

La mirada

FORO DE EXPERTOS

maestra de la actualidad



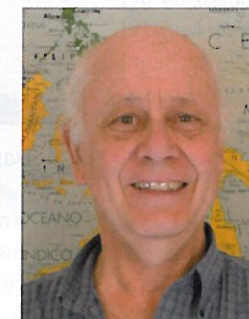
Silvia
S. Hernández



Daniel
López Jaramillo



Leticia
García Mochón



Juan Ignacio
Martínez

Aportaciones a un modelo de costes y beneficios de la migración de profesionales de la salud. El caso de España

Autor | Silvia S. Hernández, Leticia García Mochón, Daniel López Jaramillo y Juan Ignacio Martínez Millán.
Escuela Andaluza de Salud Pública

Los flujos migratorios de profesionales sanitarios entre países constituyen un tema de preocupación creciente debido, tanto a su impacto directo e indirecto sobre el crecimiento económico de los países involucrados, (en países de origen y de destino) como al que generan en sus sistemas sanitarios y el bienestar global de dichos países.

En los últimos años, se han dado pasos a nivel internacional para contribuir al desarrollo de políticas de recursos humanos en salud incluyendo el fenómeno de las migraciones de los recursos humanos en salud (RHUS). La creación del grupo de trabajo ministerial de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) para trabajar sobre la migración de profesionales de salud en Iberoamérica (Declaración de Colonia 2006), su posterior transformación en la Red Iberoamericana Ministerial de Profesionales de la Salud (RIMPS) (compuesta por representantes de los ministerios de salud de Iberoamérica y coordinada por el Ministerio de Salud de Uruguay desde el área de Relaciones Internacionales), o la firma del código ético de contratación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) son ejemplos claros de la importancia del tema y su impacto en la gestión de la fuerza de trabajo en salud desde los gobiernos de los países.

Entre 2009 y 2011 se desarrolló una primera fase de la Acción Europea "Migración de Profesionales de Salud, una Oportunidad para el Desarrollo Compartido" (MPDC) de apoyo al trabajo que realiza la RIMPS, que centró sus esfuerzos en la caracterización de la situación en la re-



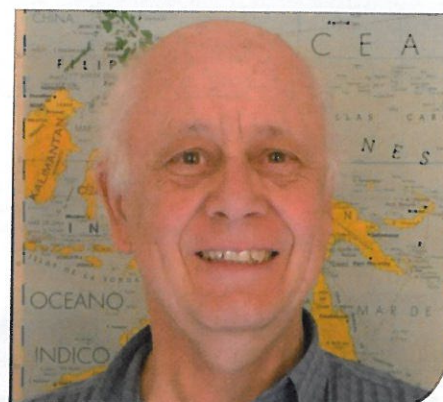
Silvia S. Hernández



Leticia García Mochón



Daniel López Jaramillo



Juan Ignacio Martínez

gión, en el refuerzo del diálogo político entre los países del espacio Iberoamericano, en el análisis de los sistemas de información para el seguimiento del fenómeno, en la creación de recursos orientados a poder desarrollar una estrategia de mejora de las capacidades de planificación del recurso humano en salud y en el aná-

lisis de experiencias de gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud para la obtención de lecciones aprendidas. La nueva edición de la Acción MPDC (2013-2016) ha dado continuidad a las actividades realizadas anteriormente con el propósito general de contribuir a la gestión eficaz de los flujos migratorios de

profesionales del área médica y de enfermería en el espacio iberoamericano y de la UE. En el marco de las actividades previstas, se pretendía conocer las implicaciones y consecuencias económicas que las migraciones de profesionales de la salud suponen tanto en los países proveedores como de destino.

Para que los países puedan elaborar políticas de gestión de flujos que fomenten el desarrollo mutuo, o el todos ganan (win-win), es necesario partir de un análisis de las consecuencias de la migración de estos profesionales para los países involucrados lo más exhaustiva posible, para saber cómo queda la balanza cuando este personal calificado migra tanto para el país de origen como el de destino.

Comparando el coste que supone la emigración de profesionales sanitarios con el beneficio de los que migran a nuestro país, España tendría un saldo negativo de más de 78 millones de euros en un periodo de 25 años

Pero nos encontramos con que no hay datos fiables que reflejen esta realidad, y que no hay establecido un modelo de análisis aplicable a todos los países que oriente la firma de convenios de gestión de flujos entre países (esto no quiere decir que no se hayan firmado convenios, pero sí que estos no se sustentan en datos fiables); hay una clara tendencia a analizar la situación exclusivamente desde los costes que supone para el país de origen, normalmente empobrecido o en vías de desarrollo, lo cual es un análisis muy parcial.

Tras una revisión bibliográfica del impacto económico de las migraciones de RHUS, hemos elaborado un modelo de



Tabla 1. Cuadro de variables de coste y beneficios derivados de la migración de profesionales de la salud

		PAÍS DE ORIGEN	PAÍS DE DESTINO
COSTES	SNS Y PROFESIONALES	Carencias en la capacidad de prestación de servicio de salud	Mayor competencia local de profesionales
		Reducción de productividad de quienes se quedan	Precarización de condiciones laborales
		Empeoramiento condiciones laborales	Caída de moral en profesionales locales (¿racismo?)
		Caída de moral en profesionales restantes	Pérdida de inversión en inmigrantes que retornan
		Pérdida en propagación de conocimiento	
		Encarecimiento recursos humanos por menos oferta	
		No acreditación/cierre por falta de personal	
	FINANCIEROS	Pérdida de impuestos y consumo emigrados	Costes administrativos
		Coste en inversión educación emigrados	Costes re-aseguramiento y adaptación al puesto
		Sobre-inversión en educación para reemplazos	Remesas enviadas a origen
	OTROS	Pérdida de conocimiento experto en academia y cc. Formación	
		Reducción en investigación por falta de personal	
		Pérdida de contribución de sectores más educados	
		Pérdida de 'role models' para jóvenes estudiantes	
BENEFICIOS	SNS Y PROFESIONALES	Mejora en capacidades de personal retornado	Resolución de carencias en sistema sanitario
		Colaboraciones entre profesionales locales y en diáspora	Mejora en calidad de servicio
		Ahorro de los salarios de profesionales migrados	Mayor propagación de conocimiento
	FINANCIEROS	Pérdida de impuestos y consumo emigrados	Aumento moral profesionales locales (¿aire fresco?)
		Coste en inversión educación emigrados	Ingreso por impuestos y consumo de inmigrantes
		Sobre-inversión en educación para reemplazos	Ahorro en educación de inmigrantes
			Aumento comercio e inversión por redes con inmigrantes

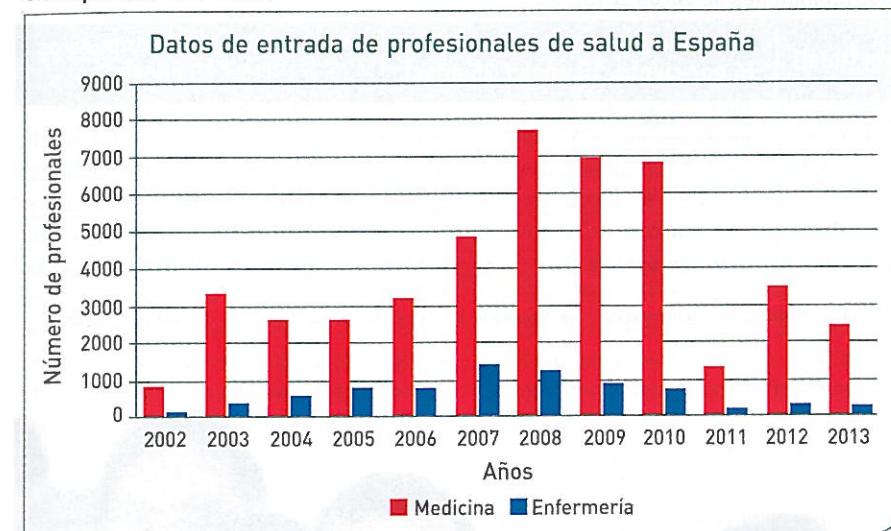
análisis que integra costes-beneficios tangibles y no tangibles en países de origen y de destino, tomando como ámbito de estudio España. Los datos se recopilan con técnicas cuantitativas: bases de datos de instituciones públicas, y cualitativas: entrevistas semiestructuradas a tres perfiles de informantes: 4 personas con perfil de profesional emigrados, 1 persona con perfil de retornado y 5 personas con perfil de inmigrado. Las variables que se incluyen en el modelo se categorizan en costes y beneficios del país de origen y destino de la migración (ver Tabla 1). A partir de estas variables se ha estimado el impacto

Tradicionalmente España ha sido un país con gran flujo de entrada y salida de profesionales de la salud, caracterizado por una inadecuada planificación de RHUS en salud

en costes y beneficios que la migración de profesionales de la salud tiene para España como país de origen y de destino. Tradicionalmente España ha sido un país con gran flujo de entrada y salida de profesionales de la salud, caracterizado por una inadecuada planificación de RHUS en salud: más plazas MIR que estudiantes graduados, carencias de oferta en zonas aisladas, etc. (2). La inmigración de profesionales sanitarios (de América Latina) ha cubierto parte de esas demandas aisladas y/o mal planificadas. Las figuras 1 y 2 presentan la estimación de

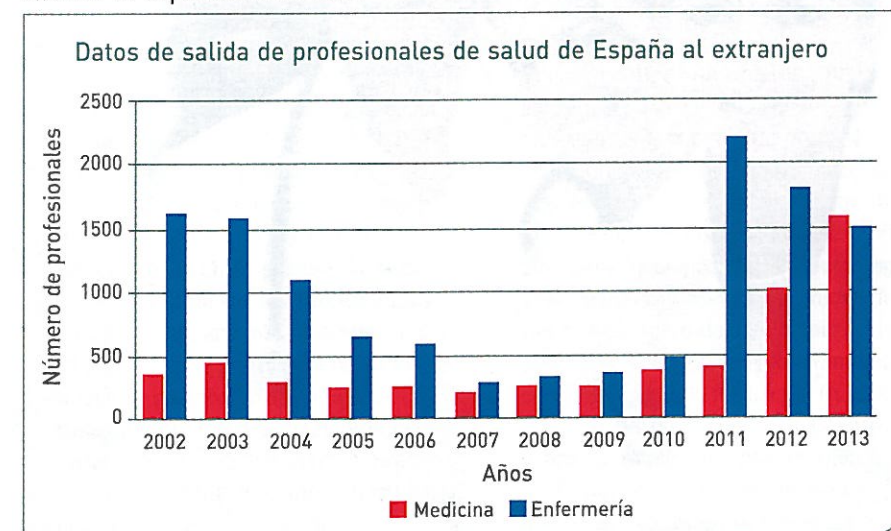
los datos de flujos migratorios de entrada y salida de profesionales de Medicina y Enfermería en España, a partir de las homologaciones de títulos realizados entre los años 2002 y 2012 (3). Las políticas migratorias para MIR extranjeros han variado de acuerdo a las necesidades del sistema de salud español. En épocas previas a la crisis, se facilitaban tanto los permisos de trabajo como los de residencia a los profesionales extranjeros, que a su vez facilitaba el que esas personas se quedasen en España tras su formación para trabajar en el sistema de salud. Después de 2008 se redujo el número de plazas MIR para extranjeros y sólo se provee de un permiso de estudiante, que fuerza el retorno una vez terminada la formación. En general han entrado más médicos que enfermeras y salido más enfermeras que médicos. La salida del personal de enfermería refleja

Figura 1. Número de profesionales de Medicina y Enfermería que migran a España en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012. (3)

Figura 2. Número de profesionales de Medicina y Enfermería que emigran hacia el exterior en el periodo 2002-2012



Fuente: Ministerio de Educación. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Ediciones 2002 hasta 2012. (3)

los cambios en la política de reclutamiento de países de destino como Reino Unido; también muestra, con un par de años de retraso habitual para estos casos, el efecto de la crisis de 2008. El mismo retraso se ve ante el freno en la entrada de médicos, el mismo año que se dispara la salida de enfermeras. Sorprende que el 2013 sea el único año en el que salen más profesionales de la Medicina que de enfermería.

A partir de estos datos, hemos estimado el coste de la inversión en educación de los profesionales que emigran para el año 2013, en base al enfoque del capital humano utilizando la metodología desarrollada por Kirigia et al 2006 (4) que calcula la proyección del valor futuro acumulable de un profesional que realiza su periodo educativo en España pero emigra fuera del país para trabajar durante un período determinado. Al no disponer de datos de

tiempo de migración, se muestran dos escenarios de tiempo (15 y 25 años). El coste de la formación se recoge a partir de los datos proporcionados por el Ministerio de Educación (5), que aporta datos de coste por alumno para cada año durante las diferentes etapas de formación del sistema educativo español (educación infantil, educación primaria y educación superior). A partir de estos datos y tomando como base el año 2013, un escenario de tasa de interés del 4 por ciento (tasa de interés de depósito fijo en España), y un tiempo de migración de 15 años, la emigración de profesionales de la salud conduciría a una pérdida de inversión de 705,12 millones de euros, lo que representa el 0,068 por ciento del PIB del mismo año). Si el tiempo medio de migración fuese de 25 años, la pérdida de inversión ascendería a 1.043,7 millones de euros, lo que representaría el 0,10 por ciento del PIB. Si además contemplamos la pérdida de ingresos por impuestos a partir del salario medio de un profesional de la salud emigrado (6) y el tipo impositivo asociado al trabajo asalariado (ITR) calculado por Eurostat, el coste para España podría llegar a ser de 1.304,1 millones en un escenario de 15 años de migración, o 2.042,29 millones en un escenario de 25 años de migración (Tabla 2).

Del mismo modo que los profesionales titulados en Medicina y Enfermería en España que emigran a otros países suponen un coste para el país, los profesionales titulados en otros países que migran a España suponen un beneficio, debido al ahorro en inversión en educación y recaudación de impuestos. Aún teniendo esto en cuenta, España seguiría teniendo un saldo negativo (coste) entre 49,90 y 75,88 millones de euros, según tiempo de migración de 15 y 25 respectivamente (Tabla 2).

Por otra parte, de las entrevistas realizadas hemos obtenido información de las demás variables del modelo que suponen costes y beneficios que aunque no son estimadas en unidades monetarias, no

Tabla 2. Análisis de coste y beneficio de la migración de profesionales de la salud en 2013, teniendo en cuenta coste o ahorro de inversión más recaudación de impuestos (Datos en millones de euros 2013)

Profesional de la salud	Coste educación (total)	Pérdida / Ahorro en inversión (4 por ciento, 15 años / 25 años)	Pérdida / Ganancia impuestos (15 / 25 años)
Medicina (emigrados)	-221,0	-398,1	-589,3
Enfermería (emigrados)	-170,5	-307,0	-454,5
Medicina (inmigrados)	342,6	617,0	913,42
Enfermería (inmigrados)	27,0	48,6	71,99
Beneficio-Coste	-21,90	-39,50	-58,39

Nº emigrados: 1.569 (Medicina) 1.496 (enfermería); nº inmigrados: 2.432 (Medicina) 237 (enfermería); coste formación: 113.957 € (Medicina); 113.957 € (enfermería); salario bruto: 45.000 € (Medicina); 32.500 € (enfermería); ITR: 0,34.

pueden obviarse. En general, las personas entrevistadas destacan que la migración ha sido motivada por la falta de oferta laboral, y mayores oportunidades de desarrollo profesional en los países de destino. Se percibe como un coste la pérdida de personal bien preparado y que conoce el sistema de salud, y resaltan el mayor impacto de la crisis (no de la inmigración o emigración) en los problemas (empeoramiento de condiciones laborales, reducción en productividad, aumento de riesgo de errores) actuales del sistema sanitario. La competencia entre profesionales inmigrados y locales no ha sido un factor relevante para las personas informantes. Esto a pesar de que el país continuó recibiendo inmigración profesional durante la crisis, aunque con números muchos más bajos desde 2011. Si bien la reducción de inmigrados puede explicar una parte de la no-competencia, las entrevistas le dan mucho más valor a la limitación de las plazas MIR para inmigrados, y que sin ellas, la competencia sería más evidente.



De otro lado, el beneficio más perceptible se da en el caso del retorno, en el que el profesional puede aportar sus nuevas perspectivas y conocimientos adquiridos en el extranjero. No conocemos datos fiables sobre tasa de retorno de emigrados, pero a partir de las entrevistas, se puede percibir que la intención de retorno es bastante alta. No obstante, existe según las personas entrevistadas, un desaprovechamiento de este beneficio debido principalmente a la dificultad de impulsar cambios en la estructura rígida del siste-

ma sanitario español. No es que no se dé cabida al nuevo conocimiento aportado por la experiencia previa de los profesionales inmigrantes, sino que está limitado a intercambios espontáneos, interpersonales y esporádicos, que desperdician buena parte de su potencial.

El envío de remesas no es para el caso español un beneficio derivado de la migración. Las entrevistas sugieren que no

hay una tendencia amplia dentro del colectivo de profesionales de la salud inmigrados a enviar remesas fuera de España. Las personas emigradas tampoco mencionaron enviar remesas a España. Habría que acceder a datos cuantitativos desagregados por profesión, pero aparentemente, el perfil social (alto) del estudiante/profesional de Medicina y Enfermería hace que se pueda esperar una tasa relativamente baja de remesas hacia origen.

La inmigración no ha arrojado costes concretos para el sistema sanitario público. Al contrario parece que ha ayudado a satisfacer la demanda, especialmente en los hospitales comarcales y zonas periféricas menos atractivas para los trabajadores nacionales. No se percibe que haya competencia entre locales e inmigrantes, ni efectos negativos en la productividad de los equipos de trabajo. Las entrevistas arrojan una valoración muy positiva de la equidad del sistema público español y del acceso al sistema MIR, pero se critica el hecho de que no se valore ni aproveche la experiencia diferenciada que aporta cada profesional. Asimismo, ningún informante declaró recibir ningún tipo de ayuda por parte del estado en aspectos como reasentamiento, adaptación lingüística, trámites, etc.

Para finalizar exponemos un listado de las recomendaciones:

- Para una correcta aplicación del modelo es necesario contar con datos fiables. Esta situación confirma la imperiosa necesidad de contar con un registro de profesionales que incluya la variable país de nacionalidad y de obtención de la titulación habilitante y, en lo posible, la situación migratoria de los profesionales nacionales en activo. Como alternativa a este último punto debería fomentarse el desarrollo de acuerdos de colaboración internacional que permitan analizar la emigración profesional con información aportada desde los países de destino.
- Llama la atención en el estudio el que todos los informantes destaquen la importancia de la generación e intercambio de conocimiento fomentado por la migración, pero también dicen no conocer una manera de aproximarse a este y a su impacto en el sistema sanitario. Incluso sin lograr medirlo al detalle, se pueden diseñar modelos de gestión que aprovechen este potencial, partiendo de que es un beneficio claramente identificado por los informantes, aunque no

conozcamos su impacto específico.

- Dada la falta de casos de iniciativas/redes productivas, investigadoras o de innovación, y la falta de circulación hacia España de conocimientos que manejan las personas emigradas, planteamos como recomendación la conveniencia de fomentar redes institucionales (impulsadas y/o gestionadas institucionalmente), que ofrezcan incentivos al hecho de que los profesionales se apunten voluntariamente. Estas redes permitirían el intercambio de conocimientos, el seguimiento de emigrados (profesión, origen, país destino) y otros posibles fines como el incentivar el retorno.
- Deberían potenciarse los procesos de adaptación al puesto de trabajo y de conocimiento del contexto del sistema sanitario, dirigidos al conjunto de profesionales que se incorporan al sistema y específicamente a los profesionales inmigrados.
- Puede resultar de interés indagar sobre los procesos de relevo generacional en la formación de profesionales sanitarios. Si bien en las entrevistas no aparece explícitamente, la emigración en combinación con el alto paro local podrían impactar no sólo económicamente (pérdida de impuestos, pérdida de retorno de inversión en educación) sino también en la capacidad de formación (futura) y la calidad de la misma. Las entrevistas sí explicitan que se pierden profesionales muy bien formados y que en el extranjero se les ofrece formación continuada.
- Si bien es comúnmente aceptado el valor y la ganancia que supone para el sistema de salud el profesional que retoma el ejercicio tras su experiencia migratoria con su acumulo de experiencia y conocimiento, consideramos que en este ámbito cobra total significado el aforismo de Claude Bernard: "Quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra". Visualizar a los profesionales de salud inmigrantes como una fuente

de enriquecimiento del sistema, permitiría detectar sus aportes y potenciarlos. Confiamos en que este trabajo permita profundizar en este enfoque ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. En: Organización Mundial de la Salud. 2010.
2. González López-Valcárcel B, Barber P, Dávila CD. Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin American and Europe. En: M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault, & J. Figueras (Eds.), Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. Observatory studies Serie 23. Copenhagen: European Observatory on Health System and Policies.
3. Ministerio de Educación 2002-2013. Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e indicadores. Disponible en internet a 2.09.2015 <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=3131&area=estadisticas>.
4. Kirigia, J. M., A. R. Gbary, L. K. Muthuri, J. Nyoni, and A. Seddoh. "The Cost of Health Professionals' Brain Drain in Kenya." 2006. BMC Health Services Research 6: 89.
5. Ministerio de Educación. Sistema Estatal de Indicadores de la Educación. Edición 2015
6. Serrano C, Fernández A, Galán S, MatasCentro V.. Estudio comparativo de Retribuciones de los Residentes en España en el año 2012 y recortes desde el año 2009. Centro Estudios Sindicato Médico de Granada (CESM). Disponible en internet a 15.09.2015 <http://simeg.org/estudio-comparativo-de-retribuciones-de-los-residentes-en-espana-en-el-ano-2012-y-recortes-desde-el-ano-2009/>