, el 37,8% de los estudiantes de sexto grado del nivel primario obtuvo bajo desempeño en los exámenes de lectura. La educación superior se rige por la Ley N.º 139-01, y está orientada a los jóvenes que culminaron sus estudios de nivel secundario. Se ofrecen tres niveles de educación superior: técnico (técnico superior, tecnólogo y profesorado), de grado (licenciaturas) y de posgrado (especialización, maestrías y doctorados). El Consejo Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, es el organismo encargado de validar la oferta académica de nivel superior y los títulos que expiden las instituciones educativas de nivel superior.

3.2.7. Actividad Económica Principal

La República Dominicana tiene una economía abierta y se ha posicionado como una de las más dinámicas y de más rápido crecimiento en América Latina y el Caribe, con un Producto Interno Bruto (PIB) de USD\$75,932 millones. Es el destino de inversión líder en el Caribe y capta el 49% de la inversión extranjera directa en la región, según datos del Centro de Exportación e Inversión (CEI-RD). Entre los factores que le favorecen se encuentran: una economía diversificada, un sistema de gobierno estable y un favorable clima de negocios, reflejado en un crecimiento sostenido por encima del promedio regional. Según datos del Banco Mundial, en el periodo 2013-2017 el país sostuvo un crecimiento promedio anual de 6,14%. Entre las ventajas competitivas del país se destacan: el tratamiento igualitario, el talento humano, el acceso preferencial a mercados, modernas infraestructuras, economía creciente y estabilidad social, así como acceso a tecnologías de la información y la comunicación. Los sectores prioritarios para los que el país promueve la captación de inversiones son: agronegocios, cine, energía, externalización de servicios, logística y conectividad, manufactura, minería y turismo.

Cabe recalcar que la principal actividad económica de nuestro país es el turismo, las remesas y la producción agrícola. En 2020 el PIB per cápita en el país cerró en US\$7.544, equivalente a una caída neta de US\$1,038 respecto a 2019, ya que en ese año fue US\$8,583.

3.2.8 Índice de Pobreza

El índice de desarrollo humano posiciona a la República Dominicana en el décimo tercer lugar de los 19 países que conforman la Región Latinoamericana. La CEPAL reporta que en el 2014 el 37,2 por ciento de la población vivía por debajo de la línea de pobreza, y menos del 17 por ciento por debajo de la línea de la indigencia.

3.2.9 Salario Mínimo

En el periodo 2017-2018, el promedio mínimo salarial ascendió a RD\$11,826 y el costo de la canasta subió hasta los RD\$13,806. Para el período 2019-2020, el salario era RD\$13,482 y el costo de la canasta RD\$13,955.

3.2.10 Acceso a Vivienda: Energía, Agua Potable, Eliminación de Residuos

Según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), el déficit total de viviendas es de 1,985,265 unidades. De este total, el 51.41 por ciento (1, 4174,920) es déficit cualitativo y el 28.61 por ciento (567,771) constituye el déficit cuantitativo. Para el año 2016, la población carecía de necesidades básicas, tales como como: sin instalación de agua (111,977), sin sistemas sanitarios mejorados (531,651), sin energía eléctrica (126, 858). En zonas donde no hay sistema de alcantarillado, muchos

hogares desaguan sus desechos en los ríos y en la tierra, que a la vez contaminan los ríos subterráneos

IV. Perfil Socio-Sanitario De Republica Dominicana

4.1 Tasa de Natalidad en República Dominicana 2010-2019

El número de nacimientos por cada mil habitantes en el año 2019 fue de 19,19%, y el índice de fecundidad (número medio de hijos por mujer), de 2,32. Esta cifra asegura que la pirámide población de República Dominicana se mantenga estable, ya que para ello es necesario que cada mujer tenga al menos 2,1 hijos de media (fecundidad de reemplazo).

Si miramos la evolución de la tasa de natalidad en República Dominicana, vemos que esta ha bajado respecto a 2018, en el que fue del 19,51%, al igual que ocurre al compararla con la de 2010, en el que la natalidad era del 21,50 %.

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Fecundidad.
2019	19,19%	2,32
2018	19,51%	2,35
2017	10,80%	2,37
2016	20,07%	2,39
2015	20,32%	2,41
2014	20,55%	2,42
2013	20,76%	2,44
2012	20,97%	2,46
2011	21,18%	2,48
2010	21,40%	2,50

Fuente: República Dominicana - Población 2020 | datosmacro.com (expansion.com) Departamento de estadística ONE. Rep. Dom

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas

4.2 Tasa de Mortalidad en República Dominicana. 2010-2019

En 2019 murieron en la República Dominicana 64,095 personas, 959 más que el año anterior, lo que se traduce en 176 muertes de media cada día. La tasa de mortalidad en 2019 en República Dominicana ha subido respecto a 2018, hasta situarse en el 6,19 %; es decir, 6.19 muertes por cada mil ha-

bitantes. Si miramos la evolución de la tasa de mortalidad en República Dominicana en los últimos años, vemos que se ha incrementado respecto a 2018, en el que fue de 6,15%, al igual que ocurre respecto a 2010, en el que estaba en 6,03%.

En las estadísticas vitales de la ONE no se aprecia un patrón de comportamiento que defina el mes de mayor ocurrencia de muertes en República Dominicana. En 2018, como dato más actualizado, marzo aparece con el de mayor número de fallecidos en el territorio nacional. Lamentablemente, la ausencia de una base de datos históricos y actualizados no permite auscultar acerca del comportamiento de la composición de las causales de las defunciones en el país y de las acciones para mitigarlas, evitarlas y hasta erradicarlas. De los datos que se presentan en el cuadro, se puede inferir que las políticas públicas tienen un gran desafío en cuanto a reducir las muertes por causales prevenibles, tales como las transmisibles, las defunciones infantiles, los homicidios y los accidentes de tránsito.

Año	Muertes Totales	Tasa de Mortalidad/1000 Habitantes
2019	64,095	6.19 %
2018	63,131	6,15 %
2017	62,234	6.12 %
2016	61,427	6,10 %
2015	60,688	6.08 %
2014	59,970	6,07 %
2013	59,278	6,06 %
2012	58,551	6,05 %
2011	57,854	6,04 %
2010	57,158	6,03 %

Fuente. República Dominicana - Natalidad 2019 | datos macro.com (expansion.com) Departamento de acceso a la Información Ministerio de Salud. República Dominicana

4.2.3 Principales Causas de Morbilidad en R.D. 2010-2019

Cada día, miles de dominicanos/as abarrotan los establecimientos de salud públicos y privados en las emergencias y salas de espera en procura de sanar sus dolencias y recuperar la salud. Sólo el año 2020, los médicos especialistas que trabajan en los establecimientos de salud de la red pública ofrecieron más de 6 millones 700 mil consultas que, sumadas a los otros 5 millones en el primer nivel de atención, totalizan más de 11 millones de consultas, según estadísticas del Servicio Nacional de Salud (SNS).

El libro de indicadores básicos de salud correspondiente al año 2015, elaborado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), detalla que las diez primeras causas que motivaron a los dominicanos a acudir a consulta externa en ese año fueron, por orden de prevalencia, las infecciones respiratorias agudas, hipertensión arterial, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, fiebre de origen desconocido, traumatismos y contusiones, infección de vías urinarias, seguimiento prenatal, diabetes mellitus, trastornos de las vías genitourinarias y enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos.

Las principales causas de morbilidad reportadas para ese período tienen coincidencia en cada año, exceptuando las enfermedades emergentes, como el Chicunguya, Sica, entre otras. Prevalecen en nuestro país las siguientes morbilidades:

Enfermedades	Por ciento
1- Enfermedades del sistema circulatorio	32.1%
2-Homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, fenómenos naturales	18.5 %
3- Las neoplasias	13.5 %
4- Infecciones infantiles y neonatales	11.5 %
5-Enfermedades transmisibles y no transmisibles (obesidad, diabetes, depresión, entre otras)	7.8%

Fuente: Departamento de estadística ONE. Rep. Dom. Departamento de estadística SNS

4..4 Aumento de Enfermedades Crónicas

En los últimos años, los especialistas advierten que desde hace más de una década el país se encuentra en una etapa de transición epidemiológica que refleja una disminución de las enfermedades infecciosas, frente a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes.

Esto explica por qué la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebrovasculares ligados a la hipertensión arterial, siguen siendo la primera causa de muerte en el país, después de los accidentes de tránsito.

De acuerdo con el estudio “La Comida Insana en la República Dominicana”, elaborado por Justicia Alimentaria, las enfermedades cardiovasculares representan el 33% de la mortalidad prematura en hombres y el 30% en mujeres, y agrega que las muertes por esta causa se han incrementado en un 57% en los últimos diez años en el país.

Estos datos coinciden con el estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgos Cardiovasculares en República Dominicana, financiado en el 2017 por el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y ejecutado por la Sociedad Dominicana de Cardiología (SODOCARDIO), el cual revela que el 31% de los criollos padece hipertensión arterial.

Mientras que el 13.45 por ciento de la población es diabética y el 9.3% pre diabética o tiene porcentajes altos de alteraciones de la glucosa, según un estudio presentado este año por el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN).

El Observatorio Global de Salud de la OMS indica que el 61.2% de los dominicanos está en sobrepeso y obesidad y un 13.1% es obeso, factores que inciden directamente en el desarrollo de estas dos enfermedades.

Justicia Alimentaria detalla que existe una correlación clara y ampliamente documentada entre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y el excesivo consumo de sal y grasas saturadas y el bajo consumo de frutas, verduras y cereales sin refinar.

Otro factor de riesgo es el sedentarismo. Los datos recogidos por la OMS reflejan que la prevalencia de actividad física recomendable para reducir los riesgos cardiovasculares en hombres y mujeres es de apenas un 39%.

4.4. Sistema De Salud En La República Dominicana: Estructura y Cobertura

A partir del año 2001, con la aprobación de un nuevo marco legal sanitario, el Sistema de Salud de República Dominicana entra en un proceso de grandes modificaciones. Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001, y la 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social), promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social. La Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales

que trabajan en el área de la salud.

Beneficios. La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS). En sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, embarazo, parto y sus consecuencias.

Beneficiarios. Son beneficiarios de estas leyes, todos los dominicanos y dominicanas, así como los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, según el artículo 3 de la ley 42-01. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS "deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica. "El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS tiene actualmente en funcionamiento dos regímenes de financiamiento con sus beneficiarios correspondientes:

- Régimen contributivo. Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- Régimen subsidiado. Comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

Los Servicios Regionales de Salud, para dar cumplimiento al Plan de Servicios de Salud definido por el Sistema Dominicano de la Seguridad Social, organizan sus redes en niveles de atención diferenciados por sus complejidades.

Estos son:



El Centro de Atención del Primer Nivel, en la cual los servicios de salud son provistos por un equipo de salud constituido por un médico, una enfermera, un supervisor y varios promotores. Estos servicios son ofrecidos en una UNAP, que es definida como un conglomerado entre 2,500 y 3,000 personas, correspondiendo a un número entre 500 y 700 familias, con su sede institucional en las zonas periurbana y rural. Cada una tendrá asignada la población que vive en un sector de salud concreto registrada en fichas familiares. Tendrán fichados todos los datos personales y clínicos de sus familias asignadas.

El Segundo Nivel de Atención. Este nivel está representado por los hospitales generales básicos de los municipios o de zonas de salud y los hospitales generales básicos con servicios ampliados de las provincias o áreas de salud.

Los profesionales que trabajen en este nivel recibirán a la población referida por los profesionales de las UNAPS a través de una cita o de manera inmediata cuando se trate de una emergencia. Algunas emergencias no necesitarán de referimiento.

El Tercer Nivel de Atención. Este nivel está constituido por un único centro que oferta servicios regionales complejos que no pueden ser suplidos por otros centros especializados de la región. Estos hospitales tendrán que garantizar una cartera de servicios capaz de cubrir todas las contingencias correspondientes a la atención compleja en régimen de internamiento incluidas en el plan básico.

4.4.4 Perfil de Recursos Humanos para la Salud (Médicos)

En la actualidad, la República Dominicana cuenta con 21,845 médicos laborando en el sector público.

Médicos Laborando en el Sector Público	Cantidad/Categoría
Graduados en Medicina General	5,984
Médicos Especialistas	6,981
Médicos Pasantes de Postgrado	247
Médicos Residentes	3,410
Médicos en cargos administrativos	563
Médicos en Pasantía de ley	2,004
Odontólogos	2,656
Total	21,845

Fuente 1. Consejo Nacional de Sociedades Médicas Especializadas. Wilson Roa presidente de CMD. 2-Gerencia de Recursos Humanos del SNS.

4.4.5. Recursos Humanos de Enfermería. 2010-2019.

A raíz de la toma de posición al poder del Excelentísimo presidente Lcdo. Luis Rodolfo Abinader Corona, mediante Resolución Ministerial número 000049 de fecha 22 de diciembre del 2020 se creó la Dirección de Desarrollo y Regulación de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y la Dirección de cuidados de Enfermería en el Servicio Nacional de Salud. Ambas direcciones de manera conjunta están inmersas en la ejecución de un estudio para terminar, el número de personal enfermería según nivel de formación, formación básica y post básica, cargo que ocupan en las instituciones de salud pública y privadas u otra donde estén laborando.

Según información obtenida a través Directoras de Escuelas Enfermería en el periodo 2009 al 2021 en el país de graduaron 14000 Licenciadas (os) de Enfermería.

Según informaciones suministradas por la Dirección Nacional Enfermería, en el país trabajan 7,866 Enfermeras profesionales, de las cuales 6,700 son empleadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) las cuales laboran en diferentes centros asistenciales de la Red Pública de Salud; y 1,166 laboran en el sector privado y/o descentralizado, devengando según la posición que ocupen un salario mínimo promedio de \$ 36000 pesos dominicanos, equivalente a US\$ 620 dólares mensuales.

El número de auxiliares es de 18,934, de las cuales 16,934 pertenecen al sector público de salud y sólo 2,000 laboran en el sector privado.

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país sólo tiene cuenta 3.6 Enfermeras de las 12.5 por cada 10 mil habitantes que debe tener, por lo que faltan 8,000 Enfermeras para

asegurar y eficientizar los cuidados de salud en la República Dominicana.

Una vez concluida la investigación del personal de enfermería se obtendrán además cual es el déficit de profesionales de Enfermería por 10000 habitantes.

4.4.6 El Panorama de la Migración en República Dominicana

El crecimiento sostenido y la estabilidad política experimentados durante la última década no parecen haber frenado la emigración. Al día de hoy se calcula que 1.3 millones de dominicanos (12% de la población) residen en el extranjero, siendo mayoría los que viven en los Estados Unidos (940,874 individuos, equivalente al 72% del volumen total de emigrantes)(ONU-DAES, 2015). La migración también desempeña un papel importante en la economía dominicana. Las remesas de los emigrantes en el exterior superaron los 5.2 mil millones de dólares estadounidenses en 2015, lo que representa casi el 8% de la renta nacional del país (Banco Mundial, 2016).

La historia de la emigración en República Dominicana está marcada por varios períodos de salidas masivas de población. El primer período, que va desde 1961 a 1980, transcurre tras la caída del dictador Rafael Trujillo en 1961. Después de una época de enorme restricción de movimiento durante la dictadura, la caída de Trujillo abre una fase de agitación política y económica que provoca una emigración en masa, especialmente hacia los Estados Unidos. En la década siguiente, la emigración sigue aumentando, sobre todo la que se dirige hacia los Estados Unidos, Puerto Rico y Venezuela. Una parte de la emigración se desarrolla a través de canales regulares, facilitada por la flexibilización de las visas y de las restricciones a la inmigración recogidas en la Ley de Inmigración y Nacionalidad de los Estados Unidos (de 1995), así como por el apoyo a los demandantes de asilo y refugiados. No obstante, otra parte importante de los flujos de emigración es de carácter irregular (OCDE, 2000).

El segundo período abarca desde inicios de la década de 1980 hasta mediados de la década de 1990, y se produce como reacción a la crisis económica, especialmente en el sector agroexportador. Este proceso supuso una secuencia de ajustes estructurales y de reformas económicas para reducir la dependencia de la producción azucarera y de la agricultura, con el fin de diversificar su producción hacia la industria manufacturera orientada a la exportación y de bajos salarios, la agricultura no tradicional y el turismo (Ferguson, 2003). La crisis económica causó un gran impacto negativo sobre el nivel de vida de la población y alentó una emigración constante hacia otros países de mayor desarrollo económico. A finales de la década de 1980, los flujos emigratorios también comienzan a diversificarse hacia nuevos países de destino, en concreto hacia países europeos.

4.4.8. Característica de la formación de enfermeras en republica dominicana

En la República Dominicana, la formación de profesionales en las diferentes áreas del conocimiento se rige por la Ley 139-01 de Educación Superior, con sus Reglamentos para tales fines y para la carrera de Enfermería además por las Normas para la Creación de Escuelas de Enfermería y la Formación de Profesionales de Enfermería. En referencia al área de Enfermería, en el país existen tres niveles de formación de personal de Enfermería, que son:

Nivel Vocacional: Auxiliares de Enfermería, para lo cual es requisito que haya completado el programa de estudio del nivel básico y del nivel secundario de la educación media.

Bachiller Técnico Medio en Enfermería: La formados en Liceos de Reforma, en el marco de su formación de estudios secundarios (4 años), requiere una formación de dos años de Enfermería. Una vez finalizan sus estudios se les titula como Bachilleres Técnicos en Enfermería

4.4.9. Nivel Profesional:

Técnico Superior, con una duración de dos años y medio, y la Licenciatura en Enfermería, con una duración mínima de 4 años este nivel las ofertan las Instituciones de Educación Superior, reconocidas por el Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología .MESCyT. Las (os) egresadas (os), son titulados con Técnico Superior de Enfermería y Licenciados en Enfermería. Licenciatura en Enfermería, con una duración mínima de 4 años.

En la actualidad, en el país la carrera de Licenciatura en Enfermería se oferta en 14 Universidades y en sus respectivos Recintos, Campus o Extensiones. A la fecha, la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, solo está impartiendo el Nivel Técnico Superior, al igual que dos Institutos ubicados en la Provincia Santo Domingo, lo que significa que se están desarrollando 34 programas de Enfermería a Nivel Superior. Aun cuando la carrera se desarrolla en 16 Instituciones de Educación Superior, el número de egresados por año no es suficiente para satisfacer la demanda este Recurso Humano del área de la salud.

4.4.10. Relación de Enfermeras, según País de Origen, que revalidaron título en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)

País de Origen	No. de Enfermeras
Colombia	3
Cuba	8
Venezuela	10
México	3
Total	24

Fuente: Archivos de la oficina de convalidación y revalida.

V. Migración

La migración de profesionales de las diferentes áreas del conocimiento cada vez es más significativa, situación de la que no escapan las (os) del área de Enfermería, quienes justifican estos movimientos en búsqueda de fortalecer su formación profesional, mejorar su condición laboral y, por consiguiente, de vida para sus familias y de ellas mismas. Esta migración se ha convertido en un problema para varios países, en especial los de ingresos bajos, donde se ve disminuida la fuerza laboral, traduciéndose esto en una baja cobertura de los servicios de salud y, por ende, en el desmedro de una atención de calidad.

Se han realizado estudios sobre migración de profesionales de Enfermería, entre los que tenemos: la publicación del 2006 de OPS "Notas preliminares sobre migración y escasez de Enfermeras en América Latina, áreas de América del Sur y América Central". Luego de una década de realizar esta investigación, se hace necesario actualizar sobre la movilidad de las (os) Enfermeras (os), de América Latina y el Caribe, con la finalidad de relacionar los resultados con la dotación de personal y las brechas de cobertura en los países, con el objetivo de contribuir a las mejoras de las condiciones de éste que limitan la accesibilidad a servicios de salud eficientes.

Los Recursos Humanos en salud, de manera muy especial Enfermería, son el pilar fundamental que sostienen el funcionamiento eficaz de los servicios de salud, por lo que se requiere contar con profesionales competentes y comprometidos con la aplicación de las políticas de salud de su país y el desarrollo de su profesión.

Sin embargo, los gobiernos dejan de lado esta condición y, en consecuencia, estos profesionales del área de la salud no disfrutan de buenas condiciones laborales. Esto conlleva a que en algunas ocasiones trabajan en condiciones de mayor riesgo. Por otro lado, está la escasa oferta de empleo, por lo que estos profesionales se ven precisados a migrar a otros países en búsqueda de mejoras de

su condición de vida y la de sus familiares.

Esta migración impacta negativamente al sistema de salud, pues se debilita la oferta servicios de atención a la salud por profesionales de Enfermería ante la gran demanda de la población.

VI. Resultados, Discusión Y Análisis

Tabla L. Numero De Enfermeras Que Emigraron De Republica Dominicana. Por Región. 2010-2019.

Enfermeras Emigrantes/Región	No.
Región Metropolitana	54
Región I	5
Región II	15
Región III	38
Región IV	11
Región V	3
Región VI	3
Región VII	21
Región VIII	28
Total	178

Fuente: Encuesta aplicada a profesionales de Enfermería, según Región de Salud 2019

Tabla 2. Años En Que Emigraron Las Enfermeras De República Dominicana. 2010-2019.

REGION	AÑOS			TOTAL
	2010-2012	2013-2016	2017-2019	
REGION METROPOLITANA	14	17	23	54
REGION I	2	-	3	5
REGION II	4	5	6	15
REGION III.	8	9	21	38
REGION IV.	4	3	4	11
REGION V.	2	1	-	3
REGION VI.	1	-	2	3
REGION VII	14	5	2	21
REGION VIII	12	8	8	28
TOTAL EMIGRANTES	62	48	66	178

Tabla 3. Países donde emigraron las enfermeras de República Dominicana 2010- 2019

País	Frecuencia
Estados Unidos de América	105
España	35
Italia	20
Canadá	10
Alemania	5
Londres	2
Venezuela	1
Total	178

Tabla 4. Razones que motivaron a las enfermeras dominicanas a emigrar a otro país. 2010- 201

Razones de Emigración	FRECUENCIA
Económicas	89
Residencias	55
Continuar Estudios y Homologar Titulaciones	34
TOTAL	178

Tabla 5. Impacto de la migración de las enfermeras en los servicios de salud 2010- 2019

IMPACTO DE LA MIGRACION DE ENFERMERAS	Frecuencia
Déficit de personal en el área de trabajo	78
Retraso de la oferta de cuidados de Enfermería	73
Mayor cúmulo de trabajo	57
Disminución de los días libres	30
Total	178

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 6. Numero de enfermeras emigrantes que laboran en su area. 2010- 2019

Enfermeras que trabajan en su área	17
Se desconoce	161
Total	178

Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 7. Número de enfermeras que inmigraron a la República Dominicana y país de origen 2010-2019.

PAIS DE ORIGEN	FRECUENCIA
Venezuela	35
Haití	5
Uruguay	2
México	3
Perú	3
Colombia	3
Cuba	8
Total	59

Fuente: Encuesta aplicada

TABLA 8. Razones que motivaron a las enfermeras/os extranjeras a emigrar a República Dominicana. 2010-2019.

Razones de Emigración	Frecuencia
Económicas	24
Residencias (casada con dominicano)	5
Facilidades para insertarse en el mercadolaborar	18
Facilidades para homologar títulos	8
Poco control legal para residir y trabajaren el área de enfermería	4
TOTAL	59

Encuesta aplicada

VII. Resultados.

La presente Investigación tiene como objetivo general, determinar el número de Enfermeras dominicanas que han emigrado a otros países e inmigrantes a Rep. Dominicana, en el periodo 2010 al 2019, causas y consecuencias.

Los datos obtenidos fueron a través de las informaciones que suministraron las colegas, ya que no existen registros de migración y de inmigración.

A continuación, presentamos los datos más sobresalientes de este estudio:

- Las razones que motivaron a las Enfermeras extranjeras a venir a República Dominicana fueron económicas y facilidades para insertarse en el mercado laboral.
- Entre 2010 y 2012, de las Regiones que emigraron mayor número de Enfermeras fueron: Región Metropolitana, Región VII y Región VIII.
- Entre 2013 y 2019, emigraron mayor número de Enfermeras de las Regiones Metropolitana, III y VIII.
- Las Enfermeras emigraron principalmente a Estados Unidos, España, Italia y Canadá
- La razón principal por la cual emigraron las Enfermeras a otros países es la económica.
- La migración de Enfermeras impacta esencialmente en el déficit de personal en el área de trabajo y el retraso de la oferta de los cuidados de enfermería.
- Sólo 17 Enfermeras emigrantes trabajan en su área profesional. Las demás se desconoce los trabajos que realizan.
- Las Enfermeras venezolanas son las que más inmigraron a República Dominicana

6.1. Conclusiones

En general, se puede decir que se lograron los objetivos de este estudio, pues se pudo determinar el número de Enfermeras dominicanas que emigraron, las causas por las cuales lo decidieron, los países hacia donde emigraron y el lugar desde donde inmigraron las Enfermeras extranjeras. Además, se determinó que, en relación a la investigación realizada sobre la migración de las enfermeras en 2007, que fue de 127 emigrantes, aumentó a 178 en el período 2010-2019. Asimismo, las enfermeras inmigrantes también aumentaron de 27 a 59.

6.1.2. Recomendaciones

Frente a esta fuga de cerebros de profesionales de Enfermería muy calificados, quienes están a la vanguardia en la prestación de los cuidados de la Salud de las personas y de la Comunidad, y a los resultados de este trabajo, se hacen las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública y al Servicio Nacional de Salud:

- Proporcionar mayor inversión en formación de este recurso humano
- Mejorar las condiciones laborales y salariales de las Enfermeras, lo que sería un atractivo para que las personas jóvenes se motiven a estudiar la carrera de Enfermería y que las que están graduadas no emigren.
- Reactivar el Convenio Programa de Profesionalización de Auxiliares y Bachilleres, y Técnicos de Enfermería entre el Ministerio de Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo y la Pontificia Universidad Católica Madre.
- Realizar un levantamiento del total de profesionales de Enfermería, tanto el sub sector pú-

blico como privado, verificando a la vez los que cuentan con doble empleo.

- Realizar encuentros interinstitucionales donde participen representantes centros de salud públicos y privados y el colegio de Enfermeras Dominicanas, con fines de fortalecer la calidad de los servicios de salud.
- Identificar las estrategias para cumplir con los compromisos asumidos con la Meta 20-30 y los objetivos del desarrollo sostenible ODS, para asegurar el acceso a la salud y la cobertura universal de salud a las personas

Al Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología:

- Mantener la oferta de becas para el Nivel de Licenciatura en Enfermería a la juventud interesada en estudiar la carrera de Enfermería que reúnan los requisitos de admisión según las normativas del MESCyT. Al igual las becas de Post grado para las profesionales que desean continuar fortaleciendo sus competencias

Al Colegio Dominicano de Enfermeras:

- Fortalecer la capacidad de recolección y análisis de datos sobre el personal de enfermería, manteniendo un registro del movimiento de las profesionales que emigran a otros países y las que inmigran al país.
- Lograr la asignación de incentivos por la realización de estudios post básicos, trabajos de alto riesgo, servicios nocturnos y días no laborables.
- Integrar a las Enfermeras profesionales en las decisiones sobre políticas de salud que fortalezcan la calidad de servicios de enfermería.
- Promover la acreditación de instituciones formadoras y la recertificación profesional.
- Promover la aplicación de la Ley 48-01 de Función Pública
- Promover una mayor divulgación a la ley No. 43-18, mediante de la cual se crea el Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería (CODOPENF).

Referencias Bibliográficas

- 1- Oficina Nacional De Estadística (One)
- 2- Portal Oficial De La República Dominicana Avenida 27 De Febrero #419 Casi Esq. Núñez De Cáceres, Ens. Quisqueya, Santo Domingo, R. D. Tel: (809) 286-1009 | Fax:1(809) 508-369.
- 3- <https://www.bancentral.gov.do/> Banco Central De La República Dominicana
- 4- Organización De La Naciones Unidas. Depto., Asuntos Económicos Y Sociales.2015 5-Onu. Depto. Asuntos Económicos Y Sociales. 2015.
- 5- Dominicana. Gob. Do Información General. Portal Oficial Del Estado Dominicano. Oficina Nacional De Estadísticas 2019
- 6- Dominicana Gob. Do. Portal Oficial Del Estado Dominicano. 2019 8- Oficina Nacional De Estadísticas 2019
- 7- Dominicana Gob. Do. Portal Oficial Del Estado Dominicano. 2019 2
- 8- Unicef. Periódico Diario Libre 13-7-21. Situación De La Educación En América Latina En Base A La Ent Del Banco Central De La R.D.
- 9- Índice De Desarrollo Humano. Siteal. Encuesta Nacional Fuerza De Trabajo (Enft) Del Banco Central De La República
- 10- Resumen De Informe Sobre Desarrollo Humano 2020.Siteal. Enft. Del Banco Central De La República.
- 11- Banco Central. De La Re. Dominicana (Bcrd)2020'2021.
- 12- Observatorio De Políticas Sociales Y Desarrollo. Boletín #10- 2016
- 13- Informe Habitat-3. Nacional Sobre Vivienda Y Desarrollo Sostenible. Tercera Conferencia De Las Naciones Unidas Sobre Vivienda Y Desarrollo Sostenible. Boletín No.10.
- 14- Inmigración, Género Y Mercado De Trabajo En La República Dominicana Santo Domingo, República Dominicana 2013. Unión Europea. Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Estudios Complementarios Eni-2013
- 15- Leyes de migración de la República Dominicana (27)
 - Constitución de la República Dominicana del año 2002.
 - Ley 285 sobre migración y su reglamento (pendiente de aprobación por el Poder Ejecutivo).
 - Ley 200 del 21 de marzo del 1964, que regula los impedimentos de salidas del país de nacionales.
 - Ley 136-03 del 7 de agosto del 2003, para la protección de niñas, niños y adolescentes.

- Ley 130 del 14 de marzo del 1975, que dispone que todo funcionario y empleado de instituciones públicas que maneje fondos públicos, deberá proveerse de una autorización especial para poder viajar al exterior.
 - Ley 1192 de fecha 6 de junio del 1992, que crea el fondo Tributario y Financiero.
 - Decreto N° 756-03 sobre los beneficios a los jubilados y pensionados extranjeros.
 - Ley N° 136-03 sobre tráfico ilícito de inmigrantes y trata de personas.
 - Ley 875, sobre visados del 21 de julio del 1978.
 - Convención sobre los Derechos del Niño mediante Resolución N° 8-91 de 23 de junio, oficiales N° 9805.
 - Convención Internacional de la ONU sobre eliminación y formas racial, mediante resolución 19 de abril de 1967.
 - Disposiciones del código civil de la República Dominicana.
 - Disposiciones del código penal de la República Dominicana.
 - Disposiciones de la ley N° 16-92 que crea el código de trabajo de la República Dominicana.
 - Disposiciones de la ley N° 659 del 17 de julio de 1944.
 - Disposiciones de la ley N° 4658 del 24 de marzo de 1957.
 - Disposiciones de la ley 344-98 del 14 de agosto de 1998.
 - Ley 857 del 20 de julio de 1978 que crea el Departamento Nacional de Investigaciones (DNI).
 - Ley 97, regula el régimen de Exenciones y Privilegios a que están sujetas las naciones consulares extranjeras en la República Dominicana.
 - Ley 640 que deroga y sustituye la Ley sobre conservación e incineración de estados numéricos de 01 de abril del 1974.
 - 144 serie Recursos Humanos para la Salud N° 61.
 - Ley 16-95 de inversión extranjera, ley 98-03, Centro de Exportación e Inversión de la República Dominicana.
16. Panorama de la Migración de Médicos y Enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana. Organización Panamericana de la Salud y El Consejo de ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. COMISCA.
17. Migración de enfermeras de América Latina Área de América Central, México y el Caribe Latino. Washington, D.C. octubre de 2011.
18. Migración de Recursos Humanos en Salud Subregión Centroamericana y República Dominicana OPS/OMS - EQUIPOS DE 8 PAISES - COMISCA - RESSCAD 2010-

United States of America

Robert Lucero
Mary Lou de León Sainz

US Registered Nurses in Context

Registered Nurses (RNs) in the United States (US) play a significant role and have a great responsibility in understanding the complexity that comes with a heterogeneous population and ensuring the health and well-being of all, including immigrants. The US population was just over 335 million individuals as of September 9, 2023, which is approximately an 8% increase from 308 million in 2010 (US Department of Commerce, 2023a). Female made up 50.4% of the population in 2022.

The US is the world's third largest country in size and has nearly the third largest population. Today, the US is a multi-party system. The Democratic Party and the Republican party are the most powerful. Yet other parties, such as the Reform, Libertarian, Socialist, Natural Law, Constitution, and Green Parties can promote candidates in a presidential election. The US is a nation of immigrants with people from all over the world, including Native Americans.

Educational attainment

In the US, as of 2022, 91.2% of adults 25 years of age and over completed high school or more (US Department of Commerce, 2023b). Overall, one-third (i.e., 37.9%), of adults 25 years and over completed a bachelor's degree or higher. However, completion varied between men and women with a greater proportion of women (39.1%) obtaining a bachelor's degree or higher over men (36.6%).

Life expectancy

In the US, life expectancy at birth in the US is around 79 years. This is two years lower overall than the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) average of 81 years. However, life expectancy for women is 81 years, compared to 76 for men in the US (OECD, 2023).

Main sources of support and domestic living standard

Self-employment or employment by local, state, or federal government or private industry represents the largest source of income for individuals (Congressional Research Service, 2022). The federal minimum wage for US employees is \$7.25 USD per hour (US Government, 2023). The minimum wage for workers who receive tips is \$2.13 USD per hour. The amount of tips plus the \$2.13 USD must reach at least \$7.25 USD per hour. If not, the employer must pay to make up the minimum difference of \$7.25 USD. Many states also have minimum wage laws, for example, Massachusetts \$14.25 USD per hour (Commonwealth of Massachusetts, 2023).

In the 2018, the average per capita net adjusted household disposable income was \$51,147 USD per year (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2023), which was substantially greater than the OECD average of \$30,490 USD. About 67% of people ages 15 to 64 in the US were engaged in paid work, which was nearly equal to the OECD employment average of 66%. About 72% of men are in paid work, compared to 62% of women (Organization for Economic Co-operation and Development, 2023).

Poverty

The official poverty rate in 2021 was 11.6 percent or 37.9 million people in living at or below the poverty level in the US (US Department of Commerce, 2022). This rate nor the actual number of people living in poverty was significant different from the previous year, 2020. However, poverty rates did increase significant from 2019 to 2020. Poverty rates for people under 18 years old increased from 14.4% in 2019 to 16.1% in 2020. Poverty rates also increased for people ages 18 to 64 from 9.4% in 2019 to 10.4% in 2020. The rate Poverty rates for people 65 and older was 9.0 percent in 2020.

US Health Care System

The US health care system is made up of public and private (profit and not-for-profit) insurers and health care providers. The federal government provides public insurance in the form of the national Medicare program for some people with disabilities and adults 65 years and older (US Centers for Medicare and Medicaid Services, 2023a). The federal government also pays for additional insurance programs. These include: coverage for military veterans, and some family members through the Veteran Health Administration as well as children through the Children's Health Insurance Program (US Centers for Medicare and Medicaid Services, 2023; US Department of Veterans Affairs, 2023). Private insurance is the largest form of health care insurance coverage in the US. It is often purchased with employers. The insured rate in 2020, 91.5% of the population. Insurance coverage was up from 84% in 2010 when the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) became federal law (Tikkanen, et al., 2020; US Government Publishing Office, 2010).

Basic or minimum health care coverage in the US is called Minimum Essential Coverage (MEC) (US Centers for Medicare and Medicaid Services, 2023b). These are insurance plans that meet the requirement of the Affordable Care Act. As mentioned previously, examples of qualifying plans include private insurance plans; work-based plans; federal government insurance programs, as well as state health insurance programs. Individual states can also manage and pay for health care services as a stop gap and safety net at the local level (Tikkanen, et al., 2020).

Public health

Hospitals. In 2021, there were a total of 6,129 hospitals in the US (American Hospital Association, 2023). The largest proportion (68.7%) are non-government hospitals. These are followed by state and local government community hospitals (15.4%), non-federal psychiatric hospitals (10.8%), federal government hospitals (3.3%), and non-federal long term care hospitals and hospital units withing an institution, for example a prison hospital (1.7%). Not all hospitals accept all forms of health care insurance, but most accept Medicare and Medicaid (Tikkanen, et al., 2020).

Primary care. While a large majority of individuals access primary preventive health care services through MEC, primary care can be access by uninsured individuals through federally qualified health centers. These primary health care centers, funded with federal taxes, provide services to individuals, regardless of their ability to pay (Health Resources & Services Administration, 2022). In 2022, the federal government covered an estimated \$154,545,935 in community-based primary health care services to underserved and vulnerable populations.

Mental health care. Mental health and substance abuse conditions were declared an essential health insurance benefit under the ACA (US Government Publishing Office, 2010). The ACA requires that all private insurance programs, including employer-sponsored plans, provide equal coverage for mental and physical health care. Individuals with severe chronic mental illness may qualify for Medicare before they reach the age of 65 (US Centers for Medicare and Medicaid Services, 2023a). Individual state's role in paying for mental health services varies widely across the US. (Mental Health America, 2019).

Long-term care. Universal coverage for long-term care services does not exist in the US. Long-term care services are largely paid for by Medicaid, followed by Medicare, payments by individuals and/or their families, other private source and/or insurance, and some other programs (Colello, et al., 2013; Hado & Komisar, 2019; O'Shaughnessy, 2014). Because private long-term care insurance is rarely purchased in the US, it made up only 7.5% of the total long-term care spending in 2016.

In 2021, The following were the top ten leading causes of death in the US (US Centers for Disease Control and Prevention, 2023):

1.	Heart disease:	695,547
2.	Cancer:	605,213
3.	COVID-19:	416,893
4.	Accidents (unintentional injuries):	224,935
5.	Stroke (cerebrovascular diseases):	162,890

6.	Chronic lower respiratory diseases:	142,342
7.	Alzheimer's disease:	119,399
8.	Diabetes:	103,294
9.	Influenza and pneumonia:	56,585
10.	Nephritis, nephrotic syndrome, and nephrosis:	54,358

Human resource profile for health care in the US

Table 1 presents the Human Resource Profile for Healthcare in the United States (Batalova, 2020). These were the total employed workers and all health care workers in the US in 2018 based on data from the US Census Bureau's American Community Survey. As it relates to all health care workers, there were over 9.5 million health care practitioners and those employed in a technical occupation, with 1.5 million identified as immigrant workers. There were just over an additional 5 million health care support workers, with over 1.1 million identified as immigrant workers. Besides health care technologist and technicians (n = 3,265,000), Registered Nurses (n = 3,310,000) made up the largest group of all health care workers, with 512,000 identified as immigrant workers. Immigrant registered nurses represented 15.5% of the total US registered nurse population in 2018.

Table 1. United States Human Resource Profile for Healthcare, 2018

	Total Workers	Immigrant Workers	Percent Immigrant Workers
Total employed workers	155,716,000	27,124,000	17.4%
All health care workers	14,708,000	2,637,000	17.9%
Health care practitioners and technical occupations	9,628,000	1,500,000	15.6%
Physicians and surgeons	958,000	269,000	28.0%
Registered nurses	3,310,000	512,000	15.5%
Therapists	882,000	95,000	10.8%
Other health diagnosing and treating	1,212,000	198,000	16.4%
Health care technologists and technicians	3,265,000	425,000	13.0%
Health care support	5,080,000	1,138,000	22.4%
Home health aides	492,000	186,000	37.9%
Personal care aides	1,452,000	377,000	26.0%
Nursing assistants	1,435,000	322,000	22.4%
Health care support, all others	1,700,000	252,000	14.8%

Registered Nurses in the US

Registered nurses typically take one of four educational paths: a bachelor degree in nursing (BSN), an associate degree in nursing (ADN), a master degree in nursing (MSN) or a diploma from an approved nursing program. Programs typically take 2-4 years to complete. All programs include supervised clinical experience and licensure examination upon completion. Registered nurses must have a nursing license issued by the state in which they work to practice nursing.

Nursing education

Nursing education programs usually include courses in basic sciences that include anatomy, physiology, microbiology, psychology, as well as social and behavioral sciences (e.g., psychology and human development over the lifespan). BSN degree programs, like programs in some other health care and related fields, typically take 4 years to complete; ADN degrees also typically take 4 years to complete. Diploma programs, usually offered by hospitals or medical centers, typically take 2 to 3 years to complete. MSN entry into practice is usually tailored for students who have already obtained a bachelor degree in another field. MSN programs take typically 2 years to complete. In addition to science courses, bachelor and master degree programs usually include education in communication, leadership, and critical thinking. A bachelor or higher degree is often necessary for administrative positions, research, consulting, and teaching.

There are far fewer diploma programs than there are MSN, BSN, and ADN programs. Generally, licensed graduates of any of the education programs qualify for entry-level positions as a staff nurse. However, employers, particularly hospitals, may require a bachelor degree.

Registered nurses with an ADN or diploma degree may go back to school to earn a bachelor degree through an RN-to-BSN program. Some employers offer tuition reimbursement for bachelor and master degree programs because they recognize the value added through additional education of nurses to their health care systems.

Licenses, certifications, and registrations

To become licensed, registered nurses must pass the National Council Licensure Examination (NCLEX-RN) (National Council of State Boards of Nursing, 2023). Other requirements for obtaining a license, such as passing a criminal background check, vary by state. Each state's board of nursing provides specific requirements. Boards of nursing assure that basic ethical standards are maintained to protect the public's health. Each jurisdiction has a law called the Nursing Practice Act, which is enforced by each nursing regulator. The law describes: licensing qualifications, nursing titles that are allowed to be used, scope of practice (what the registered nurse is allowed to do), and actions that

can or will occur if the registered nurse does not follow nursing law.

Although certification is usually voluntary, it demonstrates meeting a specific level of competency and is required by some employers. The American Nurses Credentialing Center (ANCC) Certification allows nurses to demonstrate their expertise in a specialty and validate their knowledge for employers and patients. The ANCC offers twelve specialty certifications, such as Gerontological Nursing, Informatics Nursing, and Pain Management Nursing (ANCC, 2023).

The Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools or CGFNS Certification Program is designed specifically for entry-level general nurses educated and licensed outside the United States who wish to evaluate their chances of passing the US registered nurse licensure exam (CGFNS, 2023). The program is comprised of three parts: a credential review of the nurse's education, registration and licensure; a one-day qualifying exam that tests nursing knowledge; and an English language proficiency exam. Upon successful completion of all three elements of the program, the applicant receives a CGFNS Certificate. The Certificate designates nurses with a high potential for achieving licensure in the US.

Work schedules and median salary

Registered nurses who work in hospitals and nursing care facilities usually work in shifts throughout the day. They may work nights, weekends, and holidays. They may be on-call, which means that they must be available to work on short notice during the call period (e.g., 7 a.m. to 7 p.m.). Registered nurses who work in offices, public health departments, schools, and other health care settings are more likely to work regular business hours.

The median annual wage for registered nurses was \$75,330 USD in May 2020 (US Department of Labor, 2023). The median wage is the wage at which half the workers in an occupation earned more than that amount, and half earned less. The lowest 10 percent earned less than \$53,410, and the highest 10 percent earned more than \$116,230 USD. The median annual wages for registered nurses in the top industries in which they worked were as follows:

Government:	\$84,490 USD
Hospitals – state, local, and private:	\$76,840 USD
Ambulatory healthcare services:	\$72,340 USD
Nursing and residential care facilities:	\$68,450 USD
Educational services – state, local, and private:	\$64,630 USD

Figure 2. Percent of immigrant registered nurses (N = 71,000) by country of birth who worked in the United States, 2018.

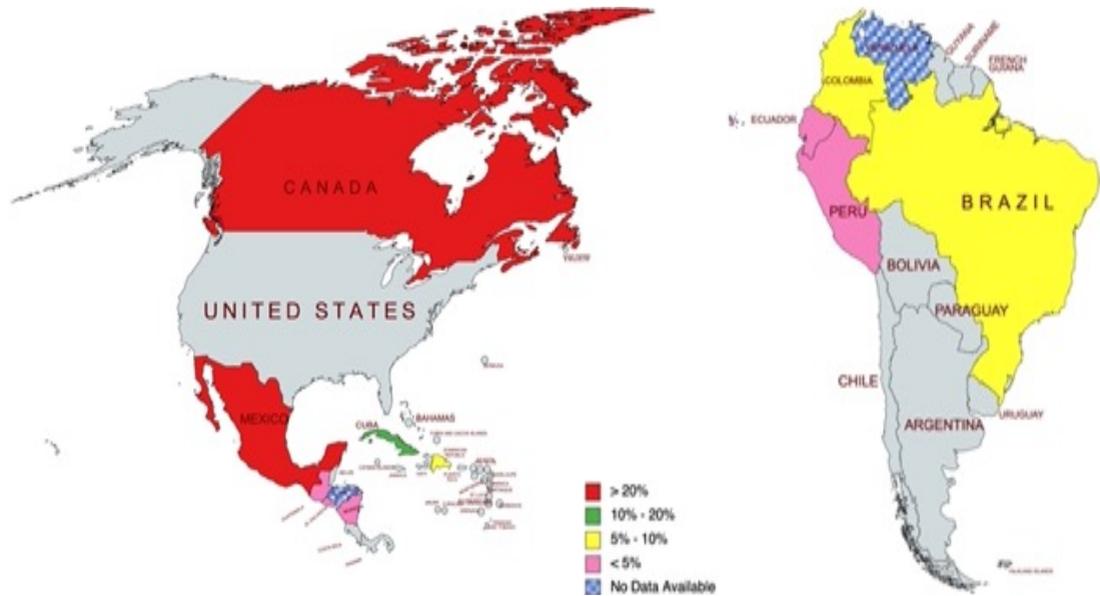


Figure 2 is a color-coded map that represents the percent of immigrant registered nurses from the Americas by country of birth who worked in the United States in 2018 out of 71,000 registered nurses (Batalova, 2020). Of the 71,000 registered nurses, the countries that supplied the greatest proportions were Canada and Mexico (i.e., >20), followed by Cuba (i.e., 10% - 20%); Columbia, Brazil, and Dominican Republic (5% - 10%); and Ecuador, Peru, Guatemala, El Salvador, and Nicaragua (<5%).

Conclusions

The population of the United States continues to grow at a moderate rate. However, 1 in 10 people live in poverty despite higher education levels than most the countries. While access to health care has improved since the passage of the Patient Protection and Affordable Care Act, health-related mortality continues to be driven by preventable diseases. Nursing in the US is a highly regulated profession in the interest of protecting public safety. One of every six registered nurses is an immigrant, partly reflecting a long-standing shortage of registered nurses in the US. It appears that individual states with large Spanish-speaking communities attract higher proportions of immigrant registered nurses, which may be comprised of nurses from Central and South America.

A need exists to better understand and integrate the international mobility and migration of nurses into the strategies and policies that address push and pull factors. Nurses must strengthen their lea-

dership in the management of their own international migration and engage the world community to assure that quality health care is available across the lifespan around the world. Nurses must establish global partnerships that will help guide nurses who choose to migrate, as they plan, travel, and settle, into safe, legal, ethical, and responsible international migration that meets required standards of care, addressing the health of all people, and not at the expense of those left behind.

Reference

American Hospital Association, 2023. Fast facts on U.S. hospitals, 2023. <https://www.aha.org/system/files/media/file/2023/05/Fast-Facts-on-US-Hospitals-2023.pdf>. Retrieved, September 10, 2023.

American Nurses Credential Center. 2023. Our certifications. <https://www.nursingworld.org/our-certifications/>. Retrieved, September 10, 2023.

Batalova, J. 2020. Immigrant health-care workers in the United States. Washington, DC: Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states-2018>. Retrieved, September 10, 2023.

Colello KJ, Girvan GA, Mulvey J, and Talaga SR. 2013. Long-term services and supports: Overview and financing. Congressional Research Service Report. https://www.everycrsreport.com/files/20130404_R42345_e9460b93721d13dda2e944dd3a1d03292561ad38.pdf. Retrieved, September 10, 2023.

Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools. 2023. CGFNS certification program. <https://www.cgfns.org/services/certification/cgfns-certification-program/>. Retrieved, September 10, 2023.

Commonwealth of Massachusetts. 2023. Massachusetts law about minimum wage: Laws, regulations, and web sources on minimum wage law. <https://www.mass.gov/info-details/massachusetts-law-about-minimum-wage>. Retrieved, September 10, 2023.

Congressional Research Service. 2023. In focus: Introduction to US economy: Personal income. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10501>. Retrieved, September 10, 2023.

Hado, E, and Komisar, H. 2019. Long-term services and supports. Washington, DC: AARP Public Policy Institute. <https://doi.org/10.26419/ppi.00079.001>. Retrieved, September 10, 2023.

Health Resources & Services Administration (HRSA). 2022. HRSA fact sheet, 2022. <https://data.hrsa.gov/data/fact-sheets>. Retrieved, September 10, 2023.

Lafortune, G, Socha-Dietrich, K, and Vickstrom, E. 2019. Recent trends in international migration of doctors, nurses, and medical students. OECD Publishing, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en. Retrieved, September 11, 2023.

Mental Health American, 2019. The federal and state role in mental health. <https://mhanational.org/issues/federal-and-state-role-mental-health>. Retrieved, September 10, 2023.

National Council of State Boards of Nursing. 2023. About the NCLEX: A behind-the-scenes look at the exam. <https://www.nclex.com/About.page>. Retrieved, September 10, 2023.

Organization for Economic Co-operation and Development. 2023. Better life index: United States. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/united-states/>. Retrieved, September 10, 2023.

O'Shaughnessy, C. 2014. The basics: National spending for long-term services and supports (LTSS), 2012. Washington, DC: National Health Policy Forum. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/view-content.cgi?article=1272&context=sphhs_centers_nhpf Retrieved, September 10, 2023.

Tikkanen, R, Osborn R, Mossialos, E, Djordjevic, A, and Wharton. 2020. International health care systems profiles: United states. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>. Retrieved, September 10, 2023.

US Centers for Disease Control and Prevention. 2023. Leading causes of death. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>. Retrieved, September 10, 2023.

US Centers for Medicare and Medicaid Services. 2023a. Getting started with medicare. <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>. Retrieved, September 10, 2023.

US Centers for Medicare and Medicaid Services. 2023b. Minimum essential coverage (MEC). <https://www.healthcare.gov/glossary/minimum-essential-coverage/>. Retrieved, September 10, 2023.

US Department of Commerce. 2023a. US and world population clock. US Census Bureau. <https://www.census.gov/popclock/>. Retrieved, September 10, 2023.

US Department of Commerce. 2023b. CPS historical time series tables: Percent of people 25 years and over who have completed high school or college, by race, Hispanic origin and sex: Selected

years 1940 – 2022. <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/educational-attainment/cps-historical-time-series.html>. Retrieved, September 10, 2023.

US Department of Commerce. 2022. Report P60-277: Poverty in the United States: 2021. <https://www.census.gov/newsroom/stories/poverty-awareness-month.html>. Retrieved, September 10, 2023.

US Department of Labor. 2023. Occupational outlook handbook: Registered nurses. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>. Retrieved, September 10, 2023.

US Department of Veterans Affairs. 2023. Veterans Health Administration. <https://www.va.gov/health/>. Retrieved, September 10, 2023.

United States Government. 2023. Minimum wage. <https://www.usa.gov/minimum-wage#:~:text=The%20federal%20minimum%20wage%20is,at%20least%20%247.25%20per%20hour>. Retrieved, September 10, 2023.

US Government Publishing Office. 2010. Patient Protection and Affordable Care Act. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>. Retrieved, September 10, 2023.

