PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA Y LITERATURA
ESCUELA MULTILINGÜE DE NEGOCIOS Y RELACIONES INTERNACIONALES

DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA MULTILINGÜE EN NEGOCIOS E INTERCAMBIOS INTERNACIONALES

ESTUDIO DE LA FUGA DE PROFESIONALES DE LA SALUD ECUATORIANOS HACIA CHILE EN EL PERÍODO 2006-2012

ANDREA CAROLINA CALLES MONAR

2013
QUITO – ECUADOR

DEDICATORIA

A mis padres, por ser personas ejemplares que han guiado mi vida y siempre han estado junto a mí brindándome su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanas y hermano, por ser además mis fieles amigos y nunca dejarme caer.

A mis amigos y maestros, por enseñarme cada día una nueva lección.

ÍNDICE

1. TEMA 1
2. INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO I
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEJAN EL ECUADOR EN BÚSQUEDA DE MEJORES DÍAS 4

1.1. Profesionales de la salud ecuatorianos que emigraron a Chile 4
1.1.1. Empleo y subempleo, factores determinantes al momento de migrar 4
1.1.2. Realidad de los profesionales de la salud antes de marcharse 6
1.1.3. Perfil de los profesionales de la salud residentes en Chile 9
1.2. Chile, una nueva oportunidad 11
1.2.1. Flujo de migración hacia Chile entre los años 2006 y 2011 11
1.2.2. Políticas migratorias en Chile 14
1.2.3. ¿Qué atrajo a los profesionales de la salud ecuatorianos de Chile? 16
1.3. Participación del Gobierno Ecuatoriano 20
1.3.1. Inestabilidades políticas y económicas 20
1.3.2. Reformas de la salud a lo largo de la historia 24
1.3.3. Reformas de Salud actuales 26

CAPITULO II
OPORTUNIDADES ACADÉMICAS PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ECUATORIANOS 33

2.1. Educación de cuarto nivel en Chile para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería 33
2.1.1. Oferta universitaria para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería en Chile 33
2.1.2. Condiciones de la educación de cuarto nivel para los ecuatorianos en Chile 34
2.1.3. Homologación de títulos chilenos en el Ecuador 37
2.2. Educación de cuarto nivel en Ecuador para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería 39
2.2.1. Situación de los postgrados en especialidades médicas en el Ecuador 39
2.2.2. La oferta de las universidades ecuatorianas 42
2.2.3. Accesibilidad y costos para los postgrados en Ecuador 45
2.3. Qué se hace para ofertar más programas de postgrado 48
2.3.1. Intervención del Ministerio de Salud Pública (MSP) 48
2.3.2. Intervención del Consejo de Educación Superior (CES) 49
2.3.3. Becas para los profesionales de la salud ecuatorianos 51

CAPITULO III
DEMANDA INSATISFECHA DEL SECTOR 55

3.1. Personal insuficiente en el sector público 55
3.1.1. Cifras relevantes a nivel nacional 55
3.1.2. La infraestructura en los establecimientos de atención de salud Pública 58
3.1.3. Los pacientes frente al fenómeno 61
3.2. ¿Qué se hace en torno al problema? 64
3.2.1. Gratuidad de la Salud combinada a la formación de TAPS 64

3.2.2. Plan Nacional de Desarrollo Humano para Migraciones 66
3.2.3. Plan “Bienvenid@s a Casa” 68
3.3. Retorno Voluntario de los profesionales de la salud 70
3.3.1. Estructura del plan propuesto por el Ministerio de Salud Pública 70
3.3.2. Beneficios que el plan ofrece 72
3.3.3. Aspectos considerados por los profesionales para retornar 75

3. ANÁLISIS 80
4. CONCLUSIONES 87
5. RECOMENDACIONES 90

6. BIBLIOGRAFÍA 93

ÍNDICE DE ANEXOS

1. ANEXO 1
   Profesionales de la salud a nivel nacional 2010

2. ANEXO 2
   Demanda de médicos especialistas 2010

3. ANEXO 3
   Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria, según las provincias en el año 2010

1. TEMA

ESTUDIO DE LA FUGA DE PROFESIONALES DE LA SALUD ECUATORIANOS HACIA CHILE EN EL PERÍODO 2006-2012

2. INTRODUCCIÓN

"La migración es un fenómeno que siempre ha estado presente en la historia de la humanidad y en el escenario mundial, pues es inherente al ser humano"(NIEVES, 2007:97). Sin embargo, ha ido evolucionando y adecuándose a las circunstancias del momento.Por los casos registrados en años anteriores dentro del Ecuador, estamos habituados a relacionar migración con personas no profesionales, de un nivel económico bajo, con cargas familiares y del sector rural; pero en este mundo globalizado el perfil de quienes migran ha cambiado. Es por esta razón que la presente investigación sale de lo convencional y está enfocada en el estudio del fenómeno de la fuga de profesionales de la Salud hacia Chile desde el año 2006 al año 2012.

Existen factores que motivan a que los profesionales de la salud ecuatorianos dejen su país natal, sus familiares y sus vidas en búsqueda de un nuevo escenario, que satisfaga las necesidades que el anterior no lo hacía. El presente estudio trata de identificar estos factores expulsores, así como los del país receptor que resultan atrayentes, reforzando de esta manera la Teoría Push and Pull de uno de los precursores de estudios de migraciones E. G. Ravenstein. Bajo esta teoría, se contemplan elementos que crean en las personas el deseo de migrar. De acuerdo al pensador, el factor más importante que empuja a los sujetos es la dificultad de tener un buen nivel de vida en su país de origen, el cual se contrarresta con las mejores remuneraciones o mayores beneficios económicos que el nuevo escenario ofrece.

La hipótesis del estudio cuestionasi la ausencia de profesionales de la salud en centros médicos y hospitales públicos del Ecuadorpodría ser cubierta por su retorno voluntario. Oportunidades de crecimiento académico y económico los motivarían a volver, para de esta manera, mejorar las condiciones de vida tanto de ellos como de la población ecuatoriana al cubrir la demanda insatisfecha.

El primer capítulobusca cumplir el objetivo de identificar el desempleo y subempleo que afecta a los profesionales de la Salud en el Ecuador.Se analiza

a los dos fenómenos mencionados como factores determinantes al momento de tomar a decisión de migrar, se describe brevemente la realidad de los profesionales de la salud ecuatorianos antes de dejar el país, así como el perfil de los mismos profesionales que residen en Chile. Además se realiza un análisis de Chile como un nuevo escenario dentro del cual se toma en cuenta los flujos migratorios entre los años de estudio, políticas migratorias y los aspectos que han atraído a los ecuatorianos para emigrar a este país. Finalmente en el primer capítulo se presenta aspectos que han motivado la migración de los profesionales de la salud como las inestabilidades política y económica, reformas de salud a lo largo de la historia en especial entre los años 2011 y 2012. Dentro del capítulo, se analizan aspectos socio-económicos que influencian a los profesionales de la salud para migrar. Se estudian factores del país receptor que potencialmente atraen a los profesionales de la salud ecuatorianos, mostrándoles un escenario tentador para mejorar su condición de vida.

El segundo capítulotiene la finalidad de analizarlas oportunidades académicas existentes en los dos países principalmente en la educación de cuarto nivel. Se presenta información referente a la oferta universitaria tanto en Chile como en Ecuador, de la misma manera se analiza las condiciones en Chile para que los profesionales de la salud ecuatorianos puedan realizar estudios de cuarto nivel y se examina los procesos de homologación de títulos chilenos en Ecuador. También se presenta la situación de los postgrados en especialidades médicas particular en Ecuador, sin dejar de lado la accesibilidad y costos para los postgrados de los profesionales de la salud en estudio. Asimismo se presenta las acciones realizadas en favor de la oferta de postgrados por parte del Ministerio de Salud Pública, el Consejo de Educación Superior y las becas que han beneficiado a los profesionales de la salud ecuatorianos. Se toma en cuenta la oferta académica de Chile y Ecuador, así como otros aspectos que permiten realizar una comparaciónentre los dos escenarios.

El tercer capítulo busca determinar las necesidades internas insatisfechas que generan la necesidad del retorno de los profesionales de la salud. Esta determinación se hace por medio del análisis de cifras estadísticas en cuanto al número de profesionales de la salud, de establecimientos de atención, aportes de experiencias de los pacientes en el Ecuador y las

acciones que el Gobierno ecuatoriano ha llevado a cabo para contrarrestar el problema de la demanda insatisfecha. Dentro de ellas, los planes desarrollados a nivel general para los migrantes y el plan específico que se enfoca solamente en promocionar el retorno de los profesionales de la salud ecuatorianos radicados en otros países.

La importancia del presente estudio radica en la necesidad de contar con un estudio analítico que exponga información real sobre el fenómeno migratorio de personal calificado, en este caso en particular, de médicos, odontólogos y licenciados en enfermería que deja secuelas dentro del país que los formó profesionalmente. Estos resultados, como se demostrarán en el estudio, reflejan los requerimientos de la población y del Estado.

CAPITULO I
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEJAN EL ECUADOR EN BÚSQUEDA DE MEJORES DÍAS

El Ecuador enfrenta un fenómeno social detectado que es la fuga de profesionales de la Salud. El presente estudio está enfocado únicamente en la migración de profesionales hacia Chile.Con el objetivo de lograr un análisis efectivo de la problemática, se estudiarán en el presente capítulo las posibles causas que motivan a estos profesionales a emigrar con el riesgo inminente de las consecuencias de un nuevo comienzo en un entorno desconocido. De igual manera este capítulo pretende identificar el desempleo y subempleo como fenómenos que afectan de manera directa a estos profesionales.

1.1. Profesionales de la salud ecuatorianos que emigraron a Chile

1.1.1. Empleo y subempleo, factores determinantes al momento de migrar

El desempleo y subempleo es un problema en el Ecuador que ha marcado varias decisiones entre sus ciudadanos especialmente cuando se trata el tema de migración.

Entre los años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 se puede observar que la Población Económicamente Activa (PEA) en promedio es el 47,82% de la población total. Dentro de la PEA hay dos divisiones: Ocupados y Desocupados. El grupo de Ocupados toma en cuenta a los Ocupados plenos y subempleados. El primero registra el porcentaje más bajo en el 2006 con 38,52%, mientras que el más alto en el 2008 con 47,03%; y el segundo en el 2006 alcanzó el 61,48% de la PEA, en el 2007 el 53,47%; en el 2008 el 52,63%; en el 2009 el 54,82% y en el 2010 el 56,48%. (INEC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010).

La estructura del empleo urbano por nivel de instrucción ha sufrido variaciones. En 1990 más del 40% de la población que trabajaba solo tenía educación primaria, seguida por secundaria, superior y finalmente ninguna educación. Diez años más tarde más o menos el 38% de la población empleada había culminado sus estudios secundarios, detrás venía el grupo de quienes recibieron educación primaria, después educación superior y quienes no recibieron ninguna educación. Finalmente en el año 2009 el comportamiento es igual que hace 10 años, aunque se puede corroborar el hecho del aumento del porcentajede trabajadores con títulos universitarios en las últimas dos

décadas pasando de 18% en el 90 a 22% en el 2000 y 28% en el 2009.(HERRERA, 2010).

El 0,7% de ocupados corresponde a las personas que han realizado estudios superiores no universitarios (estudios posteriores al bachillerato en institutos, superiores, técnicos o tecnológicos), el 18% a quienes sí tienen estudios universitarios (estudios enuniversidades o escuelas politécnicas) y el 1,11% a quienes tienen estudios de postgrados. Sin embargo, los grupos que lideran la lista de ocupados son los que realizaron estudios primarios 36,02% y secundarios 27,74%. En cuanto a la desocupación, quienes menos problemas tienen con este fenómeno son los poseedores de postgrados y los que más sufren los efectos son los que tienen hasta la formación secundaria 29,4%.(HERRERA, 2010).

Del total de los individuos con educación superior el 47,30% que equivale a 854.250 tienen título mientras que el 52,70% que equivale a 951.860 no tienen título. En cuanto a las personas ocupadas, el 57,56% poseen título y el 42,44% no lo poseen. Entre los desocupados, el 58,91% son personas que no han obtenido un título de estudios superios, son ellos mismos quienes ocupan el 79,79% de las personas inactivas. (INEC-ENEMDU, 2009)

En Ecuador existen 716.974 personas que poseen un título de Educación Superior, 125.235 están ocupados, 176.355 desocupados y 415.384 inactivos. Hay un total de 25.685 médicos correspondiente al 3.01% de profesionales dentro del Ecuador. De ellos 21.969 se encuentran ocupados y solo 370, es decir que el 1,44% de los médicos, se encuentran desocupados; mientras que 3.346 hacen parte del grupo de inactivos.
En lo referente a los odontólogos, hay 12.470 que representan el 1,46% de los profesionales. De ellos 10.614 están ocupados, 168 desocupados y 1.688 inactivos. El otro grupo de profesionales de la salud, quienes tienen el título de licenciatura en Enfermería, son un total de 12.781, el 1,50% de profesionales a nivel nacional, 10.501 están ocupados, 227 desocupados y 2.053 inactivos.(INEC-ENEMDU, 2009).

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud muestra que en el 2004, del total de médicos y enfermeras que se graduaron en el 2001 en las siguientes universidades: Universidad Central del Ecuador y

la PontificiaUniversidad de Católica del Ecuador en Quito y la Universidad de Cuenca y Católica de Cuenca de esta ciudad y que no salieron del país, el 74.2% tenían trabajo, el 16.9% no lo tenían. 112 trabajaban en hospitales, 38 en clínicas, 12 en fundaciones, 4 en centros médicos, 6 en consultorios privados, 23 en otras instituciones tales como empresas, Club de Leones o a domicilio.En el 2007 de 100 médicos que emigraron a Chile, 38 tenían un empleo estable en Ecuador, 14 eventual, del resto no existe información. Además los lugares de trabajo antes de que este grupo de 100 personas migren fueron: 34 en el sector público, 32 en el privado lucrativo, 4 en el privado no lucrativo y de 16 no hay información. El 77.9% de médicos y enfermeras trabajan como médicos residentes o enfermeras registradas tanto en clínicas como en hospitales, un 2.5% trabajan como médicos que realizan reemplazos, 6 médicos trabajan en consultorios particulares y 4 enfermeras como auxiliares de enfermería, los restantes trabajan como médicos generales o enfermeras en distintas empresas. Pero además existen dos médicos y una enfermera que estaban trabajando en otro ámbito distinto a su profesión. (OPS; FUNDACION ECUATORIANA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO; SISTEMA NACIONAL DE SALUD;CONSEJO NACIONAL DE SALUD, 2007)

Las estadísticas anteriores evidencian la falta de empleo es casi nula a nivel nacional en este sector. Todos los profesionales de la salud en estudio al graduarse tienen al menos una experiencia directa con el sector público en donde hay puestos de trabajo, pero debido a la escasez de personal son ellos quienes deben trabajar más horas sin recibir mayores ingresos. Este hecho sumado a otras causas, que serán analizadas en el resto del capítulo 1 y en el capítulo 2 ejercen una influencia mayor en estos profesionales al momento de decidir acerca de salir del país hacia Chile.

1.1.2. Realidad de los profesionales de la salud antes de marcharse

El primer paso en el proceso de migración es necesariamente tomar la decisión de abandonar el país, la cual es influenciada por factores exógenos y endógenos. Es decir, las experiencias previas y las condiciones de cada actor juegan un rol decisivo en este proceso.

Los factores exógenos han estado marcados principalmente por aspectos económicos. El nivel salarial ha ejercido un efecto tanto de expulsión

como de atracción. La mayoría de los profesionales de la salud que emigraron, manifestaron que estaban insatisfechos debido a las remuneracionesinsuficientes para cubrir todas sus necesidades y compensar su trabajo; de esta manera se ha provocado en ellos un sentimiento de subvaloración.

En Ecuador, *"Tres turnos por semana, doble turno en cuidados intensivos, un abuso laboral"*(M.INTENSIVISTA, 2010:13)afirma un médico ecuatoriano que ahora reside en Chile. En otro caso, aunque este profesional se suponía que trabajaba 4 horas, realmente lo hacía de 5 a 8 diarias sin tener ingresos más altos. Cuando quería tener más ganancias, hacía turnos en los SAPU[1] en dónde atendía 6 pacientes por cada hora; dos días a la semana hacía entre 5 y 6 horas de emergencia. Con todo este trabajo recibía 2.500 dólares aproximadamente.(M.GENERAL1, 2008).

De acuerdo al testimonio de una enfermera, la cantidad que ella recibía mensualmente no le alcanzaba, lo que le parecía injusto por su preparación y esfuerzos. Tampoco estaban de acuerdo con la manera de manejarse jerárquicamente puesto que no podía dar opiniones sobre los pacientes, y la oportunidad de tener un cargo superior al de un médico era casiimposible.(ENFERMERA, 2010). La generación de desigualdades debido a jerarquías afecta a los profesionales de la salud incluso desde su proceso de formación de acuerdo a cargos, especialidades o antigüedad.

El médico entrevistado detalló que él trabajaba en Ayacucho, tenía un consultorio privado en un barrio periférico en Guayaquil y trabajaba en el Hospital Luis Vernaza. Con su familia formada, sus ingresos no eran suficientes. Su esposa, también médica, no encontraba trabajo y se dedicaba a las tareas del hogar. (M.GENERAL2, 2008).

Otra médica en cambio manifestó su indignación en cuanto a la aceptación en el sector público de personas que no estaban capacitadas profesionalmente y eran mejor remuneradas que quienes habían estudiado 4 o más años. Añadió que en Ecuador trabajaba todo el día por menos de la mitad de sus ingresos actuales en Chile. Ella se quejó de las oportunidades para

[1] Servicio de urgencia intermedia entre el primer nivel y el hospital

hacer un postgrado por la falta de recursos y “buenos contactos”.(M.GENERAL3, 2008).

No obstante, hay casos de emigrantes que lograron sacar su especialidad en Ecuador, pero sus limitaciones fueron diferentes. Un cardiólogo al contar su historia, dice que era muy complicado competir con *“los capos”* que ya tienen su prestigio y pacientes leales. Generalmente, en Ecuador hay clínicas manejadas por una misma familia en donde el apellido es lo que pesa. Son grupos que forman monopolios de la industria médica.(JEFE DE CARDIOLOGÍA, 2008).

Para los médicos antes del 2009, un requisito era ser parte del colegio de médicos. De acuerdo a los testimonios, en varias ocasiones los concursos estaban previamente arreglados debido a los limitados cupos y los colegios de médicos podían disponer de ellos para las especializaciones. Otro médico, manifestó que él postuló dos veces y obtuvo la nota requerida. Sin embargo en una de las ocasiones su cupo fue utilizado por un hijo de un médico, el entrevistado atribuyó esto al hecho de provenir de una familia humilde y sin influencias. La situación era la misma para los odontólogos. (MEDICO, 2010).

Las limitaciones en el ámbito académico juegan un rol trascendental como lo percibieron en los testimonios previos ya que los profesionales tienen el deseo de desarrollarse, aprender más, utilizar nuevas tecnologías pero también tener nuevas experiencias. (BENITEZ E. , 2012).

En cuanto a los factores endógenos, el sentimiento de estos profesionales de obtener más reconocimiento y confianza influye al momento de decidir. No es nuevo el hecho de que los ecuatorianos prefieren y dan más valor a cualquier profesional que ha hecho su especialidad fuera o a uno que sea extranjero(BENITEZ E. , 2012). La población además paga valores más altos por sus servicios. Un título otorgado por un país que no sea Ecuador, mejor aún si este país es más desarrollado,juega un rol definitivo incluso al momento de buscar empleo. Entonces, si un país desarrollado como el caso de Chile tiene demanda de estos profesionales y se muestra abierto a recibirlos, ellos finalmente deciden irse, así como ya hicieron 3.500 profesionales de la salud(JALABELLI, 2012), dato proporcionado por el Ministerio de Salud Pública en el presente año. El movimiento de personas es desde la periferia a los

centros, sur-norte. Más aún si bloques regionales como el MERCOSUR ha aprobado el intercambio libre deservicios profesionales a través de la Directiva CMC/DEC 13/97.

Por otro lado, es preciso aclarar que de acuerdo a datos del Ministerio de Salud de Chile, el 68,7% de profesionales de la salud que emigran a este país no tienen cargas familiares. Mientras que el 31,3% restante tiene principalmente entre 2 y 3. (CARRASCO, Cargas familiares por los médicos ecuatorianos que se encuentran trabajando en la administración pública, tabla 13, 2010). Estos esposos, esposas e hijos son quienes influyen directamente en su decisión.

1.1.3. Perfil de los profesionales de la salud residentes en Chile

Chile ha receptado flujos de ecuatorianos por ser un país cercano geográficamente que se ha desarrollado a nivel económico y político; y que ofrece estabilidad a quienes residen en él. Pero los ecuatorianos que eligen a este país como su nuevo hogar son principalmente personal calificado.

El grupo mayoritario de ecuatorianos que se encuentran en Chile son profesionales, 57.2%, seguidos por estudiantes que registran un 15%. La edad promedio de los ecuatorianos que residen en Chile es de 34 años, pero la edad más propensa a migrar es entre 28 y 30 años. Edades que están dentro del grupo de la población económicamente activa.(ORTIZ & GUERRA, 2008). El tiempo promedio de estadía de este grupo de ecuatorianos es de 6 años y medio.(Carrasco, 2010). Este grupo se caracteriza también porque quienes lo componen son personas que después de graduarse, principalmente de universidades privadas, y en varios casos después de trabajar en el sector público dentro del Ecuador, han percibido la necesidad de buscar otro país. Y así, ganar prestigio y reconocimiento; que a largo plazo se traducirá en más alta empleabilidad.(BENITEZ & PAREDES, 2012). Generalmente son profesionales principiantes que en Ecuador fueron enviados a sitios alejados de los centros urbanos encontrándose excluidos y limitados en cuanto a su relación con el resto de profesionales de su rama, limitados en oportunidades de acceder a cursos de capacitación, acceso a actualizaciones de nuevas patologías, procedimientos, materiales y medicinas; y que al tener pocos pacientes se volvían vulnerables a olvidarse lo que tanto les costó

aprender.(BEDOYA, Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile, 2008).

El 68.40% de los profesionales de la salud radicados en Chile están casados, 26% solteros, 5.6% otros estados. (MINSAL, 2010). La comunidad ecuatoriana es mayoritariamente femenina, 54.5%, frente a la masculina 45.5%. Los profesionales de la Salud provienen principalmente de la región Sierra. Sin embargo, la ciudad que lidera la lista referente al flujo migratorio es Guayaquil con un 36.4%, seguida de Manta con 3,7%. La mayor parte de ellos provienen de zonas urbanas.(MORA, MALO, & ZEAS, 2009).

De acuerdo al MINSAL, hay 24 médicos ecuatorianos que desempeñan funciones en Medicina Interna, 21 en Cirugía General, 14 Anestesiología, 10 Neurología y Neurocirugía, 9 en Pediatría, 7 en Cardiología, 7 Medicina Familiar, 6 Urología y Nefrología, 5 en Obstetricia y Ginecología, 3 Cirugía Infantil, 2 Broncopulmonar, 2 Psiquiatría, 1 Dermatología, 1 Infectología, 1 Neonatología, 1 Oftalmología, 1 Endocrinología, 1 Maxiocacial, además de 270 sin especialidad.(Carrasco, 2010).

No obstante, para la Dra. Ritha Bedoya, funcionaria del Ministerio de Salud Pública y redactora de *"Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile"*(BEDOYA, 2008:1) los profesionales que se fueron nolograron ingresar a un postgrado, y consecuentemente el 82% no tienen especialidad, la opción por la cual han optado ha sido conseguir un nombramiento o contrato de trabajo que les garantice estabilidad en el sector público del país. Adicionalmente según ella, antes de emigrar estaban desocupados o atendían de manera independiente en consultorios de barrios periféricos de Guayaquil o Manta.

Los ecuatorianos que están en este país son principalmente personas que tienen un título de educación superior y trabajan en él ejerciendo sus profesiones.

Si bien es cierto que el desempleo y subempleo en el Ecuador es un fenómeno preocupante, son pocos los profesionales de la salud que realmente han dejado el Ecuador por esta razón. Ellos más bien atribuyen su salida a mayores ingresos, igualdad, oportunidades académicas, ausencia de

amistades que les abran las puertas en el Ecuador, turnos de trabajo extensos, limitadas oportunidades de competir en el mercado y mayor reconocimiento de sus pacientes.

1.2. Chile, una nueva oportunidad

1.2.1. Flujo de migración hacia Chile entre los años 2006 y 2011

El Ecuador se ha hecho conocer en varios países del mundo principalmente por la exportación del capital humano. Los flujos migratorios han llegado a niveles capaces de influenciar fuertemente en la balanza comercial. Es así como en el año 2011, los saldos deficitarios de la Balanza de Servicios y Renta fueron financiados mayoritariamente por los excedentes de la Balanza detransferencias corrientes, especialmente por las Remesas de emigrantes. (BCE, 2011).

De acuerdo a cifras generales, en el año 2006 59.192 ecuatorianos salieron y no retornaron al país, en el 2007 fueron 42.977, en el 2008 se registraron 50.512 casos, en el año 2009 a diferencia del resto retornaron 6.662 más de los que salieron y en el año 2010, 5.477 ecuatorianos decidieron quedarse.(INEC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010). Se debe remarcar que aunque no estén dentro del estudio, los años con mayor índice de emigración fueron 2000-2004 cuando el 88.9% de ellos lo hicieron por motivos laborales. Aunque después de estos las cifras disminuyeron, aún siguen siendo significativas en cuanto a las necesidades del país. Además que los flujos migratorios de los profesionales de la salud se intensificaron a partir del año 96.

Los ecuatorianos han elegido varios países como destino. Entre los mayoritariamente preferidos tenemos: España, Italia, Estados Unidos y en América del Sur países como Venezuela, Argentina y Chile. El presente estudio se concentrará en Chile. El cual recibió en el 2010 el 2,2% del total de las salidas del flujo migratorio ecuatoriano. Este país ocupa la sexta posición de los países receptores de ecuatorianos.(INEC, 2010) Desde el año 2006 son 3.864 los ecuatorianos que no han retornado.

TABLA 1
ENTRADAS Y SALIDAS DE ECUATORIANOS HACIA CHILE

Año	Entradas	Salidas	Total
2006	14067	15515	1448
2007	14794	15664	870
2008	16426	17624	1198
2009	17715	17884	169
2010	19 316	19 495	179
TOTAL	82318	86182	**3864**

Fuente: INEC
Elaborado por: Andrea Calles Monar

Santiago, la ciudad más concurrida por los ecuatorianos, en el año 2006, registró 1.440 personas que entraron y no salieron. En el 2007 fueron 963, en el 2008 1.553, en el 2009 256 y en el 2010 304. (INEC, 2010). En términos generales y tomando en cuenta también a los ecuatorianos que migraron antes del período de estudio, el último censo realizado en Chile en el año 2002 proyectó las siguientes cifras de residentes ecuatorianos para el año 2008. Arica y Parinacota 195, Tarapacá 690, Región Antifogasta 825, Atacama 316, Coquimbo 254, Valparaíso 1285, Metropolitana 11478, Libertador General Bernardo O'Higgins 530, Maule 374, BíoBío 705, Araucanía 304, Los Ríos 102, Los Lagos 345, Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo 32 y Magallanes y Antártica Chilena 36.(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).Del total de personas que no retornaron de Chile en el 2010, el 54,5% son mujeres, mientras que el 45,5% hombres.(INEC, 2010).

En el 2008 los ecuatorianos en Chile fueron el cuarto mayor grupo de inmigrantes y representó el 5,51% del total de extranjeros en este país. De acuerdo a datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile el total de ecuatorianos en ese país fue de 17.471. Al comparar la cifra de ecuatorianos del censo 2002 con el previo a este, la población ecuatoriana creció 314%.(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

TABLA 2
FLUJO MIGRATORIO DE PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES

	2006	2007	2008	2009	2010
Antofagasta	13	22	42	58	75
Arica	5	15	6	20	33
Santiago	2125	2913	3401	3525	4488
Sin Especificar	25	19	11	11	53
Total	2163	2954	3454	3594	4616

Fuente: INEC
Elaborado por: Andrea Calles Monar

Para las estadísticas del INEC, los médicos, odontólogos y enfermeras están considerados dentro del grupo *Profesionales científicos e intelectuales*[2]. La salida sin retorno de los ecuatorianos pertenecientes a este grupo a Antogofasta, Arica y Santiago fue 2.163 en el año 2006, 2.954 en el 2007, 3.454 en el 2008, 3.594 en el 2009 y 4.616 en el 2010. Se toma en cuenta a este grupo porque el perfil de los ecuatorianos que residen en Chile es diferente al que se está acostumbrado a ver cuándo se habla de emigración(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

A nivel Latinoamericano, 16.000 médicos peruanos, 2.374 argentinos, 3.232 dominicanos han emigrado. Mientras que de acuerdo a la presentación en la Reunión Andina “Migración de los profesionales de la Salud” llevada a cabo en Perú en Marzo del 2009, en Ecuador uno de cada 10 médicos emigran.(MALVAREZ, 2009).

En Chile el 33% de médicos que atienden a nivel de atención primaria son extranjeros. 2.482 chilenos están involucrados en este sector, seguidos por 953 ecuatorianos que representan el 25,56%, luego por colombianos 135, 3,62%; cubanos 60, uruguayos 28, peruanos 26 y bolivianos 22. (SEPULVEDA, 2009).

> *La migración de los médicos ecuatorianos a Chile se enmarca en esta tendencia global de movilidad de profesionales de la salud desde países, menos desarrollados hacia países con mayores niveles de desarrollo, mermando así la capacidad de cobertura de los servicios de salud en los países de origen.*(BEDOYA, 2008:55).

En la actualidad de acuerdo con datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 3.500 profesionales de la salud viven y trabajan

[2]Definición: Persona profesional dedicada a la investigación, aplicación de métodos y técnicas científicas o artísticas, o a enseñar disciplinas.

en Chile. (EL COMERCIO, 2012).Pero para el presidente de la Asociación Ecuatoriana de médicos son aproximadamente 7.000. Del grupo que se encuentra en Chile, la Dr. Ritha Bedoya en su estudio de la FLACSO "Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile" añadió que el 90% desempeña funciones en el servicio de atención pública y solo el 10% de ellos ha logrado hacer una especialización o sub-especialización. (SENAMI, 2012).

En el 2010 se registró que el 55,95% de los profesionales extranjeros que trabajan en la administración Pública en Chile son ecuatorianos, de los cuales 948 son médicos, 92 odontólogos y 56 enfermeras.Cabe destacar que las enfermeras desempeñan sus actividades en establecimientos dependientes de los servicios de salud, mientras que los odontólogos y los médicos ejercen en establecimientos de Atención de Salud Pública.Chile cuenta con 29 Servicios de Salud y en 28 de ellos trabajan 695 médicos ecuatorianos. De los cuales el 66,4% están en la zona central, 22,2% en la zona sur y 11,4% en la zona norte. De este grupo el 56,1% trabaja bajo contrato a plazo fijo y el 43.9% con contrato a plazo indefinido.(OPS, 2010).

1.2.2. Políticas migratorias en Chile

Chile pasó de ser un país proveedor de capital humano antes de los años 90 a un país receptor del mismo. Las circunstancias obligaron a que este país busque reformas y avance en el ámbito migratorio. Además, al ser parte de un marco de integración subregional y de globalización en general, las fronteras no son más limitantesa la movilidad de las personas.

En una consulta regional realizada en el 2005, la OPS identificó cinco retos fundamentales a los quese enfrentan lospaíses de la Región en el ámbito de los recursos humanos, entre ellos el problema dela migración.

> *Sobre este "Llamado a la Acción", la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, 38 países de la Región de las Américas, se comprometieron a impulsar el cumplimiento de las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, ente ellas específicamente a "Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación" buscando cumplir las siguientes metas:*
> *Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud. Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud. Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero. (OPS; FUNDACION*

ECUATORIANA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO; SISTEMA NACIONAL DE SALUD;CONSEJO NACIONAL DE SALUD, 2007:9).

Gracias a las decisiones tomadas en la Comunidad Andina de Naciones a partir de junio de 2001 y por medio de la Decisión 503, los ecuatorianos pueden viajar a Chile (país asociado de la CAN) solo con la cédula de identidad y una vez que entren en territorio chileno pueden tramitar la visa que se adecue a sus necesidades.Como una herramienta adicional, en junio 2003, se adoptó "*el Instrumento Andino de Migración Laboral (Decisión 545) que contempla normas para la progresiva y gradual circulación y permanencia de nacionales andinos en la Subregión con fines laborales"*(CAN, 2008).Ligado al beneficio anterior, en mayo de 2004, se aprobó el Instrumento Andino de Seguridad Social (Decisión 583),*"que busca garantizar la adecuada protección social, prestaciones sanitarias y económicas durante su residencia y a conservar los derechos adquiridos en su país de origen.*(CAN, 2008).Ademásel Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decisión 584) que mediante Resolución 957*"promueve y regula acciones que se deben desarrollar en los centros de trabajo para disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador, mediante medidas de control y prevención de riesgos derivados del trabajo".*(MENDOZA, 2011).

Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile proporcionó valiosa información sobre profesionalesecuatorianos. El hecho se dio en el Primer Encuentro Regional"Migración de Recursos Humanos en Salud" realizadoen Montevideo, en Septiembre de 2007. De un total de 777 médicos y 52 enfermeras en Atención Primaria de Salud, 592 médicos y 23 enfermeras son ecuatorianos. Mientras que en el Servicio de Salud de 580 profesionales extranjeros, 224 son ecuatorianos.

A nivel interno, Chile cuenta con su Ley de Extranjería, Decreto Ley 1.094 vigente desde la dictadura de Pinochet, el Reglamento de Extranjería, Decreto Supremo 597 de 1984 y el Decreto Supremo 5.142 de 1960. Este conjunto de normas recoge aspectos bastante generales en cuanto a la regulación de flujos migratorios y determinación de las condiciones de entrada y permanencia. Sin embargo, no regula por completo la situación de los migrantes, carece de una parte dispositiva en la que enuncie o garantice los derechos humanos.(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

La Ley de Extranjería y su reglamento establecen condiciones y prohibiciones de ingreso, trata sobre las visas, tipos de residentes, registros,

rechazo de solicitudes y revocaciones, infracciones, y sanciones. Si bien es cierto que ha tenido varias modificaciones, estas no han sido de profundidad.

En el gobierno de Patricio Aylwin, se envió un proyecto para una nueva ley de migraciones y no fue aprobada por el Congreso. Simplemente se hicieron pequeñas reformas de la Ley ya existente. Debido a los altos flujos migratorios de la época se vivía un periodo de emergencia con el siguiente mandatario, Eduardo Frei. Consecuentemente lanzó el primer Plan de Regularización de los inmigrantes «irregulares» que en síntesis otorgaba una visa temporal de 2 años y además 20.000 irregulares recibieron la residencia definitiva.(JENSEN, 2006). Posteriormente, Ricardo Lagos propuso la implementación de medidas basadas en tres ejes: hacer de Chile un país receptivo y abierto a la inmigración, regularizar a inmigrantes «ilegales» tomando en cuenta la distorsión laboral que puede generar la inmigración y promulgar el entendimiento de que los inmigrantes regulares e irregulares tienen similares derechos que los nacionales. Cabe mencionar que en este período también se asumieron compromisos internacionales. Michelle Bachelet por su parte, fomentó un proceso de regularización en el cual se declaró una nueva amnistía para quienes estaban en situación de irregularidad. Ha sido la única mandataria que ha incorporado la temática de la migración en el programa gubernamental y en los objetivos estratégicos del Ministerio del Interior. (EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

A través de los años, Chile ha reformado sus leyes migratorias para acoplarse a las tendencias mundiales y como aspecto complementario ha llegado a ser parte de diferentes bloques tanto regionales como mundiales. Es por eso que ahora sus puertas se muestranabiertas para recibir a extranjeros y regular a quienes ya están dentro de su territorio, lo que llama más la atención de los ecuatorianos.

1.2.3. ¿Qué atrajo a los profesionales de la salud ecuatorianos de Chile?

Son varios los aspectos chilenos que han ejercido efecto de atracción en los profesionales de la salud ecuatorianos. Entre ellos están los aspectos económicos, legales y oportunidades tanto a nivel académico, tecnológico como laboral, aspectos que ayudarían potencialmente a mejorar sus condiciones de vida.

Las remuneraciones económicas, como ya se dijo previamente, juegan un rol trascendental al influenciar la decisión de emigrar. Los profesionales de la salud ecuatorianos en el Servicio de Salud chileno (396 personas en estudio) han sido divididos por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) en 9 rangos. El más bajo es 20.000-29.999 pesos chilenos por hora contratada mientras que el más alto es 90.000-99.999. El mayor número de estos profesionales, 85, reciben de 50.000-59.999. El equivalente de este último valor en dólares estadounidenses es 104-125,40 por hora contratada. (Carrasco, 2010). Si trabajan a medio tiempo este ingreso mensual sería de aproximadamente 4.500 USD, cantidad que si es enviada a Ecuador tiene un alto poder adquisitivo, mas en Chile debido al costo de vida , es un rubro que les permite vivir cómodamente.

En el ámbito legal es relevante mencionar los tipos de contratos con los que los ecuatorianos desempeñan funciones en Chile. Todos los profesionales de la Salud que se encuentran trabajando en la Atención Primaria de Salud (APS) o en el Servicio de Salud (SS) en Chile están contratados bajo la ley 19.378. Adicionalmente tienen la oportunidad de trabajar en más de un establecimiento de APS(OPS, 2010).

De acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile, hay 4 tipos de contratos en el Servicio de Salud: Contrata[3], Titular, Etapa destinación y formación, y Suplente. En lo referente a la distribución del número de horas contratadas de médicos ecuatorianos. En el SS el 84,3% se encuentra contratado con jornada parcial y un 15,7% con jornada completa de 44 horas semanales. 59 médicos trabajan 11 horas por semana, 131 22 horas, 130 28 horas, 14 33 horas y 62 44. Por otro lado, de los médicos que trabajan en APS, el 56,1% tiene contrato a plazo fijo y el 43,9% a plazo indefinido de un total de 695. De ellos, 297 son mujeres y 388 hombres. 154 están en la zona Sur, 462 en la central y 79 al norte. Además, el 73,5%, 511, trabajan 44 horas que es la jornada completa(OPS, 2010).

Otro aspecto que motivó a los ecuatorianos, es la existencia del convenio Andrés Bello suscrito el 31 de enero 1970 y sustituido en 1990. Los

[3] Tipo de contrato a "Contrata" significa que los funcionarios públicos, según el ordenamiento jurídico, pueden estar contratados en calidad de planta o a contrata, entre otros. Los primeros son los que "mantienen la propiedad del cargo" y los segundos son contratados anualmente, es decir, sus contratos duran hasta el 31 de diciembre y deben ser renovados en cada anualidad (Ministerio del Interior de Chile 2002)

países signatarios son Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. (LA XV REUNION DE MINISTROS DE EDUCACIÓN DEL CONVENIO ANDRÉS BELLO, 1990). De esto se han valido profesionales de la salud ecuatorianos para facilitar suinserción laboral en el sistema de salud. Gracias a este convenio no tenían la obligación de rendir exámenes para homologarsu título y legalmente podían presentarse a concursos de merecimientos que les permitaobtener plazas para realizar cualquier especialización. Como complemento entre Chile y Ecuador existe un Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales, celebrado en Quito el 17 de diciembre de 1917. Si bien los títulos extranjeros en Chile deben ser revalidados y convalidados para que los portadores puedan ejercer sus profesiones, los ecuatorianos están exentos a este proceso gracias al convenio, con el que basta que el interesado acuda al Ministerio de Relaciones Exteriores y registre sus antecedentes, para quedar habilitado y ser apto para ejercer en Chile.

Cabe mencionar que la situación para los médicos cambió a partir del año 2009 ya que el Examen Médico Nacional a través del cual los titulados muestran sus conocimientos en esa rama y el cual los ecuatorianos no estaban obligados a rendir, se volvió un requisito debido a una reforma legal. La razón no es clara, mas esta implementación se atribuye principalmente a que la presencia de los extranjeros ha generado una competencia notoria en la salud privada.

A partir del año 2001, Chile se ha desarrollado en el campo económico y lo demuestra gracias al incremento anual del PIB que ha registrado un promedio de más de 12 mil millones de dólares, mientras que en Ecuador el crecimiento fue 8 mil millones de dólares anuales, 30% inferior al de Chile. (GAMBOA, 2012).Según lo señalado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su informe de 2009 sobre Chile, el índice de desarrollo humano ha pasado de un nivel medio de desarrollo humano en la década de los 80, a un nivel más elevado en la década de los 90 (valor IDH sobre 0.800), y ha permitido a Chile ocupar en el 2009 el lugar 40 en la clasificación mundial (IDH 0.874) siendo el mejor ubicado de todos los países latinoamericanos. Adicionalmente, se observa un logro en la superación de la pobreza, en el año 1990 en Chile un 38% de la población vivía bajo la línea de pobreza, mientras que en el 2009 el porcentaje se ha reducido a 13%. En el

2006 por primera vez la Encuesta Casen registró un pequeño descenso en la desigualdad de los ingresos (PNUD 2009)(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

La democracia se ha consolidado, en dos décadas se ha pasado desde el sentimiento de precariedad política hacia la relativa confianza en la estabilidad del orden institucional. Mientras que se organiza cada vez más la convivencia sobre la base de las libertades y los derechos de las personas. Las libertades de información y opinión se han ampliado, eliminando las formas de censura y control.

Consecuentemente, el país ha permitido una mejor calidad de vida de sus habitantes y mayor estabilidad, lo que ha impulsado a varios migrantes ecuatorianos. La mayoría vive en casa propia en comunas de clase media en condiciones satisfactorias y cómodas, los hijos van a colegios subvencionados o privados. Hay un amplio campo de trabajo y demanda chilena. Conforme al estudio “Inmigración, Equidad de género y Seguridad Política” realizado por el Ministerio del Interior y OIM, los ecuatorianos son los inmigrantes que tienen mejor calidad de vida.(BEDOYA, Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile, 2008).

Por otro lado, en Chile existe una elevada demanda de profesionales de la Salud en el área pública. Debido a los costos de la educación existe una escasez de este tipo de profesionales y además para los chilenos en estas ramas,el sector público ofrece sueldos bajos, poca facilidad para especializarse y alto volumen de trabajo. (VELIZ M. , 2012). Aspectos que son vistos totalmente del otro lado por los ecuatorianos. Para ellos, la inserción laboral es rápida ya que depende del tiempo que se toman para realizar los procesos de revalidación de títulos y formalizar los trámites de permanencia que como ya se explicó previamente son cortos. (EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010). El tiempo para encontrar un trabajo es de menor a un mes. Las redes de contactos son favorables y efectivas en la búsqueda de empleos. Los ecuatorianos que emprenden la aventura de salir, en varios casos son acogidos por ecuatorianos que fueron sus compañeros de clase, de trabajo, familiares, amigos y que ya han residido en Chile previamente. (HERREA, CARRILLO, & TORRES, 2005). Estos compatriotas han sido otro de los factores para estimular la emigración hacia Chile.

Una de las formas por medio de la cual el ecuatoriano se inserta laboralmente es la petición y otorgamiento de la visa temporaria, la misma que posteriormente se reemplaza por la permanencia definitiva. Los trámites son sencillos para los profesionales ya que para obtener la visa solo necesitan presentar una carta de "promesa de trabajo". Uno de cada tres inmigrantes declara haber sido víctima de discriminación constituyendo el 35,2%. Las personas ecuatorianas presentan un nivel de discriminación bajo el promedio, es decir, un nivel menor a 35,2% con un 22%, siendo de acuerdo a las nacionalidades, el grupo menos discriminado(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

No obstante, según la percepción de los ecuatorianos, el contexto chileno no integra fácilmente a los extranjeros. Por ejemplo: A nivel universitario, los extranjeros vienen a ser competencia y de cierto modo una amenaza para los chilenos. En cuanto a su personalidad, los chilenos se relacionan pero siempre dejan en claro los límites. Además, no se puede dejar de lado que la sociedad chilena es altamente clasista. Son escasos los mecanismos que los ecuatorianos han utilizado para adaptarse, es más su participación en actividades o grupos sociales es baja. A pesar de lo mencionado previamente, existen algunas agrupaciones como AMEC, Ecuatorianos Sin Fronteras, Alhajas del Ecuador, Colonia Eloy Alfaro, Asociación de Ecuatorianos en Chile(EQUIPO CONSULTOR MDA-SENAMI, 2010).

No se puede dejar de lado la importancia que estos profesionales le dan a Chile por su prestigio en cuanto a la educación y experiencia laboral. Aspectos que marcarán futuros reconocimientos por parte de ecuatorianos ya que los profesionales extranjeros o los profesionales ecuatorianos con títulos provenientes de otros países son más apreciados en el mercado ecuatoriano.

1.3. Participación del Gobierno Ecuatoriano

1.3.1. Inestabilidades políticas y económicas

Ecuador es un país que ha pasado por varios gobiernos de tendencias totalmente opuestas de un período a otro. Estos han sido los generadores de hechos decisivos tanto para el país como su gente.

En tan solo 12 años, el cambio constante de tendencias de gobierno ha provocado que no haya continuidad en los proyectos y que si haya cambios constantes de políticas. En el año 2000 el Presidente Jamil Mahuad fue derrocado por un golpe cívico-miliar, razón por la cual llegó al poder la Junta de Salvación Nacional conformada por el Crnl Lucio Gutiérrez (jefe), Carlos Vargas (presidente de la CONAI) y Carlos Solórzano (ex-presidente de la Corte Suprema), en el mismo año, se nombró como presidente al Dr. Gustavo Noboa quien terminó su mandato en dos años como estaba previsto. En el año 2003 el Crnl. Lucio Gutiérrez asumió el poder, pero este gobierno cercano al de Estados Unidos también fue derrocado por la ciudadanía. Posteriormente, el Vice-Presidente Dr. Alfredo Palacios lo reemplazó y terminó el período. Por último está el Presidente actual, Rafael Correa, quien luego de cumplir dos años en su gobierno convocó a una asamblea popular y nuevas elecciones en las cuales resultó victorioso nuevamente y a partir del año 2008 se ha mantenido a cargo del Ecuador. (GEORGE TOWN UNIVERSITY, 2009).

Uno de los gobiernos que más ha marcado al país fue el del Dr. Jamil Mahuad, especialmente en el ámbito económico. El costo de la vida en el Ecuador se elevó notablemente, la gasolina subió en un 71%, el precio del dólar estadounidense pasó de $6.000 sucres a $25.000 sucres, hubo feriado bancario, iliquidez de varios bancos que en poco tiempo quebraron, la inflación llegó a cifras nunca antes conocidas, el 90% de la población estaba desconforme, la inseguridad también creció. Además, debido a la escasez de capital, cada vez había menos puestos de trabajo y los despidos aumentaban. Se levantaron diferentes grupos sociales como el magisterio, trabajadores de la salud y petroleros. Como una medida de salvación el Presidente decidió dejar de lado al Sucre e implementar una nueva moneda a nivel Nacional, el Dólar estadounidense, esta medida sin duda fue lo que colmó a la población y solo 12 días después del anuncio, fue derrocado por medio de un levantamiento indígena y militar. Este período en cuanto a las migraciones es importante ya que fue en él cuando el mayor flujo de profesionales de la salud ecuatorianos decidió dejar el país y buscar mejores días. (OÑA, 2002).

Un gobierno que pasó de tendencia izquierdista a una derecha clara personalizado por el Coronel Lucio Gutiérrez tuvo un derrocamiento único en la historia. La población cansada del nepotismo existente en donde familiares y amigos cercanos del Presidente y de sus colaboradores ocuparon cargos del

servicio exterior, las telefónicas, la CFN, el BNF; la autorización del retorno de los asilados políticos: Alberto Dahik, Abdalá Bucaram, Gustavo Noboa; la crisis judicial; el deficiente funcionamiento de la Corte Suprema de Justicia y de los tribunales Electoral y Constitucional influenciaron para que el 13 de abril del 2005 la población se autoconvocara a la manifestación 'Marcha de las Cacerolas Vacías". Las protestas se intensificaron y continuaron por 5 días hasta cuando la cúpula militar retiró su apoyo y finalmente el Presidente cayó. (EL HOY, 2005).

Años más tarde se da un nuevo cambio fuerte a nivel nacional. Debido a que los ecuatorianos estaban cansados de los gobiernos corruptos, la pobreza e injusticias; se necesitaba esperanza y eso es lo que proporcionó la aparición de una nueva imagen, la cual es el actual Presidente de la República, Rafael Correa. Su campaña política generó grandes controversias especialmente por sus firmes promesas de cambio y la creación de una nueva Constitución, la misma que fue formulada bajo ideales socialistas en la Asamblea Nacional Constituyente 2008 en Montecristi. De acuerdo a la opinión del historiador ecuatoriano Enrique Ayala esta es la veinteava Constitución del Ecuador luego de la independencia. El atribuyó el alto número de Constituciones a un hecho más de conveniencias políticas que a un cambio social.(INSTITUTE FOR RESEARCH AND DEBATE ON GOVERNACE, 2009) . No obstante, el actual Presidente también tuvo una época de crisis denominada "30S" que se caracterizó principalmente por la rebelión de miembros de la Policía Nacional que terminó con el enfrentamiento entre policías y militares; y la amenaza de la vida del Presidente. Esta conmoción finalmente fue superada a pesar de todos los pronósticos internacionales. (EL COMERCIO, 2011).

Es difícil hablar de estabilidad cuando por medio de los hechos se puede comprobar que en los últimos 12 años solo ha habido un gobierno que parece terminará su período y es el actual. Los ciudadanos no olvidarán los acontecimientos que los movilizaron y tuvieron como consecuencia el derrocamiento de dos de los Presidentes citados previamente. En el país se ha demostrado la eficacia del poder ciudadano cuando la situación amerita.

En el ámbito económico Ecuador presentó un crecimiento en el Producto Interno Bruto del 2% en el años 2007, 7,2% en el 2008 (el valor más alto), 0,4 en el 2009, 3,6% en el 2010 y 4,8% en el 2011. La inflación se

registró en 3,32 en el 2007, 8,83 en el 2008, 4,31 en el 2009 y 3,33 en el 2010. En cuanto a la Inversión Extranjera Directa en el país no se ha desarrollado como lo han hecho países vecinos, pero esto no significa que no existe, por ejemplo en el 2010 el país que invirtió más en el Ecuador fue México. Mientras que el sector que recibió mayor inversión fue "Industrias Manufactureras" con 45 millones de USD. EntérminosdelPIB,elsaldototaldeladeudaexternapúblicayprivadadeUSD13.935millones,representóel24.4%.(BCE, 2011). Tema que también fue controversial ya que el actual Presidente se negó a continuar pagando la deuda bajo el argumento que esta es "ilegítima" y pedía una renegociación de la misma, hecho al cual el mundo reaccionó, pero finalmente en junio de 2009, Ecuador readquirió títulos de deuda por valor de 3.200 millones de dólares por 900 millones de dólares.(JATIVA, 2011).

TABLA 3
BALANZA COMERCIAL DEL ECUADOR, 2006-2012

	EXPORTACIONES	IMPORTACIONES	BALANZA COMERCIAL
2006	12728147,59	11266018,52	1462129,07
2007	14321315,76	12895240,66	1426075,1
2008	18818325,5	17551929,75	1266395,75
2009	13863054,29	14071449,25	-208394,96
2010	17489922,17	19278702,44	-1788780,27
2011	22322347,95	22945794,34	-623446,39
2012	12158927,95	9738139,58	2420788,37
TOTAL	**111702041,2**	**107747274,5**	**3954766,67**

Fuente: Banco Central del Ecuador
Elaborado por: Andrea Calles Monar

En cuanto a la balanza comercial en el año 2006, 2007 y 2008 hubo superávit, pero en tres años siguientes hubo déficits de -208394,96 en el 2009, -1788780,27 en el 2010 y -623446,39 en el 2011. Hasta octubre del año 2012 la Balanza Comercial se vuelve a mostrar positiva con un superávit de 2.420.788,37(BCE, 2011). Conforme a los números se puede corroborar que el Ecuador no resultó totalmente ileso a la crisis económica mundial que generó efectos entre los años 2008 y 2009. Por otro lado, la política actual en la cual no se firmarán tratados de libre comercio con Estados Unidos ni con la Unión Europea(EL COMERCIO, 2012), deja al Ecuador rezagado de sus

competidores más cercanos Colombia y Perú, países que por el contrario ya han firmado estos tratados.

Si bien es cierto que Ecuador ha prosperado en algunos aspectos, se sigue mostrando como un escenario inestable en el ámbito político y en el económico con constantes altibajos. Esto aún es lo que motiva a varios ecuatorianos a dejar el país y buscar mejores condiciones de vida. Ahora, se analizarán aspectos legales que han marcado al sector de la salud.

1.3.2. Reformas de la salud a lo largo de la historia

En la Declaración de Alma-Mata de 1978 se resaltó la necesidad de una acción urgente de los gobiernos y la comunidad internacional para proteger y promover la salud para todos los habitantes del mundo. Además se reafirmó que la salud es un derecho humano fundamental y que es un objetivo social prioritario del cual los gobiernos son responsables de alcanzar. En esta conferencia, la Atención Primaria de Salud (APS) fue vista como un aspecto clave y comprometió a los gobiernos y entidades internacionales a formular políticas, estrategias y planes para que la APS sea accesible para toda la población.(FUNDACION AEQUUS, 1978). La aprobación de la presente Declaración, "*constituyó el momento culminante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la OMS y el UNICEF".*(CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN, 2002:22).

No obstante bajo la tendencia Neoliberal, en los noventas la mentalidad descrita en el párrafo anterior cambió por completo y se lo evidenció en los resultados del Consenso de Washington del cual Ecuador fue parte. En él una de las prioridades fue reducir el gasto público asociados a sus actividades improductivas, dentro del cual estaba la salud, como una manera de cubrir el déficit fiscal que se traducía en el fin del estado de seguridad social promovido también en la Declaración de Alma-Mata. Además es aquí donde se promueve la idea de que la industria privada se administra mejor que la estatal y que la privatización de empresas públicas era una manera efectiva de obtener dinero a corto plazo y ahorro en financiamientos a largo plazo. Las privatizaciones también fueron promocionadas por el FMI y el Banco Mundial. (LARREIN, 1999). Es en este período cuando las empresas multinacionales dentro de ellas las farmacéuticas comienzan a tomar fuerza a nivel mundial y a reforzar la idea

de que la enfermedad es más rentable. En definitiva, la salud pasó de ser un derecho humano fundamental a ser un bien privado generador de mayores desigualdades.

En América Latina la implantación de la política neoliberal en los procesos de reformaen salud, ocasionó disputas permanentes. Sin embargo, Chile era un caso especial en esta época ya que debido a la dictadura militar, el panorama era el ideal para implementar estas medidas. El primer nivel de atención llegó a ser descentralizado en 1995 y los municipios se hicieron cargo de este servicio. Fue en ese momento cuando nació el sistema de salud mixto aún vigente en este país(BASTÍAS & VALDIVA, 2007), conformado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es público y las Instituciones de Salud provisional que son aseguradoras privadas (ISAPRE). Los clientes más frecuentes en FONASA son las mujeres, los ancianos, los pobres e indigentes.(ISAPRES DE CHILE, 2012). Gracias a la Constitución chilena los trabajadores tienen la libertad de elegir entre estas dos modalidades.(CHILE, 2006).La situación era completamente diferente en Ecuador, donde las reformas neoliberales no fueron bien recibidas. De hecho los sindicatos de trabajadores de la salud y la sociedad civil no lo aceptaban y basaban sus argumentos en la Constitución de1998, en donde se declaraba la gratuidad de los servicios de salud públicos.(BEDOYA, Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile, 2008).

En Ecuador entre los años 1992 y 1994 se planteó y llevó a cabo la Ley de Modernización del Estado que principalmente incluía políticas favorables para las privatizaciones, prestaciones de servicios y creó el Consejo Nacional de Modernización (CONAM). El mismo que en el campo de la salud trató de privatizar el sistema de pensiones, pero la oposición social por medio de un plebiscito no se lo permitió. Inclusive este intento de modelo mixto público y privado fue declarado inconstitucional. Como resultado se creó la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA) la cual trabajaba con consejos cantonales que permitía que la reforma se la lleve a cabo desde las localidades. (POSSO, 2008).

El cambio de gobierno de 1996 paró de cierto modo el trabajo que ya se estaba realizando en cuanto a la salud, inclusive hubo un panorama de menor participación del Estado(OPS & OMS, 2000). No obstante, con el pasar del

tiempo en el mismo gobierno del abogado Abdalá Bucaram y basándose en una segunda versión del CONAM se presentaron más o menos 18 propuestas de salud y 27 de seguridad social que fueron aprobadas. Consecuentemente, se redefinió el rol del Estado, se modernizó el Ministerio de Salud, y seguramente el cambio más importante e inmediato fue la descentralización de la salud. Una de las acciones que reforzaban la descentralización fue pasar algunos hospitales públicos a jurisdicción de los municipios, mas en la realidad solo funcionó en Guayaquil.(POSSO, 2008).

Posteriormente entre 1997-2000 vino una época de crisis en el país y las reformas pararon debido a las constantes manifestaciones de los profesionales de la salud en búsqueda de reivindicaciones salariales y presupuestarias. En este mismo período el Estado disminuyó 30% en la compra de fármacos y entre el 2 y 4% de la participación del Ministerio de Salud en el presupuesto general del Estado. (POSSO, 2008). Adicionalmente, el Banco Mundial y la vigencia de una política neoliberal influenciaban fuertemente en la disminución de las plazas laborales. En el sector público los profesionales de la salud perdieron beneficios y derechos laborales al solo ser contratados por servicios profesionales. Aspecto que además generaba inconformidad en quienes trabajaban en el sector público y desmotivación en quienes aspiraban a entrar en él. Mientras que el campo privado se manejaba con contratos de servicios profesionales a destajo, es decir que los profesionales de la salud ganaban un porcentaje de los que los pacientes pagaban. (VELASCO, 2007). La situación sin lugar a dudas era dura para estos profesionales, es por esta razón que ellos se vieron obligados a buscar escenarios en dónde no sufrieran este tipo de abusos e inestabilidades laborales.

1.3.3. Reformas de Salud actuales

Las reformas realizadas por el Gobierno del Ec. Rafael Correa, inicialmente generaron polémica al momento de la creación y aprobación de la Carta Magna; sin embargo, años más tarde los despidos masivos basados en un decreto presidencial conmocionaron a los profesionales de Salud. La historia continúa cuando los profesionales de la salud pasaron a ser servidores públicos y con ello a trabajar 8 horas diarias. Para finalizar aún se discute la inclusión de las malas prácticas médicas en el Código Penal.

El primer cambio se dio cuando en el año 2008 se decidió hacer una nueva Constitución. En el caso de la de 1998 entre los artículos 42 al 46 se trataba principalmente sobre el acceso gratuito y para toda la población al servicio de salud. (CONSTITUYENTE, 1998). Mientras que en la Constitución actual entre los artículos 358 y 366, si bien es cierto se mantienen los principios previos, también se da énfasis a nuevos aspectos como a la prevención, atención primaria, a la salud ancestral y alternativa, atención hacia los grupos de atención prioritaria e incluye a las adicciones como un problema de salud pública.(ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008). En lo referente a la seguridad social los aspectos más llamativos fueron: la inclusión de las trabajadoras domésticas e informales.

Un hecho diferente pero que también conmocionó al sector se dio entre octubre y noviembre del 2011, cuando aproximadamente 3000 personas entre ellas: médicos, enfermeras y empleados administrativos de entidades estatales salieron por disposición del Gobierno, bajo la modalidad de renuncias obligatorias. El Gobierno basó su decisión en supuestos actos de corrupción, cargos innecesarios y mala atención e ineficiencia El fundamento legal fue principalmente el Decreto Ejecutivo Nº 813, publicado en el Registro Oficial el 12 de julio de 2011, en el cual “las instituciones del Estado podrán establecer planes para compras de renuncias en virtud de procesos de estructuración, optimización o racionalización de las mismas". A esto se sumó que el Ministro Secretario de Transparencia de Gestión, Edwin Jarrín, dio a conocer que la institución a la cual él representa, realizó un seguimiento en los hospitales públicos país y determinó serias irregularidades frente a las cuales se actuó. Por su parte, el Ministerio de Relaciones Laborales también dio una justificación con base en el art. 47 de la Ley Orgánica de Servicio Público (Losep), el cual permite a los entes del Estado establecer planes de renuncias obligatorias con indemnización.(EL HOY, 2011).

Como resultado, en octubre se reportó que en el área de salud fueron cesados de sus cargos 110 médicos y 90 enfermeras. Personal que de acuerdo al ministro David Chiriboga afectaba en lo mínimo. Directores de los centros de salud pública que dieron por terminadas las relaciones laborales con los profesionales de la salud afirmaban que no había afectación para los pacientes ya que el personal fue reemplazado, los contratos utilizados fueron por

servicios ocasionales. Sin embargo, Mauricio Espinel, presidente del Foro de Salud Pública Ecuador y profesor de salud pública en la Universidad San Francisco de Quito, dijo que cada uno de esos 110 galenos brindaba consulta a unos 30 pacientes al día. *"Son más de 3.000 consultas, sin contar las cirugías; la pérdida es importante y más pierden los usuarios pobres que van a los hospitales públicos"*(EL UNIVERSO, 2011:1). Por otro lado, uno de los afectados, Camilo Morán, cirujano del Abel Gilbert Pontón, jefe de la sala 6 de cardiología y del programa de enfermedades catastróficas en esa área, hacía electrocardiogramas, los leía, daba consulta, manifestó:*"No soy corrupto, ni vago ni ineficiente"*. El asumió que lo despidieron porque se quejó de la supuesta falta de programas estatales de posgrados en una carta publicada en septiembre pasado en un diario de circulación nacional. (EL UNIVERSO, 2011).

En los últimos meses las reformas enfocadas a los profesionales de la salud han llamado la atención más aún. El paso de estos profesionales a ser servidores públicos y consecuentemente a trabajar de una jornada parcial a jornada completa en el sector público. El Gobierno justificó la reforma con su compromiso hacia la salud y la igualdad de trato a los servidores públicos. Además de la posibilidad de que la ciudadanía tenga acceso ininterrumpido y permanente a los servicios proporcionados por estos profesionales.(MRL, 2011). Mientras que para los médicos y odontólogos, esta reforma afectará a la eficacia y eficiencia de su trabajo. El hecho de trabajar con seres humanos directamente demanda más concentración. *"Un médico puede trabajar a un ritmo largo sin descanso máximo cuatro o cinco horas diarias, brindando mínimo por lo menos 20 ó 30 minutos por consulta"*.(GUARDERAS, 2012:1).

En la Resolución MRL-2011-000033 del 2 de febrero del 2011 se dio a conocer la situación salarial.

TABLA 4
REESTRUCTURACIÓN HORARIA Y DE SALARIOS

MEDICOS				ODONTOLOGOS				ENFERMERAS			
4 HORAS		8 HORAS		4 HORAS		8 HORAS		6 HORAS		8 HORAS	
SP 7	1590	**SP 12**	2506	**SP 7**	1590	**SP 11**	2506	**SP 7**	1590	**SP 9**	1930
SP 6	1340	**SP 11**	2345	**SP 6**	1340	**SP 10**	2345	**SP 6**	1340	**SP 7**	1590
SP 5	1150	**SP 9**	1930	**SP 5**	1150	**SP 8**	1930	**SP 5**	1150	**SP 6**	1340
SP 4	1030	**SP 7**	1590	**SP 4**	1030	**SP 7**	1590	**SP 4**	1030	**SP 5**	1150
-	-	**-**	-	**SP 3**	936	**SP 6**	1340	**SP 3**	936	**SP 4**	1030
-	-	-	-	-	-	-	-	**SP 2**	855	**SP 3**	935

SP=Servidor Público
Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales
Elaborado por: Andrea Calles Monar

La tabla nos muestra las variaciones salariales de las horas trabajadas anteriormente y en la actualidad. Sin embargo, no hay aumento salarial como lo ha manifestado el Estado, sino más bien una disminución. En el caso de un médico que trabajaba cuatro horas y era servidor público 7, el valor por hora era $19,88; ahora trabaja 8 horas, es servidor público 12 y el valor por hora trabajada que recibe es $15,66. Situación idéntica experimentan los odontólogos. Mientras que las enfermeras aunque el cambio horario es menor que en los dos casos anteriores, el valor por hora trabajada también disminuye.

Aspecto que de acuerdo a una publicación del Colegio de Médicos de Pichincha contradice al artículo 328 de la Carta Magna*"…El pago de remuneraciones se dará en los plazos convenidos y no podrá ser disminuido ni descontado"*(ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008)…El problema en este caso es que el artículo en cuestión no termina ahí, sino que a continuación dice: *".salvo con autorización expresa de la persona trabajadora y de acuerdo con la ley…"*(ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008). Al momento en que se realizó este cambio, primero fue apoyado por una resolución del Ministerio de Salud Pública y después los contratos y nombramientos de los profesionales en cuestión fueron modificados y firmados por ellos mismos nuevamente y bajo las nuevas condiciones. El Colegio llamó a sus miembros y resto de profesionales de la salud afectados a no permitir estas reformas basándose en:

> *El Art.11 de la Constitución Política establece en el numeral 6, que todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía; y, d) en el numeral 8, segundo inciso, señala que "Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule*

> *injustificadamente el ejercicio de los derechos".*(ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008:165).

Con referencia al tema, el Presidente de la Federación Ecuatoriana de médicos manifestó:

> *Hay una precarización del trabajo cada vez mayor en la cual se les niega derechos como: el derecho a una jornada especial reducida y el derecho a condiciones de trabajo adecuadas. En la actualidad, los médicos se ven obligados a atender a más de 24 pacientes al día y a trabajar turnos especiales "de llamada" los fines de semana o turnos de la noche sin los pagos correspondientes a horas complementarias o suplementarias. Conforme a tratados internacionales, las personas que ejerzan una profesión dónde se requiera mucha responsabilidad y concentración deben trabajar dos horas seguidas con media hora de descanso cada dos horas. Por otro lado, los trabajadores de contratos colectivos del sector salud trabajan 120 horas al mes y en general los médicos profesionales trabajan 160, que pone a este grupo en condiciones de desigualdad, un aspecto inconstitucional que se litigará a nivel internacional.*(NARVAEZ, 2012:1).

Finalmente la última reforma es la que aún se encuentran debatiendo,el Proyecto del Código Integral Penal en el cual se trata de la tipificación del homicidio culposo por mala práctica profesional. El Art. 135 que se aplica a todas las profesiones dice que si una persona ocasiona la muerte de otra por el mal desempeño de su profesión, será privada de la libertad de tres a cinco años, quedando además inhabilitado de ejercer su profesión entre seis meses y un año. Pero en el caso de los profesionales de la salud se establece que la inhabilidad será de uno a tres años. Para el Dr. Alberto Narváez representante del gremio, dice que la medida atentaría contra el derecho a la reinserción laboral de los galenos.Recalcó la importancia de que los jueces, peritos y fiscales que lleven las causas sean especializados en delitos de la práctica médica.(EL HOY, 2012). Los médicos no quieren que se criminalice el acto médico ya que para que exista homicidio se necesita conciencia y voluntad. Medicina no es una ciencia exacta razón por la cual es necesario que exista un peritaje especializado en temas médicos y aunque estos profesionales son conscientes que es necesaria una reforma, no están de acuerdo con la inclusión en el Código Penal.(VITERI, 2012).

Es importante ver la situación del otro lado también. Años atrás la población exigía sanciones. Según estadísticas de la Fiscalía, en 2007 se denunciaron en el país 89 casos de homicidio no preterintencional, delitos contra la salud pública por imprudencia, negligencia o impericia, y la prescripción o suministro de medicinas que comprometen la salud o causan la muerte. En 2008, se denunciaron 147 casos; en 2009, 112; en 2010, 166, y de enero a marzo de 2011, hubo 92 denuncias. Además la sanción en el caso de homicidio preterintencionalera una multa de $8 a $77 y prisión de seis meses a

cinco años.(EL HOY, 2011). Los ecuatorianos demandaban cambios y sancionas más rigurosas ya que no podía quedar impune el homicidio o los daños permanentes causados por otra persona.

Los hechos anteriormente descritos denotan una serie de reformas del actual Gobierno ecuatoriano, dentro de ellasse resalta el cambio en las sanciones en casos de faltas en la práctica profesional dentro del campo de salud, sanciones que no eran penalizadas antes. Es evidente la necesidad de esta regulación debido a que los pacientes se encontraban en una situación vulnerable frente a la práctica indiscriminada en el sector salud.Sin embargo, otros ajustes como el recorte de personal y la extensión de la jornada laboraldeben ser revaluados en su forma de aplicación. La medida de recorte de personal, pese a la innegable necesidad de depurar el personal deficiente, hay factores que deben priorizarse como la alta demanda de los pacientes y la evaluación de la insuficiente cantidad de personal para satisfacerla. En lo referente a la segunda medida, es absolutamente necesario identificar que ésta afecta de manera directamente proporcional a los profesionales de la salud y a los sujetos que son los beneficiarios del servicio. La situación se agudiza porque la calidad del servicio ofrecido disminuye debido al agotamiento físico de los médicos, odontólogos y enfermeras.

A través de este capítulo se han analizado las posibles causas generadoras de la movilización de los profesionales de la salud ecuatorianos hacia Chile en el afán de búsqueda de una mejor condición de vida. Chile se muestra abierto con especial deferencia a estos profesionales.Se resaltan entre otros como posibles causas la situación política y económica de ambos países, que evidencian el desarrollo de Chile facultándolo a brindar oportunidades laborales con mejores condiciones que las nacionales. Sin dejar de lado el prestigio y reconocimiento profesional que tendrían este personal si un día decidiera retornar.

Es necesario enfatizar en un factor que fue considerado crucial y que a lo largo de la investigación demostró ser menos relevante como causa efectiva de la migración: El desempleo y subempleo. Ambos se mostraban como los aspectos más determinantes para que los ecuatorianos decidieran buscar otro lugar para desarrollarse profesionalmente. No obstante, después de su identificación dentro del contexto temático, y el análisis estadístico de cifras

reales, es posible asegurar que son importantes, mas no son la causa efectiva para la migración de los profesionales de la salud.

El siguiente capítulo abordará factores dentro del Ecuador y Chile relacionados a las oportunidades académicas que ejercen un rol expulsor o atrayente en el proceso migratorio de los profesionales de la salud.

CAPITULO II
OPORTUNIDADES ACADÉMICAS PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ECUATORIANOS

Después deconocer que entre los factores principales que incentivan la migración de los profesionales de la salud está el deseo de superarse a nivel académico se llevará a cabo una comparación entre las oportunidades de la educación de cuarto nivel de Chile y Ecuador. En el presente capítulo se abarcará la oferta, costos y ciertos procesos de las universidades de ambos países, así como las reformas especialmente en Ecuador que han influenciado en la situación actual de la educación de cuarto nivel en salud. Sin dejar de lado obstáculos y facilidades también proporcionadas por los dos países.

2.1. Educación de cuarto nivel en Chile para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería

2.1.1. Oferta universitaria para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería en Chile

La oferta chilena está dada por universidades públicas, privadas y mixtas de acuerdo a las necesidades del país. El Consejo Nacional de Educación reconoce a 16 de estas universidades las mismas que ofertan Medicina, Odontología y/o Enfermería en sus carreras de pregrado y también programas de postgrados.

La gama de postgrados en Chile varía entre diplomados, magísteres, doctorados, especialidades y subespecialidades.

En lo que respecta a los programas de diplomados, las universidades los ofrecen con diferentes temas. 7 diplomados se enfocan en los licenciados en Enfermería, 11 para médicos, 27 para odontólogos. Una de las características estos programas es que los temas son amplios y permiten que más de un tipo de profesional de la salud tenga la oportunidad de acceder a ellos, por esta razón, tanto médicos como enfermeras y odontólogos pueden elegir entre 22 diplomados, mientras que médicos y enfermeras lo pueden hacer entre 3.[4]

[4] La información bibliográfica del presente párrafo fue obtenida de las páginas web oficiales de todas las universidades chilenas que ofertan las carreras en estudio y programas de postgrados para los profesionales de la salud (médicos, odontólogos y licenciados en enfermería) en razón del número de universidades es difícil cumplir con la norma APA.

A nivel nacional se ofertan 10 diferentes magísteres para los licenciados en enfermería, 30 para los médicos y 13 para odontólogos. Al igual que en el caso de los diplomados, existen programas a los que puede acceder más de un tipo de profesional de la salud. Las diferentes universidades ofertan 2 magísters para médicos y odontólogos, 2 para médicos y enfermeros, y 19 para médicos, enfermeros y odontólogos[5].

El caso de los doctorados es diferente al resto de estudios de postgrado porque la oferta es baja. A nivel de las 16 universidades se ofrecen 1 programa de doctorado para los licenciados en enfermería, 2 para médicos, 1 para médicos, enfermeros u odontólogos, 1 para médicos o enfermeras y 1 para médicos y odontólogos[6].

En Chile hay una amplia gama de especialidades. Se ofertan 27 especialidades diferentes para los licenciados en enfermería. En lo que respecta a los médicos, las universidades cuentan con 100 programas de especialidades y subespecialidades. Mientras que en el caso de los Odontólogos son 34 especialidades y subespecialidades[7].

En cifras generales en Chile se han ofertado 794 programas de especialidades para médicos y odontólogos acreditados entre los años 2006 y 2011 según lo publicó el Consejo Nacional de Educación(CNED, 2012).

Conforme a los números de programas Chile parece ser un escenario tentador para quienes quieren continuar su crecimiento a nivel profesional en el sector Salud, pero la realidad y las dificultades actuales tanto para chilenos como para ecuatorianos hacen que esta apreciación cambie.

2.1.2. Condiciones de la educación de cuarto nivel para los ecuatorianos en Chile

Son varias las consideraciones de los ecuatorianos al elegir una universidad chilena para realizar sus estudios de cuarto nivel. Al tomar en cuenta que el ámbito económico ha sido decisivo en la emigración de los profesionales ecuatorianos, es importante analizar los costos de los programas

[5]Ibid 4.
[6]bid 4.
[7]bid 4.

de postgrado en Chile. Además otros requisitos que limitan el acceso como el nuevo examen requerido para los médicos.

Los costos de los doctorados en las universidades chilenas son de aproximadamente 6.500 USD. En lo referente a los Magíster, el costo promedio de estas tres ramas es 8.628 USD, cabe aclarar que los destinados a licenciados en enfermería son los menos costosos. Los diplomados en Chile tienen un costo promedio 3.909 USD. Finalmente las especializaciones, las que tienen los valores más elevados, registran un costo promedio para las tres ramas de 18.083 USD. Los costos de las especialidades para enfermeras es el menor de todos, seguido por las de médicos y finalmente para los odontólogos. Los precios también se diferencian de acuerdo a la universidad si esta es pública, privada o mixta[8].

En Chile los costos de la educación superior es alta y las personas no cuentan con los recursos suficientes para costearla, por esta razón se asume que la educación a este nivel es un privilegio para pocos. La consecuencia es que la oferta es más alta que la demanda, misma situación existente en la educación de cuarto nivel (MARGOTTA, 2008). Esta oferta hace que existan más cupos disponibles para que los extranjeros puedan acceder.

Otra condición se da en relación con los cupos. La información proporcionada por algunas de las universidades chilenas en cuanto a cupos, no hace distinción entre cuantos son para nacionales y cuantos para extranjeros. Sin embargo, la experiencia personal de quien ha vivido esto, muestra que sí hay distinción y que se prioriza al estudiante nacional. El Dr. Edison Moya, cirujano toráxico especializado en Chile dijo:

> *Para la especialidad que yo escogí, Cirugía General, había dos cupos, uno para un chileno y uno para un extranjero. Sin embargo, en el año en que yo postulé, el cupo que ya estaba designado para mí, fue otorgado a otro chileno y yo esperé un año más"*. El mismo médico manifestó que "*Era complicado aplicar a las becas porque él siempre planeó regresar al Ecuador y uno de los requisitos de ellas eran nacionalizarse como chilenos. (MOYA, 2012:1).*

Por otro lado está el EUNACOM que es un examen teórico-práctico de medicina general obligatorio para que médicos chilenos y extranjeros puedan desempeñarse en el sector público y posteriormente acceder al estudio de un

[8]Ibid 4.

postgrado en Chile. El examen está regulado por la Ley No. 20.261 y entró en vigencia desde el año 2009. Es la continuación directa del Examen Médico Nacional (EMN), examen teórico que se aplicó de 2003 a 2008. El EUNACOM requiere obtener un puntaje mínimo (definido por el Ministerio de Salud). El examen está compuesto por dos partes: la teórica y la práctica. La sección teórica se rinde en el mes de diciembre de cada año y se trata de un examen de selección múltiple en el cual se evalúa el conjunto de conocimientos médicos que son impartidos en todas las escuelas de medicina de Chile previamente definidos por docentes universitarios, está compuesto por 180 preguntas tomadas de 7 áreas temáticas que son: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cirugía, Psiquiatría, Especialidades y Salud Pública. Por otro lado, la sección práctica consiste en una evaluación clínica en un entorno de atención médica real o simulado, distribuida en 4 etapas en las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia-ginecología y Pediatría.(ASOFAMECH, 2009).

El inconveniente que se encuentra en este examen es el bajo porcentaje de personas con títulos extranjeros (fuera de Chile) que aprueban. En el año 2009 se presentaron 394 extranjeros y su puntaje promedio fue 52.24, mientras que el puntaje de los 1.091 chilenos que se presentaron fue 76,31. (EUNACOM, 2009). En el año 2010 se presentaron 363 personas con títulos otorgados en el extranjero, su puntaje fue de 35,52 y reprobaron 321. En ese mismo año se presentaron 1242 chilenos y 78 de ellos reprobaron, el puntaje promedio de ellos fue 70,94. (EUNACOM, 2010). En el año 2011, el 78,8% (376) del grupo en estudio reprobó, el puntaje promedio obtenido por estas personas fue de 39,39. En el caso de los aspirantes chilenos, se presentaron 1.283 estudiantes y solo 38 reprobaron. El puntaje promedio en este caso fue de 74,05 (EUNACOM, 2011).

Los programas de magíster, diplomados y especialidades en las ramas de Medicina, Odontología y Enfermería son muy costosos como lo demuestran las cifras, razón por la cual se vuelven inaccesibles para los ecuatorianos e incluso para los chilenos como lo han demostrado estos últimos en las manifestaciones en contra de los altos costos de la educación superior. Esta puede ser la explicación del porqué solo el 10% de los profesionales de la salud ecuatorianos que residen en Chile realzan estudios de cuarto nivel en este país. De otro lado, antes del año 2009 los médicos no necesitaban como

requisito obligatorio presentarse a ningún examen. No obstante en la actualidad sí lo es y conforme a los resultados, la mayoría de los médicos que no obtuvieron el título en Chile, no aprueban el examen. Cabe destacar que no sucede lo mismo con odontólogos y enfermeras quienes no tienen que rendir ningún examen.

2.1.3. Homologación de títulos chilenos en el Ecuador

Antes del año 2011 la homologación de títulos era vista como una barrera que dificultaba el retorno de los profesionales que habían estudiado en el exterior, aspecto que les afectaba en su reinserción laboral e impedía ejercer sus profesiones o valerse de sus títulos de cuarto nivel para llegar a un mejor status a nivel profesional. Sin embargo, gracias a la existencia del Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y títulos profesionales entre Ecuador y Chile esta barrera ha sido superada por los profesionales de la salud en estudio.

Gracias al Convenio suscrito el 17 de diciembre de 1917 y vigente hasta la actualidad, sobre el cual ya se trató de manera breve en el capítulo I. El CONESUP en su Vademécum Académico Legal, en la sección de *"Reglamento para el registro de títulos de educación superior amparados por los convenios y acuerdos internacionales suscritos por Ecuador" (CONESUP, 2003)* regula la manera de homologar, revalidar o equiparar los títulos provenientes de Chile y de otras naciones con las cuales se han firmado convenios de esta índole. En la resolución RCP.S13.No.321.03 del 19 de junio del 2003 en el artículo 3, manifiesta que se deben considerar ciertos artículos de cada convenio. (ENRIQUEZ, 2009). En el caso de Chile dice lo siguiente:

> *d. Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales entre el Ecuador y Chile." el Art. 3 establece que los abogados, médicos, cirujanos, farmacéuticos, químicos, ingenieros, y agrimensores, arquitectos y pedagogos poseedores de títulos adquiridos en forma legal serán admitidos al libre ejercicio de su profesión sin otro requisito que el de comprobar su nacionalidad, la autenticidad del título; su legalidad y la identidad de la persona; (ENRIQUEZ, 2009:193).*

En el año 2008 (año del cual existe registro) en lo que respecta a Chile se reconocieron 201 títulos mediante el Convenio, mientras que 336 requirieron la homologación por medio de universidades locales. El total fue 565 de 4.090 títulos reconocidos por el CONESUP. (SENAMI, 2008)

A partir del año 2010 y basado en la nueva Ley de Educación Superior los procesos han cambiado pero aún sigue siendo indispensable la homologación, revalidación o equiparación de títulos para constar en el Registro del Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ecuador (SNIESE). Los procesos en la actualidad son gratuitos y más fáciles. A diferencia de la época en que el CONESUP estaba vigente, ahora existen cuatro maneras para homologar, revalidar y equiparar los títulos extranjeros. De la cual se benefician los profesionales en estudio es la segunda, que hace referencia a los títulos provenientes de universidades de países con los cuales Ecuador tiene convenios. (SENESCYT, 2012). Sin embargo, no todos los ecuatorianos que vuelvan de Chile tienen la garantía de que sus títulos de pregrado o postgrado serán homologados debido a que las instituciones de educación superior deben constar en la lista de instituciones acordada bilateralmente para la implementación del convenio. Es decir que si no está en lista, el proceso se vuelve más difícil. (SENESCYT, 2012)

El registro automático es otro medio que facilita la validación de los títulos provenientes del extranjero. Su base legal se encuentra en el artículo 126 de la Ley Orgánica de Educación Superior:

> *La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación efectivizará el reconocimiento e inscripción automática de títulos obtenidos en el extranjero cuando dichos títulos se hayan otorgado por instituciones de educación de alto prestigio y calidad internacional; y siempre y cuando consten en un listado que para el efecto elaborare anualmente la Secretaría. En estos casos, no se requerirá trámite alguno para que el título sea reconocido y válido en el Ecuador*.(PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2010:21)

Es decir que si las universidades chilenas que otorgan título de cuarto nivel a los profesionales de la salud ecuatorianos que piensen retornar, llegan a ser parte de la lista de la SENESCYT, el proceso se volverá aún menos complicado y rápido.

Cuando la situación se presenta a la inversa y un ecuatoriano quiere homologar su título en Chile, el trámite se lo realiza directamente en el Ministerio de Relaciones Exteriores y el tiempo promedio del trámite es 10 días. (MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE CHILE, 2012)

Por medio de esta información se puede comprobar que los profesionales de la salud ecuatorianos que emigraron hacia Chile tienen

facilidades de homologación y revalidación de los títulos en ambos países. Además, no es una traba que un profesional con título de cuarto nivel chileno regrese al Ecuador.

2.2. Educación de cuarto nivel en Ecuador para médicos, odontólogos y licenciados en enfermería

2.2.1. Situación de los postgrados en especialidades médicas en el Ecuador

En los años de estudio, es decir desde el año 2006 hasta el año 2012, se ha detectado que los programas de especialidades para los médicos se han desarrollado con irregularidaddebido a la escasa oferta por parte de los entes encargados. Mientras que las especialidades para odontólogos y licenciados en enfermería han sido casi inexistentes.

Por decisión del CONESUP en el año 2000 se dieron por terminadas las especialidades de hecho. Esta medida dejó un vacío ya que antes del 15 de mayo de ese año no existían especialistas graduados en Ecuador sino todos eras médicos del tipo mencionado o especialistas graduados en el exterior(GILCES, 2012). Es por esta razón que el 80% de los docentes en esta área tiene títulos de hecho.(CHIRIBOGA, 2011).

Posteriormente, las universidades asumieron la responsabilidad de ofertar postgrados basados en programas académicos, pero no existían vínculos con el MSP, ente que se suponía debía coordinarlos. (CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2011). Después, en el año 2005 el Presidente del CONESUP mediante la Resolución N.23, expidió el instructivo de aplicación de la Resolución RCP.S.17.N.386.04, en la que se señalaba que:

> *Las universidades podrían homologar en forma individual los estudios de postgrados en especialidades médicas realizadas por médicos con título de especialistas de hecho o derecho refrendados e inscritos en un Colegio de Médicos Provincial, en la Federación Médica Nacional y en el Ministerio de Salud Pública, de los profesionales con títulos de medicina que no homologaron sus títulos cuando estaba en vigencia la Ley de Federación Médica hasta el año2000.(CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2012:2).*

En el año 2007, el MSP se volvió el ente encargado de crear especialidades en este sector por ende se generaron pugnas por la insatisfacción en los procedimientos para la aceptación de los médicos en las diferentes especialidades, procesos en los cuales resaltaban ciertas acusaciones de falta de transparencia. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2011). En el año 2008, la Ministra Caroline Chang suspendió

los posgrados en el área de salud y más tarde mediante el decreto ejecutivo 1380 (R.O. 452 de 23 de octubre 2008) se eliminó definitivamente a los representantes de las universidades de los tribunales de calificación de méritos y oposición para la designación de los cargos de médicos estudiantes de postgrados y se trasfirió esta potestad al MSP, quien presidía los tribunales. (TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008). Este decreto dio, además, al MSP el poder de decidir qué especialidades se requieren a nivel nacional. Estas medidas que disminuyeron la intervención de las universidades provocaron protestas y denuncias que desembocaron en el decreto ejecutivo 1785 (R.O. 622 de 29 de junio de 2009). (TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2009). El cual derogó al anterior pero mantuvo aún al MSP como el encargado de implementar un nuevo reglamento para la convocatoria de los concursos de postgrados, por ende en el Registro Oficial 646 del 31 de julio de 2009 se emitió el acuerdo ministerial 0453 (TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2009) en el cual los tribunales de méritos, oposición y apelación llegaron a contar con un representante de las universidades designado por el MSP pero las irregularidades se mantenía por el favorecimiento a ciertos postulantes.(GILCES, 2012). Además, como consecuencia se llevó a cabo una reunión por las universidades que forman profesionales de salud en la Universidad de Guayaquil el 30 de septiembre del 2011 y ahí se denunció la violación de la autonomía Universitaria debido a su poca participación en un proceso netamente académico.(MINISTERIO DE SALUD PÚBLILCA DEL ECUADOR, 2011).

La necesidad de especialistas llevó a otro problema. Por medio del acuerdo ministerial 00000370 “A” se trató de titular como especialistas a los residentes asistenciales[9] que se desempeñaban en hospitales de especialidad o especializados de la Red de Salud Pública entre los años 2000 y 2010. Se requería que hayan permanecido en un único servicio de especialidad y por un lapso no menor de dos años. De la misma manera, titular a los profesionales médicos[10] en libre ejercicio que hayan sido residentes por más de cinco años consecutivos en un único servicio de especialidad en un hospital de especialidad o especializado. El MSP pidió a la SENESCYT que elaborara un

[9] Deben cumplir 40 horas semanales según la LOSEP y no tienen ninguna obligación académica.
[10] Deben cumplir 86 horas semanales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, ejecutar la docencia con los demás residentes de posgrados y estudiantes de pregrado, someterse a evaluaciones por parte de los tutores de las escuelas de graduados, elaborar una tesis, y no están afiliados al IESS.

programa destinado a evaluarlos y titularlos. Al respecto del cual las universidades nuevamente se dejaron constancia de su insatisfacción basándose en el art.122 de la LOES:

> *Otorgamiento de Títulos.- Las instituciones del Sistema de Educación Superior conferirán los títulos y grados que les corresponden según lo establecido en los artículos precedentes. Los títulos o grados académicos serán emitidos en el idioma oficial del país. Deberán establecer la modalidad de los estudios realizados. No se reconocerá los títulos de doctor como terminales de pregrado o habilitantes profesionales, o grados académicos de maestría o doctorado en el nivel de grado. (Presidencia de la República del Ecuador, 2010:21).*

Lo anterior demuestra que las instituciones del Sistema de Educación Superior son las únicas que pueden titular.

Posteriormente el CES creó una Comisión de Salud para tratar estos temas, la misma que incluye a un representante del MSP, uno de la SENESCYT y uno del CEAASES.(GILCES, 2012).

En febrero del 2012 el CES por medio de la Resolución N.RPC-SE-02-N-006-2012 pidió la derogación del acuerdo ministerial 00000370 (RPC-SE-02-N-006-2012, 2012). (CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2012). Y como respuesta a la petición, el MSP, lo derogó y pidió al CES que:

> *Emita una normativa transitoria que permita crear por una sola vez programas de postgrado en universidades o escuelas politécnicas preferentemente de categorías A o B para los médicos residentes asistenciales que hubieren permanecido dos o más años interrumpidos, en un solo servicio especializado y en un hospital de segundo o tercer nivel de atención. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012:2.)*

Además el CES pidió derogar el acuerdo ministerial 0453 a lo cual el MSP dio respuesta en el artículo 2 del acuerdo ministerial 622. En este pidió al CES emitir una normativa relacionada a la realización de Concurso de Méritos y Oposición para el acceso a los programas de especialidades y subespecialidades médicas. (CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2012).

Por otro lado, las especialidades para odontólogos se han venido realizando con regularidad entre los años de estudio. Sin embargo, no son especialidades que se abran cada año, sino que se abre un programa de la misma especialidad una vez que haya culminado el anterior. El tiempo de los programas depende de la especialidad y van desde 2 hasta 4 años. El número máximo de graduados por una especialidad es de 10, pero hay casos en los que se gradúan 2. En el caso de una especialidad que es Cirugía maxilofacial

tiene un lapso de 4 años y se gradúa en promedio dos personas. La creación de nuevos programas se ha visto truncada por los procesos administrativos de las entidades rectoras, consecuentemente desde julio 2012 no se han abierto más programas(ARTEAGA, 2012).

Las diferencias entre entes se han mantenido a través de los años y reformas y han ocasionado que no se abran especialidades regularmente para los médicos, hasta la actualidad cuando parece que ya se ha llegado a un acuerdo interinstitucional.

2.2.2. La oferta de las universidades ecuatorianas

Según el Informe del CONEA (2009) las universidades y escuelas politécnicas en el año 2008 ofertaban un total de 3.309 carreras, de las cuales 277 eran carreras técnicas y tecnológicas, 2.099 carreras de tercer nivel y 933 carreras de cuarto nivel. (MACÍAS, 2011). Mientras que de acuerdo a lo que el CONESUP presentó en el año 2008, de programas de postgrado -Diplomado Superior, Especialidades y Maestrías- 1.514 de ellos se encontraban en universidades públicas, 391 en particulares cofinanciadas y 329 en particulares autofinanciadas. (MACÍAS & PATIÑO, 2011).

En el Ecuador la oferta insatisfecha se marca por la demanda de los graduados de estas tres carreras a nivel nacional. Entre los años de estudio la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación el número de graduados de Medicina a nivel nacional es 13.839, de Enfermería 7.723 y de Odontología 4.071. En este mismo período se registraron 22.440 títulos de médicos, 9.739 de licenciados en enfermería y 6.575 odontólogos. Mientras que en cuanto a especialistas la SENESCYT reconoció 9.522 especialistas médicos, 487 especialistas enfermeros y 209 especialistas odontólogos. (SENESCYT, 2012).

La oferta está dada por las 28 universidades reconocidas por la SENESCYT: La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, la U. del Azuay, la U. de Especialidades Espíritu Santo ofertan solo Medicina y no cuenta con educación de cuarto nivel en esta área. Mientras que la U. Técnica de Loja ofrece Medicina en pregrado, pero además una maestría para los profesionales de la salud en general. Por otro lado, la U. San Gregorio de Portoviejo ofrece

Odontología y no cuenta con postgrados. En lo referente a solo Enfermería, la U. Estatal de Bolívar, la U. Estatal del sur de Manabí la U. Estatal Península de Santa Elena, la U. Técnica de Babahoyo, la Universidad Técnica de Machala y U. Técnica del Norte cuentan con Enfermería, pero no poseen postgrados. A diferencia de la U. Estatal de Milagro que cuenta en pregrado con Enfermería y adicionalmente un diplomado para cualquier profesional de la salud. Por otra parte, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador cuenta con Medicina y Enfermería en pregrado y ofrece 4 postgrados para médicos. La U. Nacional Chimborazo, la U. Técnica de Manabí y la U. Técnica de Ambato ofrece las mismas carreras en pregrado y en cambio no han desarrollado programas de especializaciones. La U. Internacional ofrece Medicina y Odontología, y cuenta con 6 especialidades exclusivas para médicos, similar a la situación de la U. San Francisco de Quito que con las mismas carreras de pregrado ofrece 6 especialidades para médicos y 2 para odontólogos; y 2 maestrías a las que pueden acceder los profesionales de la salud en general. Mientras que la U. Tecnológica Equinoccial además ofrece 2 especialidades para enfermeros[11].

En el último grupo están las universidades que ofrecen en pregrado las tres carreras en estudio. De ellas, la U. Católica de Cuenca, la U. de Guayaquil y la U. Laica Eloy Alfaro no cuenta con postgrados. Por el contrario, la U. Católica Santiago de Guayaquil tiene 4 especializaciones para médicos, la universidad de Central 1 diplomados, 2 maestrías y 8 especialidades para médicos; 4 diplomados y 6 especialidades para odontólogos, la U. de Cuenca cuenta con 6 especialidades y 1 maestría para médicos y 1 especialización para odontólogos. La U. de las Américas ofrece 1 postgrado para cualquiera de las 3 carreras. La U. Nacional de Loja ofrece 8 especialidades para médicos y 2 maestrías a las cuales pueden acceder también enfermeros y odontólogos. Y, la U. Regional Autónoma de los Andes que ofrece 3 maestrías para cualquiera de estos profesionales y dos solo para enfermeras[12].

Luego de que finalmente el MSP, el CES, la SENESCYT y las universidades analizaron la grave situación de falta de postgrados, la Universidad Central convocó225 estudiantes para el 2013 en la cual el número

[11]La información bibliográfica del presente párrafo fue obtenida de las páginas web oficiales de todas las universidades ecuatorianas que ofertan las carreras en estudio y programas de postgrados para los profesionales de la salud (médicos, odontólogos y licenciados en enfermería). Las universidades de las cuales se recopiló información fueron ubicadas en las categorías A y B de acuerdo a la calificación del Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (Conea). En razón del número de universidades es difícil cumplir con la norma APA.
[12] Id.

de especialidades para médicos aumentó a 14. De los cupos las especialidades que más requieren estudiantes son: Cirugía General 33, Medicina Interna 29, Ortopedia y Traumatología 27, Pediatría 24 y Anestesiología 22; mientras que las especialidades que ofrecen menos cupos son: Urología 4, Angiología y Cirugía Vascular 4, y Oftalmología 5. En esta convocatoria publicada el 2 de diciembre 2012 también se incluyeron 3 postgrados para Enfermería con 60 cupos en total, y una maestría para salud Pública. (UCE, 2012). Luego de 5 años, la Universidad de Guayaquil abrió 76 cupos para 7 especialidades, mientras que después de 2 años la Universidad de Cuenca oferta 67 cupos para 4 especialidades.(EL UNIVERSO, 2012) Todas estas convocatorias son para programas que iniciarán en el 2013 con becas del MSP.

En cuanto a las especialidades para Odontólogos, la institución que oferta más es la Universidad Central como se observó con las cifras previas. Esta universidad ha sido la promotora en las especialidades para odontólogos en el país y estudiantes graduados de ella han iniciado varios de los programas que existen en el resto de universidades. No obstante, debido a la falta de coordinación entre instituciones rectoras, se ha visto afectada y luego de que en julio 2012 se terminaron los últimos programas de postgrados, los nuevos programas que han sido presentados al CES no han sido aprobados aún, es decir que por el momento no pueden su labor está parada. (ARTEAGA, 2012).

Las diferencias entre instituciones han provocado la escasa oferta de especialidades y también han centralizado la formación en cuarto nivel de los profesionales en estudio en Quito limitando los posgrados en Guayaquil, Cuenca y Loja. A este problema se suman las trabas que encuentran los postgradistas en el MSP para obtener becas y las condiciones precarias una vez que las obtienen en los diferentes hospitales docentes del país (EL COMERCIO, 2012).

Al tener esta información se puede aseverar que la oferta en Ecuador es mucho menor que la existente en Chile porque además de que de las 28 universidades que trabajan en este sector, solo 5 ofrecen programas de especialidades. En el caso de los médicos solo se abren 11 tipos de especialidades, para los odontólogos 7 y para enfermeras 5.

2.2.3. Accesibilidad y costos para los postgrados en Ecuador

El acceso a los postgrados en el Ecuador ha sido complicado para los graduados de las diferentes universidades debido principalmente a la falta de cupos. Los costos por su parte no han sido un obstáculo porque en Ecuador la mayoría de postgrados de manejan con becas y los costos son bajos.

La Universidad Central del Ecuador es la universidad que a nivel nacional ofrece más postgrados y con más frecuencia para los profesionales de la salud. En ella, los postgrados han podido ser autofinanciados o pagados por becas, un aspecto relativo a la especialidad elegida. Un ejemplo de las especialidades en esta universidad y la más acorde al nuevo sistema atención primaria de salud promovido por el Gobierno actual es Medicina Familiar y Comunitaria. Para este caso, las becas provienen del MSP o del Municipio de Quito. De acuerdo al tipo de ella se designa un estipendio mensual. Los becados por el MSP reciben 1.300 USD mensuales, pero no reciben los beneficios de ley; mientras que los becados del Municipio reciben una remuneración menor y tienen los beneficios de ley. En esta especialidad ningún estudiante se autofinancia el programa. Con referencia a las becas del MSP, no se puede obviar la responsabilidad que conllevan ya que existe la obligación de compensar la beca con trabajo posterior a la culminación de la especialidad. La situación era diferente para los beneficiarios de las becas del Municipio, pero a partir del año 2011 ellos también asumieron el mismo compromiso. (CAMPAÑA, 2013).

A pesar de que por medio de las becas reciben remuneraciones mensuales, los estudiantes del postgrado mencionado tienen la obligación de cancelar un valor anual que es de 3.000 USD por 3 años. En el caso de que un estudiante becado por el MSP decida no terminar el programa, tendrá la obligación de cancelar $52.000 que es el costo del mismo, un elemento explícito en el contrato que ellos firman en el MSP. (CAMPAÑA, 2013). Los rubros difieren de acuerdo a la especialización.

Las universidades San Francisco y la Internacional se manejaban con modalidades similares en las cuales los estudiantes recibían un sueldo mensual ytambién debían pagar rubros de matrículas y otros propios de las universidades.En estas universidades los precios se elevaban en relación a la

universidad pública.(BENITEZ L. , 2012).Sin embargo, los postgrados de estas universidades estarán cerrados como consecuencias de las nuevas intervenciones institucionales en la creación de programas de postgrados, solo la Universidad Central del Ecuador y la Pontifica Universidad Católica del Ecuador ofertarán especialidades para inicios del año 2013.

En cambio en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador los estudiantes se autofinancian el pago de los programas de especialización y pagan valores que van desde 13.000 USD hasta 20.000 USD por especialidad. (PUCE, 2008-2009). En el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria tomado como ejemplo el costo es de 3.500 USD, es decir solo 500 USD mayor que la cantidad a pagar por los estudiantes de postgrado de la Universidad Central que es pública. Además, los valores que reciben mensualmente los estudiantes de los postgrados para médicos en la Central son mayores que del resto de estudiantes de otras universidades. (CAMPAÑA, 2013)

En lo que respecta a las dificultades de acceso, uno de los requisitos que ponía obstáculos a los aspirantes para ingresar a alguna especialidad era la falta de experiencia ya que en la Universidad Central hasta el año 2010, era indispensable para todas las especialidades, a excepción de Medicina Familiar, tener experiencia de mínimo dos años.(CAMPAÑA, 2013). Lo que se convertía en un inconveniente para los estudiantes recién graduados ya que no contaban con esta exigencia y por ende sus posibilidades se limitaban a esperar dos años, aplicar en las universidades privadas o el extranjero.

Otro requisito era rendir un examen. En todas las universidades han tomado exámenes para el ingreso a los programas de especialidad para los médicos(GILCES, 2012), los mismos que a diferencia del EUNACOM en Chile no están ligados a la autorización de desempeñar funciones en un cargo del servicio público de salud, sino que buscan evaluar conocimientos para de esta manera seleccionar a los estudiantes que aspiran ingresar a un postgrado.

Los procesos de aceptación para realizar especialidades se complicaban aún más por la constante influencia de contactos personales lo que provocaba que se favorezca en la calificación de ciertos postulantes recomendados. (GILCES, 2012). Consecuentemente, no todos los aspirantes entraban al concurso con igualdad de condiciones. Este problema se daba

principalmente cuando los colegios de médicos intervenían en el proceso. Aunque posteriormente, cuando un tribunal calificaba a los aspirantes también se favorecía a alguno en la entrevista personal.(GILCES, 2012).

En el año 2011 1.200 personas postularon para 60 plazas de postgrados en el país. De acuerdo a la Federación Ecuatoriana de Médicos se ofertan 1100 cupos mientras que el país existen aproximadamente 20.000 médicos sin especializarse.(ECUAVISA I, 2012). En el año 2010 postularon 225 personas solo para el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria y entraron 23. La especialidad mencionada anteriormente es la que oferta más cupos, pero no se la abre anualmente. Mientras que del resto de especialidades abrían entre 1 y 4 plazas. (BENITEZ L. , 2012). Es decir que existe una sobre demanda frente a la baja oferta.

Por otro lado, en Odontología ingresa gente muy selecta de acuerdo a su preparación. En el caso de la Universidad que ofrece más postgrados es la U. Central del Ecuador los ingresos se hacen mediante una prueba y en ciertas ocasiones hay cursos de actualización para refrescar los conocimientos y prepararse para los exámenes de ingreso a postgrados. Estos cursos duran 2 meses para los cuales empiezan más o menos 140 odontólogos, se quedan 120 y culminan 110. (ARTEAGA, 2012).

A diferencia de lo que sucede para las especialidades médicas, en la misma Universidad Central que es pública, las especialidades odontológicas son autofinanciadas. Por ejemplo, la cirugía maxilofacial, el programa más costoso, tiene un valor de 18.000 USD.Sin embargo, los tiempos llegan a ser un problema que se refleja en la oferta porque hasta antes del año 2012, una vez que culminaba un programa se abría uno nuevo sobre la misma especialidad. Tomando en cuenta que las especialidades duran entre 2 y cuatro años y que el número de graduados por cada una de ellas varía entre 2-10 personas, la oferta es reducida.(ARTEAGA, 2012). Luego de la reforma en la cual el CES pasó a ser el ente encargado de aprobar los programas de especialidades presentados por las universidades, desde julio 2012, la Universidad Central no ha podido abrir ningún nuevo programa.

Los programas de postgrado incluyen también a los masterados, que en Ecuador han sido mayormente ofertados por la Universidad de Loja y son

referentes a Administración de Salud Pública. En el caso de estos, doctores, odontólogos y enfermeras pueden acceder.

La accesibilidad a los programas de postgrado ha sido afectada por la falta de cupos para los profesionales de la salud interesados en continuar su formación académica y la falta de continuidad en los programas; mientras que los costos no son limitantes, menos aún si se los compara con los costos en Chile.

2.3. Qué se hace para ofertar más programas de postgrado

2.3.1. Intervención del Ministerio de Salud Pública (MSP)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente protagonista en la creación de programas de postgrados busca proponer soluciones a la escasez de la oferta por parte de las universidades.

El gobierno ecuatoriano busca mejorar los sistemas preventivos en la atención primaria de salud, es por esta razón que desde el año 2011 se trabaja en la creación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Los médicos luego de tres años de residencia, se espera que llenen parte de los vacíos en esta área que ya han sido detectados por el MSP. Para este proceso, el MSP asumió las responsabilidades de mejorar las instalaciones de las entidades de salud en dónde se formarán a los profesionales, también de cubrir los gastos de los estudiantes de postgrados que requieran movilizarse a otras localidades. (MSP, 2011).

Bajo este mismo plan el MSP ha descubierto la necesidad de trabajar en coordinación con universidades ya que estas son los entes académicos que obligatoriamente deben intervenir en la formación de los especialistas. Es por eso que hasta la fecha ya se ha logrado llegar a acuerdos con cinco universidades que son: la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Universidad del Azuay, la Universidad Nacional de Loja, la Universidad Nacional de Cuenca y la Universidad Estatal de Guayaquil.(BEDOYA, Formación de cuarto nivel para los profesionales de la salud, 2012).

Este programa contará con cooperación de profesionales de la salud cubanos, quienes se desempeñarán como docentes gracias al Convenio

Interministerial de Cooperación Científica y de Asistencia Técnica entre los ministerios de Salud Pública de Ecuador y Cuba. El total de los profesionales que servirán de apoyo será de 152 en diferentes áreas como: rehabilitación, odontología y epidemiología. El sistema de formación se basará en el acompañamiento de un estudiante a cada uno de los cooperantes cubanos quienes se desempeñarán en un hospital o centro de salud. El programa entrará en vigencia en el año 2013 (EL TELEGRAFO, 2012) y se aspira percibir los resultados en el año 2017. El objetivo es formar a 2.856 médicos familiares y 1.750 médicos en otras especialidades. Quienes se beneficien del programa entrarán automáticamente a recibir becas razón por la cual recibirán un sueldo de 1.676 USD como servidor público 7. Por otro lado, el programa solo está enfocado hacia médicos, mientras que para el resto de profesionales de la salud no se crean aún programas para formar especialistas(BEDOYA, Formación de cuarto nivel para los profesionales de la salud, 2012).

Las relaciones con Cuba se han estrechado en el sector salud especialmente, por esta razón, en septiembre de este año el Ministerio de Salud Pública anunció que financiará a 148 médicos para que se especialicen en Cuba.(MSP, 2012)

2.3.2. Intervención del Consejo de Educación Superior (CES)

El Consejo de Educación Superior recibió por parte del MSP la responsabilidad de regular tanto a las universidades ecuatorianas que ofrecen postgrados como a los procesos de acceso para los mismos.

En lo referente a las universidades, las que pretendan impartir programas de especialidades médicas requieren estar catalogadas dentro de la categoría A o B en la evaluación y acreditación realizada por el CONEA, haber ofertado previamente la respectiva especialidad por al menos tres años y tener un programa vigente de postgrado en la respectiva especialidad. De acuerdo con la Resolución No. RPC-SO-023-No165-2012.(CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 2012), ahora se requiere que las universidades cuenten con las capacidades físico-operativas. Es decir, un escenario para prácticas y los recursos necesarios para que puedan desarrollar sus actividades académicas. Además se requieren convenios entre universidades y hospitales que cuenten con la casuística respectiva, y entre universidades. Los niveles de exigencia

para cada universidad que quiera ofertar postgrados obligatoriamente deben aumentar y directamente mejorar los niveles de enseñanza. (GILCES, 2012).

Por otro lado, como una medida resolutoria en lo referente a los cupos, el CES propuso al MSP la eliminación de los residentes asistenciales en los diferentes hospitales-docentes para de esta manera aumenten para los nuevos postulantes(GILCES, 2012).

Debido a las constantes quejas por irregularidades en los procesos de selección para los postulantes de especialidades y al Art 4 de la Ley Orgánica de Educación Superior el cual estipula el derecho de los ecuatorianos al*"ejercicio efectivo de la igualdad de oportunidades, en función de los méritos respectivos, a fin de acceder a una formación académica y profesional con producción de conocimiento pertinente y de excelencia"* (PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2010:5) es ahora el CES el responsable de emitir la normativa para los Concursos de Méritos y Oposición en los programas correspondientes a esta área tanto en universidades públicas y privadas.

En la nueva normativa se deja de lado las preferencias por haber estudiado en una universidad o realizado prácticas en entidad de salud y también las entrevistas que eran parte del puntaje decisivopara el acceso. Otro de los cambios fuertes es la conformación de tribunales que además ha sido polémico a lo largo del período de pugnas, este tendrá a 4 representantes: 1 el director de postgrado de la universidad (voto dirimente), un especialista elegido por los estudiantes que ya son estudiantes de postgrado, 1 delegado del MSP y 1 delegado de la entidad de salud receptora. Años atrás en la calificación de los postulantes no se tomaba en cuenta nada de lo hecho antes de graduarse y tampoco se podía cursar ninguna especialidad sino se había trabajado 5 años después de la práctica rural, todos estos parámetros fueron abolidos. En la actualidad y luego de que las instituciones llegaron a un acuerdo, la calificación tendrá cinco partes que toman en cuenta el quintil correspondiente a la nota del postulante con respecto notas del resto de estudiantes de la Universidad en la cual se obtenga el título, publicaciones en revistas indexadas, becas, investigación o docencia; prueba teórica y prueba de destrezas. Además en la calificación de puntos sobre 30, tendrán 2 puntos por medidas de acción afirmativa. (CONSEJO DE EDUCACION SUPERIOR, 2012).

Dentro de poco entrará en vigencia la rendición de un examen de habilitación profesional por el CEAASES, y este se sumará a las exigencias para seguir una especialidad.

La normativa para las subespecialidades está en proceso de aprobación. En esta institución no se está tratando ningún tipo normativa para la formación de cuarto nivel para odontólogos ni enfermeras.

La situación para las otras carreras: Odontología y Enfermería es diferente ya que en el CES no se está gestionando ningún proyecto relacionado a postgrados en estas dos áreas.

2.3.3. Becas para los profesionales de la salud ecuatorianos

La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación como institución encargada de promover la formación del talento humano ha otorgado 187 becas para médicos, odontólogos y enfermeras desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2012. En el año 2005 se dieron 2, en el año 2006 3, al igual que en el 2007, en el año 2008 7, en el año 2009 7, en el año 2010 12, en el 2011 76 y en el primer semestre del 2012 77. (SENESCYT, 2012).

Las becas FRANCIA 2008-1 fueron promovidas por la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología con el objetivo de laformación de profesionales. Este tipo de becas cubría los rubros de manutención, textos, seguros de salud y vida, costos de investigación, edición de tesis, cursos y seminarios, material de estudio, pasajes de ida y vuelta y relocalización por una sola vez, preparación de lingüística en Francia, matrícula y colegiatura siempre y cuando los estudios se realizaran en los mejores centros de estudios de este país. (ECUADOR INMEDIATO, 2008). En total hubo 63 postulantes. En el campo de la salud 5 profesionales se beneficiaron de este beneficio(SENESCYT, 2012).

El programa Academia 2010 estaba dirigido exclusivamente para profesores universitarios y financiaba estudios de cuarto nivel que tenían una duración de 48 meses y cubrían hasta 70.000 USD. En total fueron 31 personas elegidas de las cuales 2 eran profesionales de la salud.(SENESCYT,

2012). El cupo inicial era para 10 personas por universidad y en ese año había 150 universidades. No obstante, pocas universidades aprovecharon la cuota de vacantes para que sus docentes participaran en este programa. (BALDEÓN, 2010).

Además en estos años se entregaron 5 becas Institucionales-INH y MT"LIP", y 10 BID-FUNDACYT de las cuales se beneficiaron profesionales de la salud(SENESCYT, 2012).

Conforme a las cifras entregadas por la SENESCYT, las becas se incrementaron a partir de año 2011. El mayor cambio se dio cuando de 10 becas entregadas en el año 2010, pasaron a 76 en el año 2011(SENESCYT, 2012).

Las becas Excelencia 2012 permiten que los ecuatorianos realicen estudios en una de las 175 mejores universidades del mundo. La beca es completa y cubre todos los gastos necesarios para que el estudiante se concentre en sus estudios. (SENESCYT, 2012). A cambio el beneficiario se compromete a retornar al país una vez que su estudio haya terminado para trabajar el doble de tiempo que estuvo en el extranjero. Hasta el primer semestre del 2012 se han otorgado 5 becas a profesionales de la salud(SENESCYT, 2012).

A nivel nacional, el MSP es la institución encargada de otorgar estas becas. Sin embargo, para este estudio ha sido imposible acceder a la información histórica del otorgamiento de las mismas. Mientras que sí existe información disponible al público sobre las becas para tres programas.

El primer programa para el postgrado en Medicina Familiar que iniciarán en el año 2013 y ya se trató anteriormente. Los concursos se realizaran por medio de la intervención de la U. de Cuenca, U.Nacional de Loja, U. del Azuay, ESPOCH, U. Técnica de Ambato, U. Central, PUCE y la U. Católica Santiago de Guayaquil. Se abren 600 vacantes para becarios sin límite de edad, quienes se beneficiarán de un estipendio y no deberán autofinanciarse la colegiatura ni el pago de la matrícula ya que correrá por cuenta del MSP. En este caso al igual que en las becas de Excelencia, los beneficiarios tienen la obligación de laborar por medio de su trabajo en el MSP el doble de tiempo que dura el

postgrado, 6 años. (MSP, 2012). Es cierto que se abre una gran oportunidad para los médicos generales que no han podido acceder a un postgrado por largo tiempo, pero al mismo tiempo se pone una restricción ya que solo los funcionarios del MSP podrán acceder a este beneficio.

El segundo programa exige entre sus requerimientos que el postulante sea médico general, pero también pueden acceder los médicos residentes asistenciales. El programa ofrece una gama más amplia de especialidades médicas en 5 universidades locales con un total de 528 cupos. Al igual que en el caso anterior la beca implica el pago de un valor mensual de 1.676 USD y también existe el compromiso de que los profesionales compensen la beca por el doble de tiempo que esta duró(MSP, 2012).

El tercer programa está dirigido solo para los médicos residentes asistenciales. Sus beneficios son los mismos que el segundo programa pero el número de becas es menor. En las mismas 5 universidades se ofrecen 264 becas en diferentes especialidades. Los programas ya iniciaron en Diciembre 2012 y culminarán en el año 2016 o 2017 de acuerdo al tema. (MSP, 2012).

Como se pudo observar el MSP ofrece programas de especialidades y becas para médicos pero para los odontólogos y enfermeras no. La oferta de especialidades para licenciados en enfermería es casi nula, mientras que la oferta para especialidades odontológicas existe pero es limitada y está concentrada en la Universidad Central del Ecuador. En estos casos no hay becas sino que se requiere el autofinanciamiento de los estudiantes.

Además, el Gobierno ecuatoriano financiará el estudio de especializaciones de 148 médicos que en Cuba. Este beneficio sumado a los tres programas del MSP y a la labor de la SENESCYT generará una inversión del Gobierno de aproximadamente 285 millones de dólares hasta el año 2017. (METRO ECUADOR, 2012).

Las oportunidades académicas en el cuarto nivel ofertadas por universidades de Chile y Ecuador pueden ser analizadas desde diferentes perspectivas. Por un lado, en cuanto al número de programas de cuarto nivel, Chile lleva gran ventaja frente a Ecuador ya que en Chile son 16 universidades las que los ofreces, mientras que en Ecuador son solo 12. Sin embargo, las

plazas disponibles para los programas en cuestión son para chilenos en preferencia. Es necesario recalcar que como consecuencia de los pocos profesionales de la salud chilenos, hay mayor apertura para los extranjeros, es de este aspecto que los ecuatorianos se valían para buscar superarse en este país. Por otro lado, los costos de los programas de educación de cuarto nivel casi duplican los costos de los programas existentes en Ecuador, y en el caso de los médicos no requieren pagar ya que los postgrados ofrecidos por la Universidad Central y San Francisco son becas otorgadas por el MSP y el IESS.

Desde otra perspectiva, antes del año 2009 era fácil la inserción laboral de los médicos, odontólogos y licenciados en enfermería ecuatorianos en Chile. No obstante, luego de la implementación del examen EUNACOM, la situación para los médicos se agudizó y cada año menos médicos ecuatorianos podían trabajar en el sector público o estudiar en este país. Obviamente las cifras marcan una gran diferencia en cuanto a resultados entre chilenos y extranjeros, pero no se puede dejar de lado que el examen es hecho en base a los conocimientos impartidos por las universidades chilenas y que además los médicos de este país en el transcurso de la carrera de Medicina reciben clases de preparación para el mismo.

La deficiente coordinación entre las universidades, el MSP, la SENESCYT y el CES ha ocasionado que la oferta de postgrados en el Ecuador sea casi nula y que la aprobación de programas presentados por las universidades tenga dificultades en su aprobación. Ventajosamente, se empezó a prestar atención a la problemática y luego de que los entes lleguen a un acuerdo, se han lanzado programas de formación que empezarán en el año 2013. Sin embargo, por el momento se da prioridad a los programas para médicos mientras que para odontólogos los postgrados son menos y para las enfermeras prácticamente nulos. En Chile existe también un mayor número de postgrados para los médicos pero los odontólogos y enfermeras tienen varios programas de entre los cuales pueden elegir. Probablemente el hecho de ser un país más desarrollado también influenció en que detecte antes que el Ecuador su déficit en cuanto a los profesionales de la salud y por eso su oferta en cuanto a la formación de especialistas sea más amplia.

CAPITULO III
DEMANDA INSATISFECHA DEL SECTOR

El presente capítulo busca determinar las necesidades insatisfechas internas que generan la necesidad del retorno de los profesionales de la salud. Esta determinación se la hará por medio del análisis de cifras estadísticas en cuanto al número de profesionales de la salud, de establecimientos de atención, aportes de experiencias de los pacientes y las acciones que el Gobierno ecuatoriano ha llevado a cabo para contrarrestar el problema de la demanda insatisfecha. Dentro de ellas, los planes desarrollados a nivel general para los migrantes y el plan específico que se enfoca solamente en promocionar el retorno de los profesionales de la salud ecuatorianos radicados en otros países.

3.1. Personal insuficiente en el sector público

3.1.1. Cifras relevantes a nivel nacional

Cuando los ecuatorianos se sienten atraídos por otros países y emigran, hay aspectos que se ven afectados dentro del Ecuador. En el caso de los profesionales en estudio, la salida genera la pérdida de la inversión que el país y las universidades realizaron para la formación de estos profesionales, además de la escasez de profesional calificado para desempeñar funciones específicas en el sector de la salud.

Conforme a datos proporcionados por la Dirección de Normatización del Talento Humano del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la demanda de los servicios de salud pública en el país pasó de 16,2 millones de atenciones en el 2006 a 34,4 millones en el 2011.(EL COMERCIO, 2012).

En el año 2010, se realizó un estudio y los resultados mostraron que había 1.143 plazas de trabajo vacantes para estos profesionales en el MSP, IESS y Policía Nacional. De ellas, 1.015 era para médicos tratantes, 149 para enfermeras y 17 para odontólogos especialistas. Además, el presupuesto requerido para cubrir estas vacantes era de 42.614’232.20 dólares. En ese entonces, las provincias con mayor necesidad de médicos especialistas fueron: Manabí 238, Los Ríos 92, Pichincha 61, Azuay 58, Guayas 43, Santa Elena 43.(JALKH, 2010)

La mayor parte de las cifras obtenidas, provienen del año 2010 porque este es el último año del cual se cuenta con la información procesada a nivel nacional. En ese año había 24.960 médicos, 12.974 en la región Sierra, 11.283 en la región Costa, 684 en la región Amazónica, 18 en la región Insular y 1 en zonas no delimitadas. En el caso de los odontólogos, a nivel nacional estaban trabajando en el sector público 3.534, 1.745 en la Sierra, 1.385 en la Costa, 385 en la Amazonía, 18 en Galápagos y 1 en Zonas no delimitadas. Mientras que en cuanto a los enfermeros en total eran 11.634, más que los odontólogos, de ellos 6.909 desempeñaban funciones en la Sierra, 4032 en la Costa, 681 en la Amazonía, 11 en Galápagos y 1 en Zonas no delimitadas. En esta época, había 1 médico por cada 569 personas, 1 odontólogo por cada 4.019 habitantes y un licenciado en enfermería por cada 1.221 habitantes del Ecuador. (INEC, 2010). VER ANEXO 1.

Dentro del MSP en el mismo año hubo áreas que requirieron de más profesionales especialistas. La demanda en el área clínica: Endocrinología 16, Salud Familiar 1, Dermatología 9, Neumología 6, Neurología 8, Pediatría 96, Cardiología 22, Psiquiatría 3, Gastroentelogía 12, Intensivistas 26, Nefrología 11, Neonatología 46, Emergenciología 37, Geriatría 13, Internistas 65, Fiosioterapistas 18, Medicina Tropical 1, Diabetología 12, Hematología 7, Psicología 16, Oncología 5, Nutricionistas 14, Clínica 2, Otorrinolaringología 23, Oftalmología 25, Reumatología 2. En el área de imagen: Radiología 17, Radiología Oncológica 1, Imagen 59. En Laboratorios: Patología 14. En Salud Pública: Epidemiología 11. En el Área quirúrgica: cirugía 41, Gineco-obstetricia 61, anestesiología 86, Traumatología 33, Neurocirugía 7, Urología 5, Cirugía Plástica 4, Cirugía Vascular 3, Cirugía Pediátrica 14, Coloproctología 2, Cirugía toráxica 1, Oftalmólogía 25. (JALKH, 2010). VER ANEXO 2.

La demanda de estos profesionales ha aumentado de sobremanera en las diferentes especialidades en tan solo dos años. El MSP dio a conocer en el presente año que se requieren 6.169 especialistas en los 140 hospitales y en los 15 más que están en proceso de construcción. (COMERCIO, 2012).A continuación se muestran las cifras del personal requerido en los hospitales que funcionan actualmente.

TABLA N. 5
ESPECIALISTAS REQUIERIDOS EN EL 2012

Ramas	N. de personal existente	N. personal ideal	N. de personal requerido
Medicina General	2210	2603	393
Anestesiología	239	799	560
Medicina Interna	215	715	500
Pediatría	76	524	448
Traumatología	166	275	109
Emergenciología	139	180	41
Neonatología	180	180	0
Cardiología	150	160	10
Intensivista	129	160	31
Oftalmología	67	110	43
Otorrinolaringología	110	110	0
Gastroenterología	94	108	14
Otras	1233	2127	894
TOTAL	**5008**	**8051**	**3043**

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Diario el Comercio
Elaborado por: Andrea Calles Monar

Sin embargo, el MSP no es la única instancia de salud pública que presenta demanda insatisfecha. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) tenía afiliada al 10% de la población ecuatoriana en el 2010. En este mismo año se hizo pública una lista del número de personal que hacía falta. Médicos especialistas 141 (médicos de familia, Endocrinólogos, Cardiólogos, Urólogos), odontólogos 7 y enfermeras 117. Cabe mencionar que el IESS brinda cobertura de salud a 8'000.000 afiliados en el año 2012. Las cifras aumentaron porque ahora la Seguridad Social cubre también a los hijos menores de edad de los afiliados, a las personas que aunque no trabajen quieran pagar este rubro y estar asegurados y adicionalmente se han construido más establecimientos de atención. (EL DIARIO, 2012).

Los centros de atención de Salud de las Fuerzas Armadas reportaron la necesidad de 80 médicos generales en el 2010. Mientras que los establecimientos de salud de la Policía dieron a conocer que necesitaban 3 médicos especialistas, 1 odontólogo y 25 enfermeras. SOLCA por su parte no disponía de puestos de trabajo libres para profesionales de la Salud porque su personal era suficiente. Años más tarde, en el año 2012 el Hospital de la Policía dio a conocer que cuenta con 33 especialidades, 90 médicos tratantes, 115 camas, 8 camas en Terapia Intensiva, 6 en Terapia Intermedia y atiende entre 320 y 350 pacientes en consulta y 100 emergencias cada día. Mientras

que se realizan entre 14 y 15 cirugías diarias. Las casas de salud de las Fuerzas Armadas por su parte poseen 35 especialidades, 146 médicos tratantes, 254 camas, 13 camas en Terapia Intensiva y 13 camas para ciudadanos neonatales. Atienden en un día a 803 personas en consulta externa y 130 emergencias. A pesar de tener más personas y camas para atender a los pacientes, el número de cirugías diarias difiere en solo 2 de la capacidad de los hospitales de la Policía.(EL COMERCIO, 2012).

En la actualidad la demanda de los profesionales de la salud, especialmente de médicos ha causado polémica a nivel nacional y es por esta razón que se han realizado varios reportajes y entrevistas referentes al tema. Gracias a estos recursos me ha sido posible la recopilación de datos relevantes. Por ejemplo, la existencia de 20.000 médicos generales (en todos los sectores) y más o menos 6.000 médicos especialistas(ECUAVISA II, 2012). En donde surge el interrogante: ¿Qué pasaría con la demanda actual si los médicos generales se especializaran? De hecho, se estima que si la mitad de ellos se especializara, se podría cubrir la demanda existente por parte de los pacientes y cubrir las vacantes en las instituciones de salud pública y aun así tener un excedente.

3.1.2. La infraestructura en los establecimientos de atención de salud pública

Después de haber analizado a los profesionales de la salud en las diversas plazas y ramas a través de estadísticas nacionales dentro de los años de los cuales existe información publicada, es necesario analizar la capacidad del país en el sector en cuanto a infraestructura y establecimientos de atención de salud pública para cubrir la demanda.

En el año 2006 había un total de 3.681 establecimientos de salud, 683 con internación y 2.998 no. En el año 2007 la cifra general llegó a 3.847, 729 con internación y 3.118 sin internación. En el año 2008, sucedió un fenómeno difícil de creer debido a la necesitad existente en el país, pero así demostrado con cifras por el INEC. Había 3.099 establecimientos sin internación y 714 con internación, cifras menores al año anterior. En el año 2009, vuelven a aumentar hasta llegar a 3.894 entidades en total.(INEC, 2001-2010). El último año del cual se tienen cifras es el 2010 y en ese entonces existían 3.981 establecimientos de salud, 743 con internación y 3.238 sin internación

hospitalaria. En Guayas se concentra el mayor número de los establecimientos con internación 136. Mientras en lo referente a los que no tienen internación están principalmente en Pichincha, 433. En ambos casos Galápagos es la provincia que posee menos establecimientos de salud pública. Al analizar por regiones y tomando en cuenta todas las entidades, la Sierra tuvo 1927, la Costa 1642, Amazonía 403, Galápagos 8 y las Zonas no delimitadas 1.(INEC, 2001-2010). Actualmente el Ministerio de Salud pública indicó que hay 140 hospitales existentes y 51 que se prevé construir aún. (VER ANEXO 3)

Como se dio a conocer anteriormente, el servicio de salud pública comprende al MSP, IESS, hospitales de las Fuerzas Armadas, de la Policía, y SOLCA (que es privada y también recibe fondos públicos).

En lo referente al IESS, en el año 2008 la institución invirtió a nivel nacional cerca de 75 millones de dólares en infraestructura y equipamiento para sus centros hospitalarios. De esta cifra 9'658.656 USD fueron dirigidos a la compra de equipos. (Cárdenas & Carrión, 2008).Años más tarde, en el año 2010, el monto de la misma compra se multiplicó por cinco, 48'232.448 USD.(EL UNIVERSO, 2011). No obstante, en el Hospital Carlos Andrade Marín que es un hospital del IESS, todavía hacen falta equipos modernos y la infraestructura es deficiente a pesar de ser uno de los hospitales que atiende a más afiliados a nivel nacional (1.000 pacientes cada 4 horas). (HOY, 2007) Ramiro González, presidente del Consejo Directivo del IESS dio a conocer que hasta el 2009 la administración había invertido en construcción de infraestructura hospitalaria aproximadamente USD 400 millones. (LOS ANDES, 2009).

En el 2011, el MSP informó que en el tiempo en el que el Presidente Rafael Correa ha estado en el poder, la inversión en el sector salud ha llegado a 1.295 millones de dólares, este rubro ha incluido los costos generados para el Estado el ofrecer salud gratuita a la población, la construcción y equipamiento de hospitales y contratación de personal. En cuanto a infraestructura, 506 establecimientos han sido remodelados y 97 construidos. En lo referente a equipamiento de los mismos, se ha adquirido más de 30 tomógrafos, 184 ambulancias y 2 hospitales móviles; 8 unidades móviles especializadas, de ellas 6 son quirúrgicas y 2 oncológicas, la inversión llegó a USD 204 millones. (EL TIEMPO, 2012).

Por otro lado, el hospital general de la Policía que funciona en Quito, brinda escasa atención en quirófanos, presenta déficit en cuanto a infraestructura y equipamiento hospitalario. En lo referente a infraestructura, en la actualidad existen dos quirófanos operativos de la Unidad Materno Infantil en dónde se realizan todas las intervenciones quirúrgicas mientras existen 5 quirófanos no disponibles para la utilización, además por esta carencia se ha visto la necesidad de pagar a clínicas particulares para que estas permitan utilizar sus instalaciones para las cirugías y la realización de varios exámenes también se deben realizar fuera del hospital. La infraestructura no permite abastecer la demanda debido a que cuando este fue construido, su objetivo era brindar atención a los 44.000 policías de ese entonces. Sin embargo, la demanda ha aumentado debido a que en la actualidad ya no se atiende solo a los policías, que también han aumentado, sino a sus familiares y al público en general. El aproximado de personas que reciben atención en este centro es de 200.000 pacientes. (AMAGUAYO, 2010).

El Ecuador cuenta con establecimientos de salud tanto públicos como privados. En el 2008 en el sector público hubo un total de 187 establecimientos, de los cuales 4 eran hospitales de especialidades (1 del MSP y 3 del IESS), 28 hospitales especializados (16 del MSP, 1 otros, 1 Municipios, 3 de la Junta de beneficencia de Guayaquil, 7 de SOLCA), 54 hospitales generales (24 del MSP, 2 del Ministerio de Gobierno y Policía, 10 Ministerio de Defensa, 11 del IESS, 5 de Municipios, 1 Junta de Beneficencia de Guayaquil, 1 Fisco Misional), 101 hospitales básicos (85 del MSP, 2 Ministerio de Gobierno y Policía, 5 Ministerio de Defensa, 5 del IESS, 1 de Municipios, 1 de Universidades, 2 de Fisco Misionales) y 584 en el sector privado de los cuales 23 eran instituciones sin fines de lucro y 561 con fines de lucro. En el 2009 aumentó 1 hospital de especialidades del Ministerio de Defensa Nacional, 10 hospitales generales (5 en el MSP, 1 del IESS y 1 de Municipios), disminuyeron 10 hospitales básicos (5 en el MSP, 4 en el Ministerio de Defensa Nacional y 1 en el IESS). En el sector privado también aumentaron a 593 establecimientos en total a nivel nacional, la variación se dio solo en instituciones con fines de lucro alcanzando la cifra de 570. En el año 2010 se incrementaron 2 establecimientos de atención privada con fines de lucro. (INEC; CEPAL, 2006-2010).

Por medio de los datos estadísticos obtenidos a través del análisis en cuanto a la infraestructura de las instituciones de salud pública a nivel nacional, se puede concluir que en el período comprendido entre el 2006 y 2012 se ha dado un aumento de construcción de centros, al igual que de equipamiento y modernización de los ya existentes. En el sector público estas mejoras han sido posibles gracias a la intervención del Gobierno de turno. No obstante, hospitales como el de la Policía Nacional, también público, aún no cuentan con la infraestructura y equipamiento necesario para brindar el servicio a todos los pacientes que aspiran recibirlo en esta institución.

3.1.3. Los pacientes frente al fenómeno

El servicio de salud público está enfocado en atender las necesidades de los pacientes y para ello la presencia de los profesionales de salud juega un rol trascendental, así como lo hace la existencia de medios físicos suficientes.

A lo largo del período de estudio, se dio un aumento en cuanto a la población y al número de camas hospitalarias disponibles para los pacientes. En el año 2006, la población en el país era de 13’408.270 personas, había 19.945 camas hospitalarias disponibles, es decir que existían 1,5 camas por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, se ocupaba el 51.6% de las mismas. El promedió de estadía era 4,4 días. En el año siguiente 2007, la población aumentó a 13’605.485, y las camas a 20.523, no varió el hecho de que existían 1,5 camas por cada 1.000 habitantes, el porcentaje de ocupación de las mismas pasó a 55,5% y el promedio de estadía llegó a 4,5 días. En el año 2008, había 13’805.095 habitantes en el Ecuador y 21.473 camas disponibles para los mismos, lo que significaba que por cada 1.000 personas había 1,6 camas disponibles. En este año el porcentaje de ocupación de las camas disponibles bajó a 54,1%, así como lo hizo el promedio de estadía de los pacientes que fue 4,3 días. En el año 2009, había 14’005.449 habitantes, 22.364 camas disponibles para ellos, se mantuvo la cantidad de ellas por cada 1.000 personas y el porcentaje de ocupación volvió a disminuir, esta vez a 53,6%. El promedio de estadía de los pacientes tuvo el mismo comportamiento y se registró en 4,2 días. Finalmente en el año 2010 (el último año del cual existe registro) la población que habita dentro del país alcanzó la cifra más alta, 14’204.900, consecuentemente la cantidad de camas disponibles también aumentó a 23.784. En este caso existían 1,7 camas hospitalarias disponibles

por cada 1.000 habitantes. Pero nuevamente el porcentaje de ocupación de las mismas disminuyó a 51,3%, incluso fue menor al registrado en el año 2006. Adicionalmente el promedio de estadía volvió a decrecer al registrar el período más corto dentro de los años de estudio, 4,1 días. (INEC; CEPAL, 2006-2010)

Aunque el gobierno ha invertido en infraestructura nueva, mejoramiento de la existente y en el aumento de camas disponibles para la atención de los pacientes como ya se analizó anteriormente, las quejas persisten. Por esta razón, los pacientes han buscado transmitirlas aprovechando la coyuntura de los medios de comunicación.

Las quejas de los pacientes en lo referente a la atención de salud pública, se centran en la dificultad de conseguir citas en estos establecimientos. Esta razón les obliga a esperar día tras día, inclusive amaneciendo en las puertas de estas entidades. Pero además mencionan que el hecho de que las instituciones públicas no tienen suficientes especialistas, la obtención de turnos se complica más. Su inconformidad también está ligada a la poca atención que se da en casos urgentes. Por ejemplo: un afiliado del IESS, Kléber Triviño, manifestó que necesitaba una operación de várices, por ende al momento de solicitar una cita para ello, indicó que era urgente, pero sin tomar en cuenta las condiciones, le dieron una cita para dos meses después (EL UNIVERSO, 2011). Otro ejemplo es el de la niña Zambrano quien esperó dos semanas para que le realicen una tomografía en el Hospital Baca Ortiz y 45 días más para ser atendida por el especialista. (EL COMERCIO, 2012). Adicionalmente, los pacientes no se sienten conformes con el trato hacia ellos y la falta de amabilidad de la mayoría del personal que les atienden en los establecimientos de salud pública.(Cárdenas & Carrión, 2008). Las quejas continúan porque hay casos de pacientes que se enteran que sus citas han sido cambiadas en el momento en que ya llegan a ellas.

El IESS, independientemente del MSP y los hospitales de las Fuerzas Armadas y la Policía, maneja un sistema de call center para fijar las citas a los afiliados del mismo. En él, médicos o estudiantes de medicina atienden las llamadas y son ellos quienes de acuerdo a los síntomas y situación deciden qué especialista necesita el paciente. Las citas, sin embargo, son fijadas por el sistema, es decir no existe intervención de los médicos. A pesar de esta implementación, las experiencias de los pacientes no son buenas. Quienes han

podido dar a conocer su opinión gracias a los medios de comunicación han indicado que para ser atendidos deben llamar varias veces al día e inclusive intentar por varios días porque las líneas siempre están ocupadas; y una vez que son atendidos se encuentran con el problema de que debido a la falta de especialistas, las citas son otorgadas para luego de 3 o más meses. También existen personas que se sienten satisfechas con el servicio como *"María, de 60 años, quien fue atendida en una clínica difiere y dice que el IESS la ha atendido muy bien después de una caída que sufrió el año pasado".* (EL UNIVERSO, 2011:1).

Las autoridades no se muestran indiferentes frente a los inconvenientes aún existentes. Consecuentemente desde el año 2007 decidieron que la existencia de demanda insatisfecha en los establecimientos de salud pública disminuiría con la derivación de los pacientes. Es decir, cuando un hospital público no tiene citas para alguna especialidad, el paciente podrá ir al hospital público o clínica privada que se le designe. Por ejemplo el IESS reportó que en el año 2007 se hicieron 280 derivaciones, en el 2008 10.530, en el 2009 se hicieron 15.782 derivaciones y en el año 2010 36.554 pacientes fueron derivados a clínicas privadas, en este mismo año se reportó que se ha invertido en estas clínicas $ 78'339.380. (EL UNIVERSO, 2010). Pero las derivaciones no se realizan solo en el IESS, el MSP también tiene convenios con entidades como SOLCA para derivar a pacientes que no pueden ser atendidos en sus entidades por falta de especialistas o infraestructura. (EL DIARIO. EC, 2012).

Por su parte, los hospitales de la Policía y las Fuerzas Armadas también trabajan en conjunto con el MSP y el IESS; por esa razón el MSP preparó un instructivo y un tarifario el 1 de julio con el cual se están manejando actualmente. Esta colaboración empezó desde mayo 2012 y hasta agosto del mismo año, habían tendido a 90 pacientes derivados de las otras instituciones públicas. (EL COMERCIO, 2012).

Las necesidades de los pacientes a nivel nacional no son satisfechas completamente. De acuerdo a las cifras, hay camas suficientes para los habitantes del país, incluso estás no son ocupadas al 100%, pero los pacientes además de una cama necesitan personal que les atienda y no hay el suficiente. Esto conlleva a los problemas con los que se encuentran los pacientes al momento de pedir citas, pues al existir un número reducido de especialistas,

las citas para ellos son escasas y requieren de mayor tiempo de espera, a pesar de que sean casos urgentes.

En la actualidad se tienen estudios para conocer el número de profesionales que se necesita en las instituciones de salud pública. Además se han construido más establecimientos y otros han sido mejorados. Finalmente, se conoce la situación de los pacientes, quienes a pesar de vivir los cambios que en el transcurso de los años se han realizado en su favor, aun no se encuentran satisfechos porque hay problemas, como escasez de especialistas, que persisten. Frente a esta situación, el Gobierno toma medidas, hace reajustes y propone proyectos como lo veremos a continuación, pero ¿qué tan efectivos son?; ¿se pueden ya percibir los resultados de la gestión? Son interrogantes que serán resueltas a continuación.

3.2. ¿Qué se hace en torno al problema?

3.2.1. Gratuidad de la Salud combinada a la formación de TAPS

Como un mecanismo para responder a la demanda ecuatoriana del servicio de salud pública y para permitir que todos los ecuatorianos accedan al mismo, el Gobierno Ecuatoriano adoptó nuevas políticas. Entre ellas establecer la gratuidad de la Salud y formar técnicos de atención primaria de salud (TAPS) como método de fortalecimiento de la atención primaria de salud.

En la Constitución 2008 bajo su artículo 32 declara a la salud como un derecho que garantiza el Estado.

> *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008:29)*

Para complementar al artículo citado existen más artículos como el 358, el 363, 365 y 366. El artículo 358 abarca las responsabilidades atribuidas al sistema nacional de salud y los principios con los cuales debe guiar su ejecución. Mientras que el artículo 363 comprende las responsabilidades del

Estado, entre ellas, la generación de políticas públicas, la universalización de la atención de salud y fortalecimiento de los servicios estatales de salud. Aspectos enfocados a precautelar y promover la atención de salud. Aunque en estos dos artículos no esté declarada la gratuidad de la salud, orienta acerca de los principios sobre los cuales se basa la misma como la priorización de los intereses de salud pública sobre los comerciales y económicos, es decir que estos dos últimos no limitarán el acceso a la atención de salud de ninguna persona. En el artículo 365 se anuncia que habrá sanciones si las instituciones de salud no brindan atención de emergencia. Pero es el artículo 366 el cual se refiere al financiamiento del sector. Los fondos destinados a las instituciones estatales que garanticen la gratuidad en las prestaciones provendrán del Presupuesto General del Estado. (ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008).

Las cifras de consultas ha pasado de 16 millones de consultas en el 2006 a 34 millones en 2010 (ECUADOR INMEDIATO, 2012). Aunque este escenario sumado a la sección de "*Personal insuficiente en el sector público",* desarrollado previamente, muestre un panorama en el cual la demanda crece continuamente, esconde otro aspecto. El que se centra en el crecimiento de vacantes en el sector de salud pública. Así lo ha presentado la Ministra Carina Vance quien, en el lanzamiento del plan de retorno promovido por el MSP, manifestó que en el 2011 dentro del MSP hubo aproximadamente 15.000 plazas para nombramientos de los profesionales de la salud. Dentro de la misma institución se registra que entre el año 2006 y el año 2012 se contrataron 4.658 médicos, 2.787 enfermeras y 1.419 odontólogos. (MSP, 2012). Por su parte en el mismo encuentro, Ramiro González representante del IESS dijo que las plazas vacantes en la institución llegaron a 4.000. La única manera de acceder a ellas ha sido por medio de concursos de méritos y oposición, los mismos a los que deberán acceder quienes se acojan al plan luego del año del contrato. (VANCE & GONZALEZ, 2012). En el transcurso del año 2012, cerca de 1.600profesionales médicos han firmado su nombramiento en diversos hospitales del país.(MSP, 2012).

En lo referente a la segunda parte, la implementación de TAPS, y consecuentemente al aumento de personal en la atención primaria de salud, el MSP trabaja desde junio del 2011 con la implementación de un programa para la formación de técnicos de atención primaria de salud. Para ello, ofrece becas de 300 USD y una vez culminado el curso, trabajo en el MSP. (LA HORA,

2011). Los participantes deben necesariamente ser bachilleres entre 18 y 25 años de edad, formar parte de una de las 188 comunidades priorizadas, su formación durará dos años. (LOS ANDES, 2011). El proyecto busca formar a 10.000 técnicos dentro de estos cinco años. La meta es contar con un técnico por cada 1.000 habitantes en áreas rurales y un técnico por cada 3.000 habitantes en áreas urbanas. (ECUADOR INMEDIARO, 2011). Cabe mencionar que aún no inicia la formación de los mismos, aunque ya están inscritos todos los aspirantes. El MSP está en la etapa de implementación de los centros en los cuales se va a impartir estos cursos.

Entre las principales razones que motivan este programa de formación de profesionales son: trabajar en coordinación con los equipos de atención de salud en primer nivel, realizar acciones de promoción de salud, prevención de riesgos y daños a la salud, rehabilitación cuidados paliativos, identificar cualquier situación que vaya en detrimento de los grupos prioritarios (niños, niñas, mujeres, adultos mayores), y apoyar en la solución de necesidades.(MSP, 2011).

Adicionalmente, en este mismo período se desarrolló el plan para formar a especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, tema tratado en el Capítulo II.

El acceso gratuito de los servicios de salud para todos los habitantes del Ecuador, ha aumentado la demanda de los mismos. En consecuencia, se ha planteado de manera indirecta un nuevo desafío el cual el Gobierno actual trata de contrarrestar. Es claro que la gratuidad dejó nuevamente a la vista el déficit de personal y por ello se están desarrollando planes de formación de profesionales de la salud que sirvan de apoyo a los ya existentes y refuercen el vínculo del servicio de salud pública con la población. Hay más acciones en favor al cubrimiento de la demanda como es la atracción de los profesionales de la salud ecuatorianos radicados en otros países.

3.2.2. Plan Nacional de Desarrollo Humano para Migraciones

El gobierno que ha ejercido sus funciones desde el año 2006, ha creado el Plan Nacional de Desarrollo Humano para las Migraciones 2007-2010 concebido como una política de Estado y que a pesar de haber superado el plazo aún está vigente. La trascendencia de la inclusión del Plan en este

estudio radica en la preocupación del Gobierno para responder a las necesidades de los ecuatorianos, tanto pacientes como profesionales por medio del resguardo de los derechos de los migrantes y la promoción del retorno de los mismos.

Con el Plan se busca crear políticas públicas no discriminatorias, no excluyentes y que no violen a los derechos de los migrantes. Ellas están enfocadas en este grupo, ya sea dentro o fuera del país, como personas y no como simples trabajadores. (ESCUDERO, 2007).

La Secretaría Nacional del Migrante y los diferentes entes involucrados desarrollaron el Plan. El mismo se basó en 5 objetivos de los cuales el primero, el tercero y el cuarto son los más relacionados al grupo en estudio.

> *1. Desarrollar en el Ecuador e impulsar en el mundo una política migratoria basada en el respeto y ejercicio de los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de todas las personas... 3. Alentar la permanencia de los ecuatorianos en su país y construir las condiciones que hagan posible el Retorno Voluntario Digno y Sostenible de las personas emigrantes. 4. Impulsar procesos de desarrollo humano para las personas migrantes, sus familiares y su entorno*˙(ESCUDERO, 2007:15).

Cada uno de los objetivos tiene sus propias políticas. En el caso del primero, se centra en el fortalecimiento de las relaciones con otros Estados para de esta manera trabajar en conjunto por el beneficio de laintegración social, económica y política de las personas migrantes. Para el tercer objetivo hay una combinación de políticas dentro de las cuales se trata el desarrollo de un plan de retorno, mejoramiento de condiciones de vida, construcción de infraestructura y oportunidades de empleo, apoyo interinstitucional para disminuir la migración forzada y fortalecimiento de la identidad ecuatoriana. Mientras que las políticas del cuarto objetivo abarcan: el trabajo en conjunto para la formulación eimplementación de políticas de inclusiónsocial, económica, política y cultural; así como el aprovechamiento de las potencialidades delhecho migratorio para el desarrollo humano sostenible (SENAMI, 2007).

Es importante tomar en cuenta que existe un Plan que aunque no está enfocado exclusivamente en los profesionales de la salud ecuatorianos radicados en Chile, sí pueden beneficiarse de las políticas públicas generadas gracias a sus objetivos. La estabilidad, mejoramiento de las condiciones de vida y la consideración de personas más que trabajadores son aspectos

atrayentes proporcionados por el Plan y que podrían resultar en el retorno de emigrantes. No obstante, no se puede dejar de lado que el Plan es una base teórica y que el problema principal es ponerlo en práctica con los mismos lineamientos con el que fue creado.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano para las Migraciones 2007-2010 hecho conforme al Plan de Desarrollo de la SENPLADES y conforme al Plan del Buen Vivir, es la base para el desarrollo del Plan "Bienvenidos a Casa" del cual los migrantes que retornan pueden beneficiarse.

3.2.3. Plan "Bienvenid@s a Casa"

La situación actual de países receptores de migrantes ecuatorianos y también la necesidad de atraer al personal calificado que dejó un vacío en el país, han influenciado para que el actual Gobierno por medio de la Secretaría Nacional del Migrante cree y ponga en funcionamiento al plan "Bienvenid@s a casa".

Este plan entró en vigencia a finales del año 2008. (SENAMI, 2012). Cabe anotar que los profesionales de la salud ecuatorianos residentes en Chile podrán acceder a los beneficios que brinda el plan "Bienvenid@s a Casa" aunque exista un plan de retorno llamado "Ecuador Saludable, vuelvo por ti" enfocado únicamente para estos profesionales. El proyecto promovido por la SENAMI, se basa en cuatro pilares: Bono de Vivienda, Fondo Concursable Cucayo, menaje de casa y la Banca del Migrante.

El Bono de Vivienda está orientado a proporcionar una ayuda económica al migrante para el financiamiento de la compra de vivienda nueva o usada, construcción en terreno propio o mejoramiento de la vivienda. Este bono es promocionado por la labor conjunta del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) y la SENAMI. Se requiere que las personas cumplan el requisito de estar al menos un año de manera permanente fuera del Ecuador y no tengan vivienda en el país y se califiquen en la SENAMI. Ellos deben basarse en la lista de los programas habitacionales del MIDUVI o en caso de reconstrucción contactarse con los especialistas de la misma institución. Es indispensable que realicen o inicien una actividad productiva que genere ingresos (MIDUVI, 2012).

El otro pilar es el fondo concursable Cucayo. Su característica principal es el apoyo a los emprendedores, es decir a los generadores de sus propios ingresos. Sin embargo, solo el 9% de quienes se presentan pueden acceder a él debido a que es un concurso abierto. Para concursar se necesita tener ideas de negocio y estas son analizadas y calificadas de acuerdo a parámetros establecidos por la SENAMI en Ecuador, entre ellos: Que generen fuentes de trabajo digno, fomenten la equidad, protejan el ambiente, sean innovadoras y estén relacionadas con el desarrollo de diferentes sectores económicos de nuestro país. Al final, se les entrega un fondo con base en el puntaje alcanzado y este no es reembolsable. No obstante, del total de personas beneficiadas por el fondo, ninguna se ha desarrollado dentro de una actividad relacionada con el sector de la salud. (MONCAYO, 2011).

> *Hasta agosto de 2010, se han invertido USD 14.422.045,00 de los cuales el 21%, es decir, USD 2.993.934,5, fueron entregados por el Fondo El Cucayo, y el 79%, es decir, USD 11.428.110,5 fueron apalancados por los migrantes. Estos recursos han financiado 230 ideas de negocio, lo cual ha generado 4283 fuentes de empleo (entre directas e indirectas)13. De estos negocios, de acuerdo con la SENAMI, tan sólo el 5% tiene algún problema o ha fracasado, mientras que el resto se encuentra funcionando.*(MONCAYO, 2011:45)

El último pilar, la Banca del migrante, tiene como objetivo principal ofrecer créditos a este grupo. El monto individual es $20.000 y el asociado $120.000. La tasa de interés es del 10.5% y el plazo de pago es de hasta 48 meses. Así como el fondo El Cucayo, se busca apoyar el emprendimiento de negocios propios. (BANCA DEL MIGRANTE, 2012).

Por último, por medio de un convenio entre la SENAMI y el Servicio Nacional aduanero se hizo realidad la exoneración de aranceles e impuestos cuando un ecuatoriano decide trasladar a Ecuador su menaje de casa[13] y equipo de trabajo[14] (Resolución Nº 0976). Dado que dentro del menaje se considera a un auto familiar, el convenio incluyó la prohibición de venderlo o traspasarlo en un período mínimo de cinco años. (SENAMI-SENAE, 2011). A pesar de las regulaciones y prohibiciones, se registraron denuncias debido a la venta de autos de lujo sin respetar el plazo pactado y también los intentos de ingresar autos que no seguían los lineamientos requeridos. (EL CIUDADANO,

[13] Menaje de casa: Todos los elementos de uso diario de una familia electrodomésticos, ropa, elementos de baño, cocina, muebles de comedor sala o dormitorios, enseres de hogar, computadores, adornos, cuadros, vajillas, libros, etc.
[1]Lo que tradicionalmente se tiene dentro de un hogar. Un auto también está dentro de esta categoría siempre y cuando cumpla ciertos lineamientos.
[14] Equipo de trabajo: Son aquellos utensilios, instrumentos y/o equipos profesionales, con los cuáles las personas migrantes han venido trabajando en el extranjero; trabajaron en el país antes de su viaje o declare va a utilizar a su llegada al país. (Vinculada a una determinada actividad, profesión, arte u oficio.)

2010). Adicionalmente hay otras aclaraciones que se vuelven limitantes como es el caso del peso de las prendas de vestir, calzado y accesorios de la familia no debe pasar de 200 kg. Por otro lado, el migrante se debe encargar de la contratación del transporte para portar su menaje a Ecuador. (TERÁN, 2008).

El Plan "Bienvenidos a casa" registra hasta junio del 2012 a 30 personas que se han acogido. (GARCÍA, 2012). Mientras que en todo el tiempo de vigencia del mismo, la SENAMI reporta un total de 7.917 migrantes. (TERÁN, 2008).

Los beneficios explicados en esta sección son también promocionados en el plan de retorno exclusivo para los profesionales de la salud que es "Ecuador saludable, vuelvo por ti" llevado a cabo por el MSP. El MSP y la SENAMI trabajan en conjunto para atraer a más migrantes y darles a conocer las maneras con las cuales pueden beneficiarse.

3.3. Retorno Voluntario de los profesionales de la salud

3.3.1. Estructura del plan propuesto por el Ministerio de Salud Pública

En vista de la necesidad de profesionales de la salud dentro del Ecuador y la existencia de los mismos estudiando y/o trabajando en el exterior, el Gobierno planteó la necesidad de traerlos de regreso al país.

Inicialmente, se firmó un convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Secretaría Nacional del Migrante (SENAMI) para la ejecución de los programas de plan de retorno. Esta unión se hizo ya que las competencias de estas dos instituciones podían fusionarse e impulsar la ejecución de la política migratoria a través de programas de desarrollo para la protección de los ecuatorianos que están fuera del país y en este caso del plan de retorno. El objetivo fue *"viabilizar los compromisos generados entre el Ministerio de Salud Pública y la SENAMI para que pueda otorgarse en el marco del Plan de Retorno, facilidades a favor de los migrantes y sus familias"*. (MSP, SENAMI, 2008). Este convenio fue firmado el 17 de mayo 2008 por los representantes de cada institución. Sin embargo, no se lo llevó a cabo. En la actualidad el MSP asumió la responsabilidad de impulsar un plan de retorno y lo ha hecho con la cooperación de Cancillería con el objetivo de agilizar el trámite de visas; de la SENESCYT para agilitar los trámites que validan los

títulos de quienes apliquen y de la SENAMI para que quienes se acojan al plan también se beneficien del plan “Bienvenidos a Casa”.(MSP, SENAMI, 2008).

El MSP desarrolló “Ecuador saludable-vuelvo por ti” que es el plan de retorno voluntario para los profesionales de la salud y es llevado a cabo por la Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano. La razón por la cual se lo creó fue la necesidad de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas del Ecuador. El Gobierno busca repatriar a la mayor cantidad de profesionales de la salud que se encuentran en otros países de Europa, América y otros continentes. (MSP, 2012).

El plan “Ecuador saludable-vuelvo por ti” tiene su base legal en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley orgánica de Salud y la Ley Orgánica del Servicio Público. Dentro de la Constitución, se citan los artículos: 28, 32, 33, 40, 343, 350, 361. (ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008). Los mismos tratan del compromiso del Estado de formular políticas, proteger y garantizar la educación y la salud al considerar a la educación como un interés público, a la salud como un derecho, al trabajo como un derecho y deber social, tomar en cuenta la legalidad de migrar y la formación académica con visión científica y humanista. En cuanto a la Ley Orgánica de Salud Pública, los artículos utilizados fueron: 4, 6, 9, 193, 196, 194 y 195 (MSP, 2008). Estos designan al MSP como la entidad rectora en salud pública, responsable de garantizar el derecho de salud, encargada de analizar los aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, regular quienes son o no profesionales de la salud y los requerimientos para ejercer como uno de ellos. Por último se consideran los artículos 96, 113 y 124 de la Ley Orgánica del Servicio Público. (MRL, 2010). Los cuales abarcan a la remuneración unificada, bono geográfico y viático por gastos de residencia.

Se pueden acoger al plan todos los profesionales de la salud de nacionalidad ecuatoriana por nacimiento o naturalización, dispuestos a insertarse en la red pública nacional de salud, que residen actualmente en el extranjero y han estado ahí por mínimo un año consecutivo. También lo pueden hacer quienes hayan retornado en un plazo máximo de seis meses. Pueden acceder al plan todos aquellos profesionales en salud de nacionalidad ecuatoriana que hayan culminado sus estudios, estén estudiando carreras de pregrado o postgrado o que se encuentren ejerciendo su profesión en el

exterior. (MSP, 2012). Por último, quienes quieran acogerse no pueden haber estado más de 60 días en el Ecuador en el último año. Para seleccionar a los aplicantes, el MSP dará preferencia a quienes estén dispuestos a ir a las plazas de zonas de menor cobertura médica como son las zonas rurales. Además, los profesionales interesados, deberán rendir un examen de conocimientos y cumplir con los procesos de selección establecidos por la normativa legal vigente. (MSP, 2012).

El contrato para quienes se acojan tendrá una vigencia de un año fiscal y si el profesional quiere seguir trabajando en este sector tendrá que aplicar a los concursos de méritos y oposición (MSP, 2012).

Las Embajadas de los países identificados como prioritarios son las encargadas de desarrollar actividades informativas en los países en donde los profesionales de la salud ecuatorianos se encuentran actualmente.

Este plan como podrá evidenciarse a continuación ofrece varios beneficios que buscan atraer a los profesionales de la salud ecuatorianos y migrantes. No obstante, estos profesionales deben dar algo a cambio. Se encargarán de enviar toda la documentación requerida al MSP y actualizarla cada año, prestar sus servicios como profesionales de la salud en la rama de su competencia cumpliendo con las disposiciones de la LOSEP, en caso de estudiantes que se hayan beneficiado de becas del estado deberán firmar el compromiso de compensaciónlaboral que entrará en vigencia una vez que culminen el programa de postgrado y finalmente comprometerse a trabajar 8 horas diarias. (MSP, 2012).

3.3.2. Beneficios que el plan ofrece

La presente parte del Plan, seguramente es la más importante debido a que el retorno o no retorno de los profesionales en estudio depende principalmente de los beneficios y condiciones ofrecidas para por medio de ello hacer una comparación Ecuador-Chile.

El plan ofrece garantizar plazas de trabajo acorde a las especialidades respectivas y al lugar de residencia de los familiares. El MSP es el encargado de ofrecer estabilidad laboral por medio de la creación de partidas de

nombramiento definitivo para el número de profesionales que retornan y apliquen a los concursos de méritos y oposición para obtener los nombramientos. Además si estos profesionales cumplen con los perfiles, podrán aplicar a vacantes de cargo de gerentes de hospitales o dirección médica. (MSP, 2012).

Los profesionales que regresan se rigen bajo la tabla salarial elaborada con base en su nivel de educación y experiencia (MRL Resolución 0033). Además ellos tienen los beneficios de ley como la afiliación a la Seguridad Social. Por otro lado, en el caso de estos profesionales y debido a que las mayores necesidades son en el sector rural, los profesionales que vayan a lugares difíciles de acceder (esta valorización será aprobada por el Ministerio de Relaciones Laborales bajo ciertos estándares de análisis ya establecidos) puede beneficiarse del bono geográfico que es el 10% o 20% adicional. Además, si debido a la necesidad el sector público de salud el profesional que retorna debe movilizarse a una ciudad o zona diferente a dónde vivía o viven sus familiares, podrá acceder al viático por gastos de residencia como un rubro adicional que es de 510 USD.(MSP, 2012).

Dado que, como se analizó en el primer capítulo, el aspecto económico es uno de los más fuertes al momento de tomar una decisión, es trascendental conocer los salarios para los profesionales de la salud que retornen. La siguiente tabla muestra los valores que el MSP ha presentado. Cabe aclarar que no todos los profesionales en cuestión accederían a los valores que están en el campo “total”, lo harán solo quienes se beneficien del bono de residencia y el bono geográfico. Los demás entonces, recibirán la remuneración unificada más los beneficios sociales.

TABLA N. 6
REMUNERACIONES OFRECIDAS POR EL MSP

F	Grupo Ocupacional E	RMU	Beneficios Sociales	Bono Residencia (Previo Análisis)	Bono Geográfico (Previo Análisis)	Total
MEDICOS	S.P 12	2641	845,12	511	528,20	4525,32
	S.P 11	2472	791,04	511	494,40	4268,44
	S.P 9	2034	650,88	511	406,80	3602,68
	S.P 7	1676	536,32	511	335,20	3058,52
ODONT.	S.P 11	2472	791,04	511	494,40	4268,44
	S.P 10	2308	738,56	511	461,60	4019,16
	S.P 8	1760	563,20	511	352,00	3186,20
	S.P 7	1676	536,32	511	335,20	3058,52
	S.P 6	1412	451,84	511	282,40	2657,24
ENFE.	S.P 9	2034	650,88	511	406,80	3602,68
	S.P 7	1676	536,32	511	335,20	3058,52
	S.P 6	1412	451,84	511	282,40	2657,24
	S.P 5	1212	387,84	511	242,40	2353,24
	S.P 4	1086	347,52	511	217,20	2161,72
	S.P 3	986	315,52	511	197,20	2009,72

Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Dirección Nacional de Normatización de Talento Humano

El hecho de no haber realizado el año de servicio de salud rural, requisito obligatorio para los profesionales de las tres ramas en estudio, no es un inconveniente para ser parte del sistema de salud pública del Ecuador porque los primeros 12 meses serán considerados como el año de rural (MSP, 2012).

Adicionalmente el MSP asumió compromisos en lo referente al componente académico. A lo largo del tiempo uno de los inconvenientes más fuertes para reinsertarse en el ámbito laboral ha sido la revalidación de los títulos, que en el caso de los profesionales de la salud y gracias al Plan, no representaría un problema porque, como ya se explicó en el capítulo II, al trabajar en conjunto con la SENESCYT se facilitó el proceso. El MSP también ofrece poner a disposición becas de posgrado para que puedan acceder a una especialización dentro del país. (SENAMI, 2008) .

Los beneficios también incluyen otros compromisos del Gobierno en varias de sus instancias. Por un lado, el Ministerio de Relaciones Laborales se comprometió a facilitar los permisos de trabajo para cónyuges de los profesionales de la salud que retornen al país. Por otro lado, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración brindará facilidades para que los cónyuges o hijos mayores de edad puedan obtener visas de trabajo y los familiares cercanos puedan obtener visas amparadas. Mientras que la

Secretaría Nacional del Migrantes permitirá que quienes se acojan al programa también se beneficien del plan “Bienvenidos a Casa” y consecuentemente de los beneficios de menaje de casa, bono de vivienda, Banca del Migrante y al fondo concursable Cucayo, previamente analizados en el presente capítulo. El Ministerio de Salud les ofrece la oportunidad de acceder a los concursos de mérito y oposición con la finalidad de obtener un nombramiento definitivo una vez que hayan concluido el año de contrato relativo al Plan. (MSP, 2012).

Es evidente que los beneficios están enfocados en su mayor parte en entregar facilidades e incentivos de tipo económico de tal manera que se ha podido determinar que estos factores son decisivos al momento de salir o retornar al país.

3.3.3. Aspectos considerados por los profesionales para retornar

El plan inició en el mes de marzo del presente año y hasta la fecha hay 36 personas que se han acogido, otras que ya presentaron solicitudes y también un grupo de profesionales que están en una etapa informativa. Las que ya retornaron se encuentran desempeñando funciones en centros de atención de salud pública en Pichincha, Guayas, Tungurahua, Imbabura, Orellana y Galápagos. Entre los profesionales que se acogieron hay médicos generales, pediatras, cirujanos y cardiólogos; odontólogos y licenciados en enfermería. El Ministerio de Salud Pública aspira que al finalizar el 2012 el número aumente a 150(ECUAVISA III, 2012).

Conforme a los comentarios de las personas que ya se acogieron al plan, lo hicieron motivados por diferentes factores.

El factor emocional, aquel que motivó a que los emigrantes consideraran la necesidad de estar cerca de sus familiares y amigos en el país en dónde crecieron fue determinante. (URGILES, 2012). Resaltaron que para algunos de los sujetos en estudio, la estabilidad familiar es más importante que los ingresos altos que se ofrecen en los países receptores. Por ejemplo, hay casos de países como Chile en dónde las remuneraciones son más altas, como ya se analizó en el primer capítulo, pero el costo de vida también lo es. Es entonces cuando estas personas se guiaron por un análisis costo-beneficio.(JALABELLI, 2012).

El sentido de pertenencia al Ecuador combinado con el deseo de aportar en él, constituyó otra poderosa razón para considerar el retorno. Los emigrantes saben que sus conocimientos y experiencias obtenidas en otros escenarios aportarían en el Ecuador y en su aplicación con los pacientes del sector de salud pública. (VELIZ J. , 2012). Además, el servir a quienes lo necesitan, incluido en sus promesas al momento de graduarse, se complementa a los beneficios que el Plan les ofrece y consecuentemente un sentimiento de satisfacción con su decisión de retornar y desempeñar sus funciones en el país. Cabe mencionar que quienes retornaron remarcaron la buena acogida del Gobierno Nacional y las instituciones que intervinieron en el proceso. (MERA, 2012).

"Ecuador Saludable, vuelvo por ti" está enfocado a los aproximadamente 10.000 profesionales de la Salud ecuatorianos radicados en diferentes países, no solo Chile. Por ejemplo, para una de la Médica Familiar JacquellineSalbatore, quien previamente residía en Cuba y en la actualidad brinda servicios en el Coca, el plan cumplió completamente sus expectativas especialmente en el ámbito económico ya que pasó de ganar 485 pesos cubanos (20 dólares americanos) a ganar 2034 dólares americanos. (SALBATORE, 2012).

Los aspectos académicos han sido causas de la fuga de los ecuatorianos en este sector y por ende han sido considerados dentro del Plan. Los ecuatorianos que regresaron mantienen activo su deseo de crecimiento profesional por medio del estudio continuo y el Ministerio de Salud tiene el compromiso de ofrecer capacitaciones constantes y trabaja en la búsqueda de alianzas con 5 universidades locales públicas y privadas para que quienes se acojan al programa puedan acceder a becas para el estudio de especialidades. (JALABELLI, 2012).

De igual manera, hay profesionales que pese a conocer sobre el programa no están interesados en acogerse. Las razones son principalmente la estabilidad en los países receptores y el ámbito económico.

El promedio de estadía de los profesionales de la salud en Chile es de 6 años. En este período, ellos ya se acostumbran a estar en otro país, tienen sus trabajos, negocios y actividades en general ya establecidas. En varios casos

contraen matrimonio y forman sus familias en el otro país, por lo que la posibilidad de retorno es menor. El hecho de dejar una vida ya formada, genera dudas e inseguridades aunque tengan familiares en Ecuador. (Carrasco, 2010)

Y, definitivamente, el factor económico es el más importante. A pesar de que los sueldos ofrecidos en el Ecuador serían más altos, siguen siendo menores a los que reciben en Chile. Una vez que las personas están acostumbradas a una cierta calidad de vida es difícil cambiarlo y para hacerlo las condiciones en el caso de retorno deberían ser relativamente parejas. (SALBARRÍA, 2011).

El Dr. Juan Carlos García médico endocrinólogo, radicado en Chile explicó que el Plan no llena las expectativas de estabilidad ni laboral ni económica. Explicó que el hecho de ofrecer un año de contrato no compensa dejar puestos de trabajo estables en Chile, en los cuales incluso son mejores remunerados. (GARCIA, 2012).

Pero también hay profesionales que no están de acuerdo con el manejo actual de las reformas para los profesionales de este sector como es el caso de la nueva jornada laboral. El Dr. Luis Benítez estudiante de Medicina Ocupacional en España manifestó que esta reforma no toma en cuenta el síndrome *Burnout.*

> *El burn-out es un síndrome de estrés crónico, que afecta a los profesionales de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Aparece en los profesionales que prestan ayuda al público (sanitarios y educadores, entre otros)*. (GONÇALVEZ, y otros, 2002:279).

Por otro lado se encuentra como limitante los pocos cupos para especializarse. Un aspecto que en lugar de mejorar con los años, ha empeorado. Hasta el año 2000 en el caso de la cirugía cardiotoráxica, los profesionales realizaban tres años de residencia y recibían un título de hecho. Pero una vez suprimido este método, los gobiernos subsiguientes, no desarrollaron ningún tipo de método sustitutivo.(NARVAEZ, 2012). En el año 2011 postularon 1200 profesionales para 60 plazas.

El Plan propuesto por el Gobierno Nacional pretende atraer a los profesionales de la salud que se encuentran en varios países y de esta manera

cubrir las plazas desocupadas en centros de atención de salud pública a nivel de todo el país. Las herramientas utilizadas para incentivarlos a volver son remuneraciones altas, contrato laboral de un año, luego del mismo las posibilidades de aplicar a un concurso de méritos y oposición y de esta manera obtener un nombramiento, facilidades para la movilización de quienes se acojan y sus familiares, futuras oportunidades académicas y de capacitación. Pero, a pesar de los esfuerzos destinados a esta causa, desde marzo 2012 hasta la fecha, periodo de funcionamiento del Plan, solo 36 personas se han acogido. Esto conlleva a cuestionarse si existe una falta de difusión o los incentivos no son suficientemente atrayentes para los profesionales de la salud ecuatorianos radicados en otros países.

Las necesidades internas del Ecuador demostradas por medio de cifras en cuanto a la insuficiencia de profesionales de la salud al tener 1 médico por cada 569 personas, 1 odontólogo por cada 4.019 habitantes y un licenciado en enfermería por cada 1.221 personas; o del mejoramiento de algunas instituciones de atención de salud pública como es el caso del Hospital de la Policía; de la falta de organización en lo referente a la atención para el paciente y de la escasez de citas para los mismos han tratado de ser solucionadas por medio de acciones gubernamentales. Entre estas acciones está la inversión de 1.295 millones de dólares en el sector para la construcción de 97 nuevas instituciones de atención de salud pública, el mejoramiento e implementación de 506 establecimientos ya existentes. El hecho de contar con la infraestructura suficiente es una parte de la solución que no llega a ser completa hasta tener el personal capacitado que atienda a sus pacientes en estas instalaciones. Por esta razón, también hubo una ampliación de puestos de trabajo con nombramientos obtenidos por medio de concursos de méritos y oposición. Que tampoco ha podido cubrir la demanda y que ha hecho visible la necesidad de promocionar el retorno de los profesionales de la salud ecuatorianos que están en otros países. Consecuentemente, se han desarrollado planes apoyados por políticas públicas enfocados a ofrecer condiciones satisfactorias y atrayentes para los migrantes ecuatorianos. El plan más importantes en cuanto al tema de estudio es “Ecuador saludable, vuelvo por ti” focalizado únicamente en estos profesionales quienes con su retorno podrían cubrir la demanda de ellos existentes en el Ecuador. Este plan que cuenta con el apoyo de otras instituciones como son MIDUVI, SENAMI y SENESCYT ha hecho posible que

36 profesionales retornen de más de 8.000 que se encuentran fuera solo en este sector.

Las necesidades internas analizadas han demostrado que el país sí necesita el retorno de los profesionales de la salud residentes en Chile y en otros países.

Al basarnos en una teoría centrada en efectos de expulsión y atracción de las personas, en dónde los aspectos económicos son los más determinantes, se puede concluir que todos los beneficios que el país por medio del Plan ofrece a los compatriotas migrantes, sumados a los incrementos salariales por medio de los bonos especiales, no son suficientemente fuertes al compararlos con las condiciones que Chile les ofrece a nivel económico, familiar y social. El número de personas que han retornado son una muestra visible de que un año de contrato con la posibilidad a nombramiento por medio de concurso de méritos y oposición luego del mismo, facilidades en la obtención de visas para los familiares, eliminación de aranceles al menaje de casa, los sueldos ofrecidos, posibilidades de crecimiento académico, no son suficientemente atractivos para que ellos dejen sus vidas en Chile.

3. ANÁLISIS

El Ecuador con el pasar de los años ha llegado a ser un país proveedor de capital humano para varios países desarrollados. En el caso del presente estudio se analiza exclusivamente al capital humano ecuatoriano capacitado en el sector de la salud que ha emigrado hacia Chile entre los años 2006 y 2012.

Inicialmente una de las causas que parecía ocasionar que los médicos, odontólogos y enfermeras busquen un nuevo país era la falta de empleo y el subempleo como parte de su realidad laboral. Además el sentimiento de insatisfacción frente a la subvaloración de su trabajo ya que trabajaban largas jornadas sin recibir el estipendio correspondiente o las actividades que desempeñaban simplemente no requería del nivel de conocimientos que ellos poseían. Las tres profesiones estudiadas tienen la ventaja de ser independientes, es decir estos profesionales pueden desempeñarse de manera particular sin la necesidad de tener un empleador público o privado. Las estadísticas mostraron que los profesionales de la salud representan menos del 2% de los profesionales desocupados en el país. Es entonces como al contrastar los factores identificados anteriormente con el desempleo y subempleo, la evidencia desestima la tesis inicial.

Las inestabilidades económicas y políticas en el Ecuador han sido marcadas por la falta de continuidad en los proyectos de los gobiernos a cargo en los años de estudio. Si bien es cierto, el estudio inicia con el gobierno de Rafael Correa, las secuelas de los derrocamientos e inestabilidades de gobiernos anteriores aún seguían presentes. Los cambios de tendencia de un gobierno a otro provocaban que cada uno iniciara un nuevo proyecto sin continuidad alguna, un obstáculo para que el país avance rápidamente y se estabilice luego de cada caída.

Los médicos, odontólogos y enfermeras sienten la necesidad de buscar un lugar que les ofrezca principalmente estabilidad económica y que les proporcione ingresos económicos suficientes para vivir. Chile en este aspecto cubre los requerimientos de estos profesionales porque las remuneraciones que en él reciben casi duplican a las remuneraciones en el Ecuador. No obstante, es importante tomar en cuenta que el costo de la vida en Chile

también es más alto y por ende los gastos son mayores. A pesar de este hecho los ecuatorianos son los inmigrantes que tienen mejor calidad de vida en Chile.

Chile es un país en desarrollo que gracias a las reformas económicas llevadas a cabo por sus diferentes gobiernos ha progresado en este ámbito, mientras que el Ecuador se ha caracterizado por altibajos ocasionados también por decisiones gubernamentales ligadas principalmente a intereses de ciertos grupos. Una muestra es el incremento anual del PIB chileno que ha registrado un promedio de más de 12 mil millones de dólares, mientras que en Ecuador el crecimiento promedio fue de 8 mil millones de dólares anuales desde el año 2001. Este aspecto fundamental muestraa Chile como un país estable económicamente y por ende, ofrece opciones tangibles de mejoramiento en la calidad de vida.

El campo laboral en Chile se ha mostrado abierto para los extranjeros debido a la demanda existente de estos profesionales. En Chile la educación superior aún es vista como un derecho de pocos, esta ideología ha prevalecido y ha resultado en la escasez de profesionales en esta área. Por esta necesidad detectada, cuando los ecuatorianos emigran, no encuentran problemas de inserción laboral. Un factor decisivo al momento de tomar la decisión de migrar y al llegar a Chile es el apoyo que les brindan los ecuatorianos que han residido más tiempo en este país.

Chile ha sido uno de los países latinoamericanos más elegidos por los ecuatorianos para migrar y este fenómeno tiene otra explicación que se suma a lo anteriormente mencionado, la movilidad hacia este país es sumamente sencilla. Gracias al bloque regional Comunidad Andina de Naciones, un ecuatoriano puede viajar a Chile solo con la cédula de identidad.

Otro de los factores atrayentes de Chile es que los compatriotas reconocen la calidad educativa de este país, buscan la oportunidad de crecer a nivel académico y trabajar o estudiar en un ambiente que les ofrezca mejores instalaciones y manejo de tecnología más avanzada, y si deciden volver al Ecuador, sean favorecidos por el reconocimiento generado por haberse desempeñado y/o estudiado en uno de los países más desarrollados en América del Sur. Sin embargo, un problema latente en este país incluso para los chilenos es el alto costo de la educación, por ende aproximadamente el

10% de los profesionales de la salud ecuatorianos que residen en Chile han podido especializarse.

Los ecuatorianos además están tentados por la facilidad existente en los procesos de reconocimientos de títulos ecuatorianos en Chile y viceversa. Un aspecto estratégico al momento de tomar la decisión de elegir un país. El panorama era aún más tentador cuando gracias al convenio de mutuo reconocimiento de títulos beneficiaba a los ecuatorianos en prescindir de un examen para que estudien o laboren en Chile. En el año 2009 la situación cambió al convertir al examen EUNACOM en un requisito indispensable para que los médicos extranjeros y chilenos trabajen en el sector público y estudien postgrados. A lo largo de los años en los cuales el examen ha estado vigente, el porcentaje de reprobación de los extranjeros más bajo ha sido del 78.8%. Esta reforma perjudicó de sobremanera a los médicos ecuatorianos que planeaban realizar sus estudios de cuarto nivel en Chile.

Los resultados obtenidos refuerzan la teoría Push and Pull que sostiene que los factores de expulsión y atracción son complementarios. La migración sólo puede ocurrir si la razón para emigrar (mejor condición de vida, reconocimiento, estabilidad económica, política y laboral) es remediada por el correspondiente movimiento a un destino alcanzable en este caso Chile. Ravenstein remarcó la alta influencia de la situación laboral en las migraciones y también su relación directa con los ingresos económicos derivados de la misma. Se ha demostrado que la estabilidad económica y los mayores ingresos provenientes de sus actividades profesionales en Chile impulsaron la salida de los ecuatorianos.

El análisis de la información recolectada referente a las oportunidades de formación para los profesionales de la salud en el cuarto nivel en los dos países permite realizar una comparación entre ellos. La diferenciación inicia desde el número de universidades reconocidas por el Consejo Nacional de Educación de Chile y la Secretaria Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Ecuador que cuentan con programas de postgrados para estos profesionales. Por un lado Chile cuenta con 16 de estas universidades, mientras que por otro lado en Ecuador existen 12. En lo referente a la gama de postgrados la brecha también es grande. Para los médicos en Ecuador existen 21 especialidades y subespecialidades y en Chile son 100, para los

odontólogos en Ecuador se ofertan en total 7 diferentes especialidades y subespecialidades, y en Chile son 34. Para los licenciados en Enfermería en Ecuador se ofertan 5 postgrados mientras que en Chile son 27. Además la oferta chilena en cuanto a Diplomados, Masterados y Doctorados también es mayor ya que en Ecuador estos son casi inexistentes. En lo que concierne a costos en Chile las especialidades sobrepasan los 20.000 USD y son autofinanciados, de las cuales las más costosas son las especialidades para odontólogos. En Ecuador por el contrario la mayoría de postgrados son para médicos y se manejan por medio de becas del MSP y del IESS, los pagos a las universidades son de aproximadamente 3.000 USD anuales. Para los odontólogos en cambio son autofinanciados pero los costos por programa no superan los 18.000 USD en universidades públicas. En el Ecuador se detectó otro componente de la educación de cuarto nivel que son las becas, las que presentan diferentes condiciones y no son solo a nivel nacional como las promovidas por las instituciones antes mencionadas sino también a nivel internacional. Las becas de excelencia, en las mejores universidades del mundo son una herramienta que el Gobierno utiliza desde el año 2012 para mantener a su capital humano (como lo recomendó la OPS en la 27 conferencia Sanitaria Panamericana). Por medio de ellas promueve la formación de sus profesionales con la condición de que luego retornen y aporten con el país.

A lo largo del estudio se ha demostrado que el factor económico ha sido trascendental en la toma de decisiones de los profesionales de la salud ecuatorianos, por ende es contradictorio que ellosmigren a un país en donde el costo de la educación de cuarto nivel es mayoral costo ecuatoriano y que a pesar de lo mencionado, la esperanza de crecimiento académico seauno de los motores de la migración hacia Chile.

En relación a la educación no se puede dejar de lado los problemas que han causado que Ecuador se quede rezagado en cuanto a la oferta de postgrados, incitando a que sus profesionales busquen otros países con mayores oportunidades en este campo, y consecuentemente dejando en carencia la dotación de capital humano. El elemento que ocasionó la irregularidad en la apertura de postgrados fue la falta de coordinación y cooperación entre las instituciones encargadas de promoverlos. Las falencias en las comunicaciones entre ellas, no permitía que llegaran a acuerdos y al

final los perjudicados eran los profesionales de la salud interesados en continuar con su educación y los pacientes a nivel nacional. Ventajosamente, luego de años de discrepancias en el año 2012, se empezó a buscar soluciones y por medio de un acuerdo entre el MSP, SENASCYT, CES y las universidades y las funciones fueron distribuidas de la siguiente manera: el MSP se encargará de designar el número de profesionales que el país necesita y en qué áreas, además promoverá por su parte un postgrado en Medicina Familiar y un programa de formación de Técnico en Atención Primarias de Salud; el CES regulará los procesos de ingreso a los postgrados y los procedimientos de las universidades para ser aptas para ofrecer estos postgrados; y a las universidades se les dejó el compromiso de presentar programas conforme a las necesidades del país. Por el momento los resultados aún no se detectan ya que los primeros programas empezarán en los primeros meses de enero 2013.

La oferta casi inexistente que ha existido desde el año 2002 ha provocado que la falta de profesionales especialistas se sienta entre establecimientos de atención de salud y entre los pacientes, razón por la cual el Gobierno detectó la necesidad de motivar a que los profesionales de la salud que han salido del país retornen y contribuyan a la satisfacción de la demanda existente dentro del país.

Entre las razones que explican la necesidad de los profesionales de la salud es que desde el año 2006 al año 2011 la demanda de servicios de salud pública creció un 204%. Además, hasta ese mismo año había 1 médico por cada 569 personas, 1 odontólogo por cada 4.019 habitantes y un licenciado en enfermería por cada 1.221 habitantes. Es decir, no había una proporcionalidad correcta entre profesionales y pacientes. La demanda ha crecido de tal manera que uno de los hospitales que recibe más pacientes en el país, Andrade Marín en Quito, atiende a 1000 pacientes cada 4 horas. Las consecuencias que se perciben con mayor fuerza son las relacionadas con los pacientes ya que la falta de profesionales se traduce en dificultad para conseguir turnos, más tiempo de espera y el hecho de no llegar a ser atendidos por los especialistas que sus casos requieren. Los elementos mencionados afectan a la calidad de vida de los ciudadanos. Por un lado existe la gratuidad de la salud mientras que por otro las circunstancias no permiten que los ciudadanos aprovechen al 100% el beneficio.

Otro de los componentes analizados con referencia a la demanda insatisfecha son los establecimientos públicos designados para la atención de los pacientes. El Gobierno ha invertido altos recursos en la construcción, remodelación e implementación de instituciones de salud para la atención. Además las cifras mostraron que la disponibilidad de camas en estos establecimientos, es superior a la demanda de las mismas, es decir que hay una subutilización. Efectivamente, estos aspectos evidencian que en el período de estudio la salud ha sido atendida por el Gobierno pero solo desde uno de sus componentes, el de instalaciones. No obstante, al no contar con el personal necesario para atender en los establecimientos nuevos o remodelados o sin contar con el personal capacitado para manejar los nuevos equipos, la disponibilidad de camas continuará de la misma manera y toda la inversión realizada se perderá, es decir que todos los esfuerzos realizados habrían sido en vano. Es poco lo que realmente puede aportar el hecho de contar con las instalaciones, mas no con el personal capacitado para aprovechar de este beneficio.

A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno No se saca nada teniendo las instalaciones y no el personal.

Al encontrarse en esta situación el Gobierno Ecuatoriano ha concluido que para cubrir la demanda de especialistas, se requiere ofertar más programas de cuarto nivel, como se mencionó previamente, y como otra solución se encontró necesario motivar a los profesionales de la salud ecuatorianos que residen en el extranjero para que retornen al país. En búsqueda de brindar mayores facilidades la SENAMI elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Humano para Migraciones, el mismo que basado en el Plan de Desarrollo de la SENPLADES y el Plan del Buen Vivir busca crear políticas favorables para los migrantes. Es este plan el fundamento principal para el desarrollo del Plan “Bienvenidos a casa”, el mismo que con sus cuatro pilares: Bono de vivienda, fondo concursable Cucayo, menaje de casa y la Banca del Migrante busca reintegrar a los ecuatorianos que actualmente están en otros países. Posteriormente, el MSP promovió y aún ejecuta un Plan denominado “Ecuador saludable, vuelvo por ti” que es exclusivo para el retorno voluntario de los profesionales de la salud. Lo que ofrece es: un contrato laboral de 1 año, dos bonos económicos si las circunstancias lo requieren, facilidades para

revalidar los títulos, ayuda obtener permisos de trabajo para los cónyuges, gratuidad en el transporte de menaje del hogar y equipo de trabajo si el caso lo requiere. Parece ser atractivo, sin embargo menos de 100 personas se han acogido al plan desde que entró en vigencia, es decir que los ofrecimientos no son realmente atractivos para los profesionales en estudio.

Los profesionales de la salud se van en búsqueda de mejores ingresos económicos que contribuyan a mejorar sus niveles de vida, son entonces estos dos factores los que ejercería una fuerza de atracción más fuerte. Cabe destacar que efectivamente se ha tomado en cuenta el factor económico al momento de estructurar el Plan y que las remuneraciones son iguales a las que reciben el resto de profesionales de la salud residentes en el Ecuador, pero a ellas se suman los beneficios de ley, y los bonos de residencia y geográfico. No obstante, los bonos no están disponibles para todos los profesionales que deciden retornar, sino que estos dependen de la ubicación geográfica del puesto de trabajo a donde va a llegar el personal. A pesar de las adiciones a los estipendios, siguen siendo menores que las que reciben en Chile.

Por otro lado, para mejorar o al menos mantener un nivel de vida bueno es indispensable poseer un trabajo estable. El Plan ofrece un contrato laboral de un año y la oportunidad de presentarse a concursos de méritos y oposición luego de ese año. Sin embargo, no se toma en cuenta un elemento. El promedio de estadía de los profesionales de la salud en Chile es de 6 años, en este período ellos ya alcanzan a tener un nivel de estabilidad considerable y en ciertos casos forman sus familias, por ende un año de contrato es un período poco atractivo para nuestros compatriotas, y en este período es casi imposible estabilizarse. La incertidumbre de saber lo que puede pasar luego del año acentúa aún más la presión que siente el profesional si retorna con su familia. “Ecuador saludable, vuelvo por ti” da prioridad a las personas que estén dispuestas a movilizarse a las zonas alejadas porque es en ellas en dónde se requiere más a los profesionales. Un elemento que para un profesional soltero no es un gran problema como al contrario lo es para un profesional que retorna con su familia. Además interviene otro obstáculo que es el alejamiento del profesional, lo que conlleva a la limitada interacción con colegas, dificultades para acceder a actualizaciones y manejo de equipos sofisticados. Desde cierto punto de vista habría un retroceso profesional sin desmerecer la ayuda que se puede proporcionar a las poblaciones.

Cabe destacar que el factor emocional ha sido el más considerado por los profesionales que han retornado al país. De acuerdo a las versiones de algunos profesionales a las que pude acceder, el hecho de volver a su país y contribuir con él, y de estar cerca a sus familiares minimiza las circunstancias económicas y laborales que no dejan de ser importantes pero llegan a complementarse con el sentimiento de satisfacción emocional.

4. CONCLUSIONES

La información recolectada ha mostrado que la hipótesis es verdadera en virtud de que la ausencia de profesionales de la salud en centros médicos y hospitales públicos del país podría ser cubierta por su retorno voluntario. Al contar con oportunidades de crecimiento académico y económico en el mismo Ecuador motivarían que los profesionales que residen en el país eviten migrar en búsqueda de lo que ya tienen, y que los que están fuera retornen porque sus ingresos los harían sentirse satisfechos y les permitirían mejorar sus condiciones de vida. Consecuentemente su presencia contribuiría a cubrir la demanda insatisfecha por parte de los establecimientos de salud pública y también por parte de los pacientes contribuyendo a que la calidad en la atención de estos mejore.

Menos del 2% de los profesionales de la salud en Ecuador se encuentran en situación de desempleo y subempleo, por ende no es un motivo significativo para que estos profesionales tomen la decisión de emigrar.

Las remuneraciones chilenas son mayores que las ecuatorianas para los médicos, enfermeras y odontólogos. Este es el factor más atrayente para los profesionales de la salud ecuatorianos, lo que se complementa con las mejores condiciones de vida existentes en Chile.

Chile es un país desarrollado que ofrece estabilidad política y económica, características que llenan los vacíos dejados por las inestabilidades que han existido en el Ecuador.

Los profesionales de la salud ecuatorianos provenientes de Chile tienen mayor reconocimiento en el mercado ecuatoriano.

En Chile existe demanda de profesionales de la salud insatisfecha, por ende abre sus puertas a los profesionales de la salud extranjeros para que se desempeñen en el sector público en la Atención Primaria de Salud.

Los profesionales de la salud ecuatorianos dejaron el país motivados por la dificultad de romper estructuras jerárquicas establecidas en las cuales sus opiniones eran ocasionalmente consideradas y limitaban su participación en los procesos.

Las jornadas laborales excesivas sin remuneraciones correspondientes al trabajo realizado han sido un factor de expulsión para los profesionales de este campo.

La falta de oportunidades para competir en el campo laboral debido a la existencia de monopolios familiares generó migración en el sector de la salud.

Actualmente, el aumento de horas en la jornada laboral de los profesionales de la salud ocasiona que la retribución por hora de su trabajo disminuya de valor.

La baja oferta de postgrados y la dificultad de acceder a los existentes obligan a que los profesionales busquen lugares en donde exista mayor oferta.

El sistema de formación académica de cuarto nivel en el Ecuador ha paralizado temporalmente la oferta de cursos de especialidad de salud, por la falta de coordinación entre las universidades y las instituciones estatales que norman estos cursos.

La oferta chilena de programas de educación de cuarto nivel para los profesionales de la salud supera de sobremanera a la ecuatoriana.

Aproximadamente el 10% de los profesionales de la salud ecuatorianos que han emigrado a Chile han logrado realizar estudios de cuarto nivel debido a los elevados costos.

El examen EUNACOM ha sido un obstáculo para que los médicos ecuatorianos se desempeñen en el sector público y continúen su educación en Chile desde el año 2009.

El Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y títulos profesionales entre Ecuador y Chile suscrito en 1917 facilita los procesos y ahorra tiempo para los profesionales que decidan emigrar a Chile o retornar al Ecuador desde Chile.

Se detectó que en Ecuador la oferta de programas para educación de cuarto nivel es baja para los tres tipos de profesionales en estudio. Sin embargo, la situación se agudiza para los odontólogos y más aún para las enfermeras.

El Gobierno como medidas resolutivas promueve un programa de formación de médicos familiares, uno para técnicos de atención primaria y además ofrece becas para la formación en el extranjero.

La emigración de médicos, odontólogos y enfermeras provoca que la inversión realizada por el Gobierno y por las universidades se pierda, si estos profesionales deciden no retornar.

Los profesionales de la salud con título de tercer nivel y especialistas en el Ecuador son insuficientes para satisfacer las demandas y necesidades de los pacientes.

El número de profesionales que el sector de la salud ecuatoriano requiere se ha incrementado de 1.143 a 6.169 en el período comprendido entre los años 2010 y 2012.

El aumento de afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la gratuidad de la salud ha incrementado la demanda de profesionales de la salud en un 212%.

El número de profesionales de la salud sin especialización sobrepasa el número de especialistas requeridos para cubrir la demanda actual a nivel nacional.

La inversión gubernamental en infraestructura de establecimientos de salud pública a nivel nacional entre los años 2006-2012 ha incrementado razón por la cual los establecimientos de atención y equipamiento han sido innovados y han aumentado a nivel nacional.

Existe una subutilización de la infraestructura disponible para los pacientes posiblemente por la falta de personal para atenderlos y con los conocimientos necesarios para utilizar los nuevos equipos.

Las citas médicas ofrecidas por los establecimientos de salud pública incluido el IESS tienen tiempo de espera exagerados debido a limitado personal lo que ocasiona la insatisfacción de los pacientes.

Desde el año 2010 se observa la cooperación entre instituciones de atención de salud tanto públicas como privadas en caso de que uno de los establecimientos no cuente con el equipo, infraestructura o profesional adecuado para una situación en particular.

El Gobierno lanzó el programa de retorno *Ecuador saludable, vuelvo por ti* al cual menos de 100 personas se han acogido en 10 meses que ha estado en vigencia.

Los beneficios que el país por medio del Plan ofrece a los compatriotas migrantes, sumados a los incrementos salariales por medio de los bonos especiales, no son suficientemente atractivos al compararlos con las condiciones que Chile les ofrece a nivel económico, familiar y social.

Existe escasa información sobre el tema en las diferentes instituciones públicas y la poca información que poseen no está disponible para el público.

5. RECOMENDACIONES

En vista de que la hipótesis planteada es verdadera se recomienda lo siguiente:

El Gobierno debería reconsiderar las remuneraciones establecidas debido a la nueva jornada laboral para los profesionales de la salud ya que al

hacer una relación del pago versus las horas trabajadas, el valor por hora es menor al que recibían antes de la reforma.

El Gobierno de turno y sus sucesores deberían fomenta políticas que busquen estabilizar al Ecuador en el ámbito económico, político y social, lo que motivaría el retorno voluntario de los profesionales de la salud ecuatorianos residentes en Chile y en el resto de países.

Eliminar las estructuras jerárquicas que no permiten la participación de todos los profesionales en la toma de decisiones y en lugar de ello considerar sus criterios para realizar un verdadero trabajo en equipo en donde todos los actores sean partícipes.

Se deben respetar las horas de trabajo así como su remuneración correspondiente y erradicar el exceso de trabajo que recae los profesionales de la salud.

Aumentar la oferta de programas de especialidades y subespecialidades, masterados y diplomados para profesionales de la salud en universidades públicas y privadas a las cuales todos tengan las mismas oportunidades de ingresar y que los costos sean accesibles para los profesionales interesados.

Incrementar la gama de postgrados para los odontólogos y enfermeras, que siempre han sido muy escasos.

Promover el involucramiento en la formación de cuarto nivel de las universidades que forman a médicos, odontólogos y enfermeras en pregrado.

Comprometer al CES, SENESCYT, MSP y a las universidades a también trabajar en favor de los postgrados para los odontólogos y enfermeros así como ya se ha empezado a hacer para los médicos.

Extender los programas de becas para especialización de médicos llevados a cabo por el MSP a los odontólogos y enfermeras de la red de salud pública nacional.

Promover la especialización de los profesionales de la salud ecuatorianos y residentes en Ecuador con título de tercer nivel para que sean ellos mismos quienes puedan cubrir la demanda de especialistas en las instituciones de salud del país.

El Plan de retorno debería ser mejor difundido a nivel internacional de una manera clara y real que permita dar a conocer todos los parámetros que este comprende.

“Ecuador saludable, vuelvo por ti” debería ofrecer mayor estabilidad laboral para los profesionales que decidan acogerse al mismo y su contrato de trabajo debería ser mayor a un año.

Las instituciones estatales deberían mostrarse más abiertas, colaborar con las investigaciones y actuar como entes complementarios para los estudios de los problemas sociales existentes en el país y de esta manera contribuir en la propuesta de soluciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

Libros

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. En A. Constituyente, *Título VII, Capítulo Primero, Sección segunda.* Ecuador, Ciudad Alfaro: Nacional.

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. En A. Constituyente, *Título VI, Capítulo sexto, Sección Tercera.* Ecuador, Ciudad Alfaro: Nacional.

Banco Central del Ecuador. (2011). *Estadísticas Macroeconómicas* .Ecuador, Quito: BCE.

Banco Central del Ecuador. (2011). *Evolución de las remesas-Evolución anual.*Ecuador, Quito: BCE.

Carrasco, C. (2010). *Programa de retorno de médicos residentes en Chile.* Quito: Organización Panamericana de la Salud.

Constituyente, A. N. (1998). *Constitucion Politica De La Republica Del Ecuador. Ecuador,* Riobamba: Nacional.

Enriquez, W. (2009). *Vademécum Académico Legal del Sistema Nacional de Educación Superior.*Ecuador, Quito: CONESUP.

Equipo Consultor Mda-Senami. (2010). *Apoyo y promoción al talento humano en el exterior.*Ecuador, Quito: Secretaría Nacional del Migrante.

Escudero, L. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo Humano para las Migraciones.*Ecuador, Quito: Secretaría Nacional del Migrante.

Gonçalvez, F., Aizipiri, J., Barbado, J., Cañones, P., Fernandez, A., Rodriguez, J., y otros. (2002). *Síndrome de Burn-out en el médico general.*España, Barcelona: Medicina General.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006, 2007, 2008, 2009, 2010). *Anuario de entradas y salidas internacionales* .Ecuador, Quito: INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006, 2007, 2008, 2009, 2010). *Clasificación de la población urbana según la condición de actividad y segmentación del mercado laboral regional, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo* .Ecuador, Quito: INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.(2010). *Entradas y Salidas de Ecuatorianos y Extranjeros por Sexo, según países de Destino.* Quito: INEC.

INEC; CEPAL. (2006-2010). *Estimaciones y proyecciones de población 1950-2010; Anuario de estadísticas hospitalarias, camas y egresos* .Ecuador, Quito.

INEC-ENEMDU. (2009). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. *Individuos con educación superior de acuerdo a su condición de ocupación titulados y no titulados*. Ecuador, Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Jalkh, I. (2010). *Programa de Retorno del personal de salud ecuatoriano residente en Chile.*Ecuador, Quito.

Jensen, M. F. (2006). Migración y políticas púpbicas. En *Inmigrantes en Chile*. Chile.

La XV Reunion de Ministros de Educación del Convenio Andrés Bello. (1990). *Tratado de la organización del convenio Andrés Bello de Integración educativa, científica, tecnología y cultural.*España, Madrid.

Malvarez, S. (2009). *Presentación de la Reunión Andina de Migración Profesional en Salud.* Lima: Organización Panamericana de la Salud.

Mendoza, G. (2011). *La Ciudadanía Laboral Andina.* Comunidad Andina de Naciones.

Mora, M., Malo, D., & Zeas, A. (2009). *Apoyo y promoción al Talento Humano en el exterior.*Ecuador, Quito: Secretaría Nacional del Migrante

Ministerio de Relaciones Laborales.(2010). *Ley Orgánica de Servicio Público.*Ecuador, Quito: Nacional.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Ley Orgánica de Salud Pública.* Ecuador, Quito: Nacional.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Propuesta de aspectos básicos para la elaboración del programa de formación del plan de estudios para formar especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria.*Ecuador, Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Propuesta de formación de técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS).* Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Taller de Fortalecimiento del Talento Humano en Salud.*Ecador, Quito: Ministerio de Salud Pública.

Nieves, E. (2007). *La protección de los derechos humanos de las y los migrantes indocumentados en México.* México.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Programa de retorno de médicos residentes en Chile.*OPS. OPS, & OMS. (2000). *Proceso de reforma en salud.* Ecuador.

Ops; Fundacion Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo; Sistema Nacional de Salud;Consejo Nacional de Salud. (Noviembre de 2007). Aproximaciones a la migración del talento humano en Salud en Ecuador. Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile. *Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas*.Quito, Pichincha, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud, Representación Ecuador.

Ortiz, R., & Guerra, V. (2008). *Instituto Nacional del Estadísticas y Censos, Ortiz Roberto y Guerra Viviana, Caracterización sociodemográfica y económica de las y los emigrantes ecuatorianos.*Ecuador, Quito: INEC.

Posso, M. (2008). *Reformas al sector salud aprobadas por la Asamblea de Montecristi .*Ecuador, Ciudad Alfaro: Asamblea Nacional Constituyente .

Presidencia de la República Del Ecuador. (2010). *Ley Orgánica de Educación Superior.* Quito: Nacional.

SENAMI. (2008). *Sistema de promción y apoyo del talento humano ecuatoriano en el exterior.* Quito: Secretaría Nacional del Migrante .

SEPULVEDA, H. (2009). *Presentación Chile-Ministerio de Salud de Chile.* Lima: Organización Panamericana de la Salud.

VANCE, K., & GONZALEZ, R. (2012). Ecuador Saludable, vuelvo por ti. *Lanzamiento del programa en España.*España, Madrid.

VELASCO, M. (2007). *La salud pública en América Latina. La Equidad en la mira la salud pública en Ecuador.*Ecuador, Quito: Organización Panamericana de la Salud.

Disertaciones

Bedoya, R. (2008). *Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile*(Maestría*,* FLACSO, Quito).

Gamboa, A. (2012). *Estudio comparativo sobre el desarrollo económico, político y cultural de Chile y Ecuador* (Pregrado).

Herrea, G., Carrillo, M., & Torres, A. (2005). *La migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes e identidades.*(Maestría).

Herrera, E. (2010). *¿Cual es el nivel de subempleo profesional en el Ecuador y cuáles son sus factores determinantes? (*Maestría, FLACSO, Quito)

Macías, W., & Patiño, M. (2011). *El sistema de Educación Superior en Ecuador.*(Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil).

Moncayo, M. I. (2011).*Plan Bienvenid@s a casa: Estudio sobre la experiencia del Fondo "El Cucayo"*. (Maestría, FLACSO, Quito).

Resoluciones

Consejo de Educación Superior. (2012). *Instructivo para la presentación de programas de especialidades médicas .Resolución No. RPC-SO-023-No. 165-2012*. Ecuador, Quito.

Consejo de Educación Superior. (2012). *Normas para la Realización del concurso de Méritos y Oposición para acceder a los programas de Especialidades Médicas. RPC-SO-013-No.082-2012*. Ecuador, Quito.

MRL. (2011). *Resolución MRL-2011-000033.* Quito: Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador. Ecuador, Quito.

MSP, SENAMI. (2008). *Convenio Marco de cooperación interinstitucional entre el ministerio de salud pública del Ecuador y la Secretaría Nacional del Migrante para la ejecución de los programas de plan de retorno.*Ecuador, Quito.

SENESCYT. (01 de Noviembre de 2012). Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. *SENESCYT-SGES-2012-CO*. Ecuador, Quito.

UCE. (02 de Diciembre de 2012). Convocatoria a concursos de postgrados de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador, Quito.

Web

Amaguayo, N. (2010). *Plan Estratégico período 2010-2013*de Hospital Quito No.1 Policía Nacional del Ecuador*.* Recuperado dehttp://hospitaluio.policiaecuador.gob.ec/uploads/media/plan-estrategico_hq1.pdf

Asofamech. (2009). *Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina*. Recuperado de http://www.eunacom.cl/home.html

Bastías, G., & Valdiva, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan auge o Régimen de garantías explícitas en salud (ges). Su origen y evolución.* Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf

BCE. (2011). *Comercio Exterior.* Recuperado de Banco Central del Ecuador: http://www.portal.bce.fin.ec/vto_bueno/seguridad/ComercioExteriorEst.jsp

CAN. (2008). *Migración-Migración. Intracomunitarias.* Recuperado de http://www.comunidadandina.org/Seccion.aspx?id=84&tipo=TE&title=migracion

Chile, B. D. (13 de Julio de 2006). *La reforma a la salud.* de http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-27.7644862447

CNED. (2012). *Consejo Nacional de Educación de Chile-Estadísticas y bases de datos.* Recuperado dehttp://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesEstadisticas/indices_estadisticas_instituciones.aspx?opcBusquedaCSE=9_3_3

Conferencia Internacional de Atención. (2002). *Declaración Alma Mata.* Recuperado de http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf

EUNACOM. (2009). *Resultados EUNACOM (Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina)2009.* Recuperado de http://www.eunacom.cl/resultados/resultados2009.html

EUNACOM. (2010). *Resultados EUNACOM (Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina) 2010*. Recuperado de http://www.eunacom.cl/resultados/resultados2010.html

EUNACOM. (2011). *Resultados EUNACOM (Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina) 2011*. Recuperado de http://www.eunacom.cl/resultados/resultados-actuales.html

Fundacion Aequus. (12 de Septiembre de 1978). *Declaración Alma-Mata.* Recuperado de http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/almaata.pdf

George Town University. (17 de Noviembre de 2009). *Political Databse of the Americas*. Recuperado el 01 de Septiembre de 2012, de http://pdba.georgetown.edu/Executive/Ecuador/pres.html

INEC. (2001-2010). *Número de establecimientos de salud con y sin internación hospitaria según provincias.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2012, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=249&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800

INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.* Recuperado el 04 de Julio de 2012, de Entradas y salidas de ecuatorianos por principal país de procedencia o destino: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=239&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800

Institute For Research And Debate On Governace. (Diciembre de 2009). *La Asamblea Constituyente*. Recuperado de http://www.institut-gouvernance.org/en/synthese/fiche-synthese-20.html

Isapres De Chile. (2012). *Nosotros.* Recuperado de http://www.isapre.cl/Institucional.html

Jativa, C. (2011). *Ecuador se negó a pagar la deuda y prosperó,* Embajador de Ecuador en París:. Recuperado de http://dedoyllagayahoocommx.blogspot.com/2012/07/ecuador-se-nego-pagar-la-deuda-y.html.

Larrein, M. (1999). *El Consenso de Washington: ¿Gobernador de Gobiernos?* Recuperado de http://propolco.tripod.com/4sem/washington.htm

Mera, G. (2012). *Médico cardiólogo que se acogió al Plan Ecuador Saludable, vuelvo por ti*. Recuperado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: http://www.youtube.com/watch?v=z_eZBd2ecTg

Miduvi. (2012). *Bono de la vivienda para el migrante.* Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda. Recuperado de ,http://tramites.ecuadorlegalonline.com/vivienda/ministerio-desarrollo-urbano-vivienda/bono-vivienda-migrante/

Ministerio De Relaciones Exteriores De Chile. (2012). *Requisitos y procedimientos para solicitar que el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile reconozca, en virtud de tratados, títulos profesionales obtenidos en el extranjero.* Recuperado http://www.minrel.gob.cl/prontus_minrel/site/artic/20080721/pags/20080721154016.php#top

MINSAL. (2010). *Estadísticas.* Recuperado de http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_informamos/g_estadisticas/presentacion_estadisticas.html

MSP. (2012). *Ecuador Saludable, vuelvo por ti.* Recuperado dehttp://www.salud.gob.ec/?p=3414/ecuador-saludable-vuelvo-por-ti

MSP. (2012). *Gobierno invierte más de 50 millones en becas para especialización de médicos.* Recuperado de http://www.salud.gob.ec/gobierno-invierte-mas-de-50-millones-en-becas-para-especializacion-de-medicos/

MSP. (2012). *Ministerios de Salud implementa acciones para cubrir necesidades de la población.* Recuperado de http://www.salud.gob.ec/?p=3504/ministerio-de-salud-implementa-acciones-para-cubrir-necesidades-de-la-poblacion

MSP. (2012). *Posgrados nacionales e internacionales de Especialidades Médicas*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/programa-2-posgrados-nacionales-e-internacionales-de-especialidades-medicas/

MSP. (2012). *Postgrado para médicos residentes asistenciales*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/programa-3-posgrados-para-medicos-residentes-asistenciales/

MSP. (2012). *Programa 1. Postgrados en Medicina Familiar*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2012, de Ministerio de Salud Pública: http://www.salud.gob.ec/programa-1-posgrados-en-medicina-familiar/

Oña, H. (2002). *Ecuador-Presidentes. Jamil Mahuad*. Recuperado de http://www.explored.com.ec/ecuador/mahuad.htm

SENAMI. (2012). *3.500 médicos ecuatorianos ejercen su profesión en Chile.* Recuperado de http://www.senami.gob.ec/noticias/1593-3500-medicos-ecuatorianos-ejercen-su-profesion-en-chile.html

SENAMI. (2012). *Bienvenid@s a Casa.* Recuperado de http://www.migrante.gob.ec/programas-servicios

SENAMI-SENAE. (2011). *Convenio de la Secretaria Nacional del Migrante y el Servicio Nacional de Aduana del Ecuador:* Recuperado de http://www.migranteecuatoriano.es/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=71

SENESCYT. (2012). *Secretaria Nacional de Educación Superio, Ciencia, Tecnología e InnovaciónReconocimiento e inscripción de títulos expedidos por instituciones de educación superior extranjeras..*

Recuperado de http://www.senescyt.gob.ec/web/guest/titulos_extranjeros

SENESCYT. (2012). *Universidades de Excelencia* . Recuperado de http://www.senescyt.gob.ec/web/240658/23;jsessionid=7677CFDE4E64CA56DEE2F5A27FC4A607

Terán, E. (2008). *Retorno Digno- Secretaría Nacional del Migrante.* Recuperadode http://issuu.com/senamigovec/docs/retornodignoespecialcompleto2?mode=window&pageNumber=1

Urgiles, B. (2012). *Médico general retornado por el Plan Ecuador saludable, vuelvo por ti*. Recuperado dehttp://www.youtube.com/watch?v=z_eZBd2ecTg

Veliz, J. (2012). *Médico general que se acogió al Plan Ecuador Saludable, vuelvo por ti*. Recuperado de http://www.youtube.com/watch?v=z_eZBd2ecTg

Artículo Periódicos

Cárdenas, F, & Carrión, M. (2008). Este año se han destinado US$ 75 millones para infraestructura y equipos, y US$ 500 mil para capacitación.*Diario El Telégrafo. Recuperado de* http://www.partealta.ec/portada/archivo/3843-iess-tecnifica-sus-hospitales-maltrato-continua-)

Ecuador Inmediato. (2011, Diciembre 16). Ecuador contará con 10.000 agentes transformadores y promotores de slaud en las comunidades.*Diario Ecuador inmediato.com*. Recuperado de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=163806&umt=ministerio_salud_formara_tecnicos_en_atencion_primaria_para_sectores_populares

Ecuador Inmediato. (2008, Julio 27). Ecuatorianos gestionan becas para estudiar en Francia.*Ecuador Inmediato.* Recuperado de http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/ecuadorinmediato_noticias--83683

El Ciudadano. (2010, Marzo 23). SENAMI contra fraude en Plan Bienvenid@s a Casa.*Diario El Ciudadano*. Recuperado de http://www.raizecuador.com/SENAMI-contra-fraude-en-Plan-Bienvenido-a-Casa/48

El Comercio. (2011). 30 S subordinación policial.*El Comercio.*Recuperado de http://especiales.elcomercio.com/2011/09/30s/

El Comercio. (2012, Mayo 09).Buscamos médicos ecuatorianos que trabajen en el extranjero.*El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/sociedad/Buscamos-medicos-ecuatorianos-trabajen-extranjero_0_697130422.html.

El Comercio. (2012, Junio 01).Correa dice que no firmará acuerdos comerciales que hipotequen a Ecuador.*El Comercio.* Recuperado de

http://www.elcomercio.com/politica/Correa-acuerdos-comerciales-hipotequen-Ecuador_0_710929040.html

El Comercio. (2012, Mayo 02).Ecuador necesita 6.169 médicos especialistas pra los hospitales.*El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-necesita-medicos-especialistas-hospitales_0_692330850.html

El Comercio. (2012, Septiembre 03). Hospitales de la Fuerza Pública trabajan en red.*Diario El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/sociedad/Hospitales-Fuerza-Publica-trabajan-red_0_766723369.html

El Comercio. (2012, Junio 04). Médicos ecuatorianos viven y ejercen su profesión en Chile.*Diario El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/mundo/ecuatorianos-en-el-mundo/Medicos-ecuatorianos-ejercen-profesion-Chile_0_712728790.html

El Comercio. (2012, Mayo 02). Ecuador necesita 6 169 médicos especialistas para los hospitales. *El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-necesita-medicos-especialistas-hospitales_0_692330850.html

El Diario. (2012, Mayo).El número de afiliados aumenta en el país.*El Diario*Recuperado de http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/229961-el-numero-de-afiliados-aumenta-en-el-pais/.

El Diario. Ec. (2012, Enero 23). Servicios externos suplen alta demanda de pacientes.*El Diario*. Recuperado de: http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/217889-servicios-externos-suplen-alta-demanda-de-pacientes/

El Hoy. (2005, Abril 20). Cronología de los hechos más importantes durante la caída de Gutierrez. *Diario el Hoy.* Recuperado de http://www.hoy.com.ec/especial/caidalucio/cronologia.htm

El Hoy. (2011, Agosto 01). Los errores y horrores médicos, sin ley ni sanción. *Diario El Hoy*. Recuperado de: http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/los-errores-y-horrores-medicos-sin-ley-ni-sancion-491276.html.

El Hoy. (2011, Noviembre 09). Médicos despedidos habrían incurrido en irregularidades. *Diario El Hoy.* Recuperado de: http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/medicos-despedidos-habrian-incurrido-en-irregularidades-513075.html.

El Hoy. (2012, Septiembre 03). Profesionales bajo lupa en nuevo Código Penal. *Diario El Hoy*. Recuperado de: http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/profesionales-bajo-lupa-en-nuevo-codigo-penal-554787.html.

El Telegrafo. (2012, Marzo 31). El Ministerio de Salud elabora malla curricular de postgrado.*ElTelègrafo.* Recuperado de http://www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=34430&Itemid=14

El Tiempo. (2012, Febrero 02). Inversión en salud pública ha sido de USD 1.295 millones en equipos e infraestructura*. El Tiempo.* Recuperado de http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/90605-inversia-n-en-salud-pa-blica-ha-sido-de-usd-1-295-millones-en-equipos-e-infraestructura/

El Universo. (2011, Noviembre 13). Despidos de médicos restan 3 mil consultas al día en hospitales. *Diario El Universo*. Recuperado de: http://www.eluniverso.com/2011/11/13/1/1447/despidos-medicos-restan-3-mil-consultas-dia-hospitales.

El Universo. (2011, Febrero 13). Sin infraestructura para atender a los nuevos pacientes en IESS. *El Universo*. http://www.eluniverso.com/2011/02/13/1/1445/sin-infraestructura-atender-nuevos-pacientes-iess.html.

El Universo. (2012, Noviembre 25). Posgrados médicos se asignan con nueva norma aprobada por el CES. *Diario El Universo*. Recuperado de: http://www.eluniverso.com/2012/11/25/1/1355/posgrados-medicos-asignan-nueva-norma-aprobada-ces.html.

El Hoy,(2007, Marzo 08).Emergencia para hospital del IESS no es necesaria*.El Hoy.* Recuperado de http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/emergencia-para-hospital-del-iess-no-es-necesaria-260810.html

Guarderas, F. (2012, Julio 23). Médicos y ocho horas . *Diario el Comercio* , págs. Recuperado de: http://www.elcomercio.com/cartas_a_la_direccion/Medicos-horas_0_741525942.html.

La Hora. (2011, Septiembre 29). Formarán técnicos de atención primaria en salud.*Diario La Hora.* Recuperadode http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101212073/-1/Formar%C3%A1n_t%C3%A9cnicos_de__atenci%C3%B3n_primaria_en__salud_.html#.UI2_p2-ZRTF

Los Andes. (2009, Junio 15). USD 400 millones ha invertido el IESS en infraestructura hospitalaria, dice González*.. Diario Los Andes.* Recuperado de http://www.diariolosandes.com.ec/index.php/noticias/actualidad/1530-iess-celebro-sus-84-an

Los Andes. (2001, Junio 20). Ecuador formará 10 mil técnicos en atención promaria de salud.*Diario Los Andes*.Recuperado dehttp://andes.info.ec/2009-2011.php/?p=69064

Metro Ecuador. (2012, Septiembre 10). USD 285 millones para posgrados.*Diario Metro Ecuador.*Recuperado de: http://www.metroecuador.com.ec/31378-usd-285-millones-para-posgrados.html

Entrevistas

Arteaga, A. Postgrados en Odontología. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, (2012). Postgragod y Especiallidades para los odontólogos en Ecuador.

Bedoya, R. Directora de Normatización de Talento Humano, (2012). Formación de cuarto nivel para los profesionales de la salud.

Benitez. E. Estudiante de Medicina Ocupacional en España, (2012).¿Por qué dejó el Ecuador?.

Benitez, L.& PAREDES, N. Estudiantes de especialidades mèdicas en España y Chile, (2012).Salida de los profesionales de la salud hacia otros países.

Campaña, M. Estudiante del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la UCE, (2013).Situación de los postgrados para mèdicos en el Ecuador.

Ecuador Inmediato (2010). Baldeón, M, Secretario Nacional de Ciencia y Tecnología. Nuevas oportunidades de becas SENASCYT para docentes y otros profesionales.

Gilces,E. (2011). Chiriboga, G. Ex Ministro de Salud Pìblica del Ecuador, Médicos de Hecho.

Mela, C. (2012). Primer reportaje: Las universidades frente a la falta de especialistas. *Ecuavisa.*

Mela, C. (2012). Segundo reportaje: Falta de especialistas médicos en Ecuador.*Ecuavisa.*

Higuera, H. (2012). Tercer reportaje:Plan de Retorno "Ecuador saludable, vuelvo por ti". *Ecuavisa.*

Carrasco, C. (2010). Enfermera rn Chile.Profesionales de la salud ecuatorianos en Chile;¿Por qué emigró a Chile?.

Higuera, H. (2012). Garcia, J. Plan de Retorno "Ecuador saludable, vuelvo por ti". *Ecuavisa.*

Gamanoticias. (2012).García, J.Representante de la SENAMI en Guayaquil. Ecuatorianos que retornan con el plan vigente.*Gama TV.*

Gilces, E. Médico. Miembro del CES, (2012). Estudios de postgtrados para profesionales de la Salud.

Jalabelli, M. Encargada del Plan Ecuador Saludable Vuelvo por ti del MSP, (2012).¿Cuántos profesionales de la Salud están en Chile?.

Bedoya, R. (2008). Jefe de cardiologìa ecuatoriano en Chile.Profesionales de la salud ecuatorianos que emigran hacia Chile. Su situación antes de emigrar.

Carrasco, C. (2010). Médico ecuatoriano en Chile, Profesionales de la salud ecuatorianos que emigran hacia Chile. ¿Por qué emigró hacia Chile?

Bedoya, R. (2008). Médico general ecuatoriano en Chile 1, Profesionales de la salud ecuatorianos en Chile. Situación en el Ecuador antes de migrar hacia Chile.

Bedoya, R. (2008). Médico general ecuatoriano en Chile 2, Profesionales de la salud ecuatorianos en Chile. Su situación antes de emigrar.

Bedoya, R. (2008). Mèdico general ecuatoriano en Chile 3, Profesionales de la salud ecuatorianos en Chile. Su situación en Chile.

Carrasco, C. (2010). Médico Intensivista. Situación de los profesionales de la salud ecuatorianos en Chile. El pluriempleo.

Moya, E. Médico Cirujano General, Funcionario del IESS, (2012). Médicos en Chile.

Narvaez, A. Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, (2012). Profesionales de la Salud ecuatorianos.

Quinteros, J. (2011). Salbarría, L. Entrevista a un médico pediatra ecuatoriano que residente en Chile sobre los profesionales de la salud ecuatorianos en Chile. *Ecuador Tv.*

Higuera, H. (2012).Salbatore, J. Plan de retorno "Ecuador saludable, vuelvo por ti".

Veliz, M. Médico general chileno residente en Ecuador, (2012). Situación de los profesionales de la salud en Chile.

Espín E (2012).Viteri, L, Doctor. Ex Asambliesta de Manabí, Tipificación de la mala práctica médica.

Varios

MSP. (2012). Ministerio de Salud Pública . *Presentación en Power Point del Plan de retorno: Ecuador Saludable, vuelvo por ti*. Quito.

ANEXOS

ANEXO 1
PROFESIONALES DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL 2010

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN	MEDICOS		N.HAB.X MÉDICO	ODONTÓLOGOS		N.HAB X ODONT	ENFERMEROS		N.HAB X ENFER
		N.	%		N.	%		N.	%	
TOTAL PAÍS	**14204900**	**24960**	**100%**	**569**	**3534**	**100%**	**4019**	**11634**	**100%**	**1221**
R.SIERRA	**6384594**	**12974**	**51,98%**	**492**	**1745**	**49,38%**	**3659**	**6909**	**59,39%**	**924**
Azuay	714341	1881	7,54%	380	225	6,37%	3175	743	6,39%	961
Bolívar	185049	201	0,81%	921	76	2,15%	2435	237	2,04%	781
Cañar	234467	317	1,27%	740	91	2,57%	2577	155	1,33%	1513
Carchi	171943	132	0,53%	1303	75	2,12%	2293	148	1,27%	1162
Cotopaxi	423336	455	1,82%	930	93	2,63%	4552	211	1,81%	2006
Chimborazo	461268	608	2,44%	759	134	3,79%	3442	389	3,34%	1186
Imbabura	421930	441	1,77%	957	102	2,89%	4137	449	3,86%	940
Loja	446809	956	3,83%	467	138	3,90%	3238	426	3,66%	1049
Pichincha	2461126	6492	26,01%	379	659	18,65%	3735	3676	31,60%	670
Tungurahua	528613	1024	4,10%	516	121	3,42%	4369	360	3,09%	1468
Santo Domingo de los Tsáchilas	335712	467	1,87%	719	31	0,88%	10829	115	0,99%	2919
R.COSTA	**7052227**	**11283**	**45,20%**	**625**	**1385**	**39,19%**	**5092**	**4032**	**34,66%**	**1749**
El Oro	642479	1130	4,53%	569	145	4,10%	4431	331	2,85%	1941
Esmeraldas	518781	406	1,63%	1278	107	3,03%	4848	228	1,96%	2275
Guayas	3474229	6488	25,99%	535	646	18,28%	5378	2340	20,11%	1485
Los Ríos	780443	1120	4,49%	697	160	4,53%	4878	252	2,17%	3097
Manabí	1366173	1880	7,53%	727	271	7,67%	5041	807	6,94%	1693
Santa Elena	270122	259	1,04%	1043	56	1,58%	4824	74	0,64%	3650
R.AMAZÓNICA	**708566**	**684**	**2,74%**	**1036**	**385**	**10,89%**	**1840**	**681**	**5,85%**	**1040**
Morona Santiago	137254	205	0,82%	670	87	2,46%	1578	170	1,46%	807
Napo	102775	84	0,34%	1224	70	1,98%	1468	127	1,09%	809
Pastaza	81417	125	0,50%	651	73	2,07%	1115	94	0,81%	866
Zamora Chinchipe	88778	91	0,36%	976	46	1,30%	1930	92	0,79%	965
Sucumbíos	177561	104	0,42%	1707	56	1,58%	3171	109	0,94%	1629
Orellana	120781	75	0,30%	1610	53	1,50%	2279	89	0,76%	1357
R.INSULAR	**24366**	**18**	**0,07%**	**1354**	**18**	**0,51%**	**1354**	**11**	**0,09%**	**2215**
Galápagos	24366	18	0,07%	1354	18	0,51%	1354	11	0,09%	2215
ZONAS NO DELIMITADAS	**35147**	**1**	**0,004%**	**35147**	**1**	**0,03%**	**35147**	**1**	**0,01%**	**35147**

Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud INEC 2010
Elaborado por: Andrea Calles Monar

ANEXO 2

DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS 2010

Área Clínica		Área de imagen	
Endocrinólogo	16	Radiólogo	17
Salud Familiar	1	Radiólogo Oncólogo	1
Dermatólogo	9	Imagen	59
Neumólogo	6	**Laboratorio**	
Neurólogo	8	Patología	14
Pediatra	96	Histopatología	0
Cardiología	22	**Salud Pública**	
Psiquatría	3	Epidemiólogos	11
Gastroenterología	12	**Área quirúrgica**	
Intensivistas	26	Cirugía	41
Nefrólogo	11	Gineco-Obstetricia	61
Neonatalogía	46	Anestesiología	86
Emergenciólogos	37	Traumatología	33
Geriatras	13	Neurocirugía	7
Internistas	65	Urología	5
Fisioterapistas	18	Cirugía Plástica	4
Medicina Tropical	1	Cirugía Vascular	3
Diabetólogos	12	Cirugía Pediátrica	14
Hematólogos	7	Coloproctologia	2
Psicólogos	16	Cirugía toráxica	1
Oncólogos	5	Oftalmólogos	25
Nutricionistas	14	**Odontología**	
Clínica	2	Ortodoncista	5
Otorrinolaringología	23	Cirugía Maxilofacial	2
Oftalmólogos	25	Rehabilitación Oral	2
Reumatólogos	2		

Fuente: MSP 2010

Elaborado por: Dra. IusraJalkh.

ANEXO 3

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, SEGÚN LAS PROVINCIAS EN EL AÑO 2010

No.	PROVINCIAS	TOTAL		CON INTERNACIÓN		SIN INTERNACIÓN	
		N.	%	N.	%	N.	%
	SIERRA	**1927**	**48,4%**	**318**	**42,6%**	**1609**	**49,7%**
1	Azuay	270	6,8%	47	6,3%	223	6,9%
2	Bolívar	87	2,2%	8	1,1%	79	2,4%
3	Cañar	111	2,8%	8	1,1%	103	3,2%
4	Carchi	84	2,1%	8	1,1%	76	2,3%
5	Cotopaxi	131	3,3%	21	2,8%	110	3,4%
6	Chimborazo	180	4,5%	21	2,8%	159	4,9%
7	Imbabura	112	2,8%	14	1,9%	98	3,0%
8	Loja	243	6,1%	33	4,4%	210	6,5%
9	Pichincha	554	13,9%	121	16,2%	433	13,4%
10	Tungurahua	155	3,9%	37	5,0%	118	3,6%
	COSTA	**1642**	**41,2%**	**389**	**52,1%**	**1253**	**38,7%**
11	Santo Domingo de los Tsáchilas	81	2,0%	24	3,2%	57	1,8%
12	El Oro	176	4,4%	45	6,0%	131	4,0%
13	Esmeraldas	168	4,2%	18	2,4%	150	4,6%
14	Guayas	545	13,7%	136	18,2%	409	12,6%
15	Los Ríos	223	5,6%	88	11,8%	135	4,2%
16	Manabí	392	9,8%	67	9,0%	325	10,0%
17	Santa Elena	57	1,4%	11	1,5%	46	1,4%
	AMAZONÍA	**403**	**10,1%**	**38**	**5,1%**	**369**	**11,4%**
18	Morona Santiago	112	2,8%	11	1,5%	101	3,1%
19	Napo	41	1,0%	4	0,5%	37	1,1%
20	Pastaza	72	1,8%	5	0,7%	67	2,1%
21	Zamora Chinchipe	65	1,6%	3	0,4%	62	1,9%
22	Sucumbíos	63	1,6%	6	0,8%	57	1,8%
23	Orellana	50	1,3%	5	0,7%	45	1,4%
	INSULAR	**8**	**0,2%**	**2**	**0,3%**	**6**	**0,2%**
24	Galápagos	8	0,2%	2	0,3%	6	0,2%
25	**ZONAS NO DELIMITADAS**	**1**	**0,03%**	**0**	**0%**	**1**	**0,03%**
	TOTAL	**3981**	**100%**	**747**	**100%**	**3238**	**100%**

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud - INEC – 2010.
Elaborado por: Andrea Calles Monar