

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, DERECHO Y BIENESTAR

CARRERA DE ECONOMÍA

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ECONOMISTA**

Tema:

Análisis de inmigración y su impacto socioeconómico en el cantón Montecristi, Provincia de Manabí. Periodo 2018-2023

Pertenece a:

Ponce Solorzano Brisa Nahely

Tutora:

Econ. Yira Cedeño

Manta – Ecuador

2024-2

CERTIFICADO

En calidad de docente tutora de la Facultad de Ciencias Sociales, Derecho y Bienestar de la carrera de Economía de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante Ponce Solórzano Brisa, legalmente matriculada en la carrera de Economía, período académico 2024-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Análisis de la inmigración y su impacto socioeconómico en el Cantón Montecristi, Provincia de Manabí. Periodo 2018-2023"

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de diciembre de 2024.

Lo certifico,

YIRA TATIANA
CEDENO
MENENDEZ

Firmado digitalmente
por YIRA TATIANA
CEDENO MENENDEZ
Fecha: 2025.01.29
14:33:41 -05'00'

Econ. Yira Cedeño, PhD

Docente Tutor

Área: Economía

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

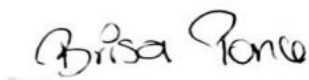
Yo, Ponce Solorzano Brisa, declaro que el presente trabajo titulado "Análisis de la inmigración y su impacto socioeconómico en el Cantón Montecristi, Provincia de Manabí. Periodo 2018-2023." es de mi exclusiva autoría. Este trabajo ha sido realizado bajo la tutoría de la Econ. Yira Cedeño, PhD, de manera original y en estricto respeto a los principios éticos y académicos establecidos por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM).

Asimismo, manifiesto que toda la información contenida en este proyecto de titulación, que no es de mi autoría, ha sido debidamente citada y referenciada de acuerdo con las normas académicas vigentes.

Por lo tanto, asumo plena responsabilidad por el contenido, las conclusiones y los resultados expuestos en este documento, eximiendo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus representantes legales de cualquier reclamo o acción legal que pudiera derivarse.

Además, cedo los derechos de este trabajo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, para que forme parte de su patrimonio de propiedad intelectual, incluyendo investigaciones, trabajos científicos, técnicos y de titulación.

Manta, 16 de diciembre de 2024.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero darle gracias a Dios, él que me ha otorgado fuerzas, sabiduría y valentía en toda esta etapa académica y en muchos otros ámbitos. Solo la Gloria y la Honra sean para Él.

A mi amada (o) mamá y papá, quienes fueron los principales confidentes de este sacrificio. Gracias por no dudar de mí. Gracias por reanimarme en esos momentos de llanto y querer dejarlo todo. Simplemente gracias por ser mis pilares y gran ejemplo de residencia y constancia.

Gracias a mis dos queridos hermanos, por ese impulso y cada consejo. A mis dos cuñadas por prestarme su ayuda e impartirme un poco de sus conocimientos.

A mi abuelita Neiva, gracias, por mantenerme presente en sus oraciones para no rendirme. A todas las personas que formaron parte de todo este proceso académico universitario, que estuvieron presentes con unas palabras de ánimo, de fortaleza y resistencia. Gracias.

A mi querida y hermosa tutora, Econ. Yira Cedeño, por su paciencia e impulso quien con su guía se logró culminar exitosamente el presente trabajo.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y en especial a los docentes de la Facultad de Ciencias Sociales, Derecho y Bienestar, quienes, a través de su experiencia y sabiduría forjaron mi aprendizaje y desarrollo profesional.

Tabla de Contenido

RESUMEN.....	10
ABSTRAT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO 1.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Justificación del Problema.....	14
1.2. Delimitación de la Investigación.....	16
<i>Tabla 1. Delimitación de la investigación.....</i>	16
1.3. Planteamiento del problema.....	17
1.4. Objetivo del Estudio.....	19
1.5. Objetivo de la investigación.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
1.6. Variables de estudio.....	19
Variables independientes.....	19
Variable dependiente.....	20
vab_pib_salud (valor agregado bruto por PIB en salud).....	20
1.7. Operacionalización de las variables.....	20
CAPITULO 2.....	21
MARCO TEÓRICO.....	21

2.1.	Fundamentación teórica.....	21
2.1.1.	Teoría Neoclásica de la Migración.....	21
2.1.2.	Teoría de la Oferta y Demanda Laboral.....	22
2.1.3.	Teoría del Sistema Mundial.....	22
2.1.4.	Teoría de la Migración Forzada.....	23
2.1.5.	Teoría de la Migración Circular.....	24
2.1.6.	Teoría de la Migración del Cambio Climático.....	25
2.1.7.	Salud para la Población.....	26
2.1.8.	Vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles y no transmisibles.....	26
2.1.9.	Hacia unos sistemas de salud adaptados a las necesidades de los refugiados y los migrantes.....	27
2.2.	Marco legal.....	29
2.3.	Migración y determinantes de la salud.....	30
2.4.	El Valor Agregado Bruto en el Sector Salud.....	32
2.5.	Efectos del covid-19 en el sector de la salud.....	32
	CAPITULO 3.....	33
	METODOLOGÍA.....	33
3.1.	Tipo de estudio.....	33
3.2.	Base de datos.....	33
3.4.	Modelo Econométrico.....	34
3.5.	Tipo de Datos Panel.....	35
	CAPITULO 4.....	36
	RESULTADOS.....	36

4.1.	Modelación econométrica.....	36
4.1.1.	Estructura del Modelo Económico Datos Panel.....	36
4.2.	Estimación De Modelos De Panel Estáticos.....	36
4.2.1.	Análisis Grafico.....	37
4.3.	Métodos de efectos fijos.....	38
4.4.	Métodos de efectos aleatorios.....	39
4.4.1.	Estimación Pooled.....	39
4.4.3.	Estimación efectos aleatorios.....	41
4.5.	Estimación de Modelos de Panel Estático.....	42
4.5.1.	Prueba de Hausman.....	42
4.5.2.	Planteamiento de hipótesis.....	43
4.5.3.	Técnica del p-valor.....	43
4.5.4.	Reglas p-valor.....	43
4.5.5.	Técnica del valor crítico.....	44
4.5.6.	Reglas del valor crítico (Chi Cuadrada).....	44
4.6.	Pruebas de Post Estimación.....	45
4.6.1.	Prueba Dependencia Transversal (Test Pesaran).....	45
4.6.2.	Planteamiento de Hipótesis.....	45
	P-valor.....	45
	Valor crítico.....	45
4.7.	Técnica del p-valor.....	46
	Reglas p-valor.....	46
	Reglas del valor crítico (Z).....	46
	Planteamiento de Hipótesis.....	47

Técnica del p-valor.....	48
Reglas p-valor.....	48
4.8.1. Autocorrelación serial (Test de Wooldridge.....	48
Técnica del p-valor.....	48
Reglas p-valor.....	48
Técnica del valor crítico.....	49
4.9. Reglas del valor crítico (Chi Cuadrada).....	49
4.10. Análisis de los resultados.....	49
4.10.1. Datos y configuración.....	50
Variable dependiente.....	50
Variables independientes.....	50
4.11. Interpretación de los resultados.....	50
4.11.1. Efectos y Residuos.....	50
4.11.2. Coeficientes y significancia estadística.....	51
Bondad de ajuste.....	52
R ² (R al cuadrado).....	52
4.11.3. Prueba de Significancia Global.....	52
4.12. Consideraciones del modelo.....	53
Varianza individual negativa.....	53
Signos de los coeficientes:.....	53
Tamaño muestral:.....	53
4.13. Modelo Matemático.....	53
4.13.1. Modelo de Impacto Estimado.....	54
CAPITULO 5.....	55

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
5.1. Conclusiones.....	55
5.2. Recomendaciones.....	57
Bibliografía.....	59
Anexos.....	63

Índices de tablas

Tabla 1. Delimitación de la investigación.....	16
Tabla 2. Operacionalización de la variable de estudio.....	20
Tabla 3. Transición de entradas al Ecuador de población migrante según país de procedencia, 2017 - 2021.....	31
Tabla 4. País de Procedencia.....	31
Tabla 5. Base datos sobre sectores de Montecristi, con variables cuantitativas desde 2018-2023.....	35
Tabla 6. Estimación de Modelos De Panel Estáticos.....	36

Índice de grafica

Gráfica 2. Heterogeneidad entre total migrantes.....	38
---	----

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1	39
Ilustración 2	39
Ilustración 3	40
Ilustración 4	41
Ilustración 5	43
Ilustración 6	44
Ilustración 7	45
Ilustración 8	46
Ilustración 9	47
Ilustración 10	49

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación aborda el impacto de la inmigración en el sistema de salud del cantón Montecristi, provincia de Manabí, durante el periodo 2018-2023. En un contexto de migración masiva, principalmente venezolana, se analiza cómo este fenómeno ha influido en la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios médicos locales. Con un enfoque cuantitativo, se emplearon modelos econométricos de datos panel para evaluar variables clave, como el número de migrantes atendidos, su influencia en el Valor Agregado Bruto (VAB) del PIB de salud y el impacto de la pandemia de COVID-19 en el sector. Los resultados obtenidos evidencian que la llegada de migrantes ha incrementado la actividad económica en el sector salud, pero también ha generado presión sobre los recursos, reduciendo la calidad y el acceso a los servicios para la población local. Además, eventos críticos como la pandemia intensificaron estas limitaciones. El análisis muestra una relación negativa entre el aumento de migrantes atendidos y el VAB en salud, reflejando desafíos en la gestión de recursos.

Palabras claves: Migración, sistema de salud, valor agregado bruto (VAB), econometría, impacto socioeconómico.

ABSTRAT

This research addresses the impact of immigration on the healthcare system in Montecristi, Manabí province, during the 2018-2023 period. Against the backdrop of massive migration, primarily Venezuelan, the study examines how this phenomenon has influenced the quality, accessibility, and sustainability of local medical services. Using a quantitative approach, econometric panel data models were applied to assess key variables such as the number of treated migrants, their impact on the Gross Value Added (GVA) of the health sector to the GDP, and the effects of the COVID-19 pandemic on the system.

The findings reveal that the influx of migrants has increased economic activity in the health sector but has also placed pressure on resources, reducing service quality and accessibility for the local population. Furthermore, critical events like the pandemic intensified these challenges. The analysis shows a negative relationship between the rise in treated migrants and the GVA in health, highlighting resource management difficulties.

Keywords: Migration, healthcare system, gross value added (GVA),
econometrics, socioeconomic impact

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la inmigración representa un desafío global con profundas repercusiones sociales, económicas y culturales en los países receptores. Particularmente en América Latina, este fenómeno se ha intensificado en los últimos años, influenciado por crisis políticas, sociales y económicas en naciones vecinas. En este contexto, Ecuador se ha convertido en un país de destino y tránsito significativo para miles de migrantes, especialmente venezolanos, que buscan mejores oportunidades de vida. Sin embargo, esta movilidad poblacional ha generado presiones significativas sobre los sistemas locales, especialmente en áreas críticas como la salud. En el cantón Montecristi, provincia de Manabí, los efectos de este fenómeno se han manifestado de manera contundente, planteando importantes desafíos en términos de infraestructura, recursos humanos y acceso a servicios básicos. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de la inmigración en el sistema de salud de Montecristi durante el periodo 2018-2023.

En el capítulo uno, se plantea el problema central de la investigación, subrayando cómo la llegada masiva de migrantes ha ejercido presión sobre un sistema de salud ya limitado. Este capítulo establece las bases del estudio al destacar las brechas existentes en la infraestructura sanitaria, la insuficiencia de recursos humanos y la escasez de medicamentos, problemáticas que afectan tanto a la población migrante como a los residentes locales. Además, se justifica la pertinencia de la investigación al relacionar estos retos con las políticas de puertas abiertas adoptadas por Ecuador y las implicaciones de dichas políticas en el ámbito local.

El capítulo dos desarrolla el marco teórico, proporcionando un sólido sustento conceptual a partir de diversas teorías de migración, tales como la teoría neoclásica, la teoría del sistema mundial y la teoría de la migración forzada, entre otras. Este capítulo ofrece un análisis profundo sobre las motivaciones y consecuencias de la migración, vinculando estas teorías con la realidad

vivida en Montecristi. También se analizan los determinantes de la salud y las particularidades de la población migrante, destacando cómo factores como la precariedad económica, la falta de documentación y las barreras lingüísticas limitan su acceso a servicios esenciales.

En el capítulo tres, se detalla la metodología empleada en la investigación, la cual adopta un enfoque cuantitativo con el uso de modelos econométricos de datos de panel. Mismo que describe cómo se recolectaron y analizaron los datos para evaluar el impacto de la inmigración en el sistema de salud local, considerando variables clave como el número de migrantes atendidos, el aporte del sector salud al Producto Interno Bruto (PIB) cantonal y los efectos de crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19.

El capítulo cuatro, presenta los resultados obtenidos a través del modelo econométrico. Entre los hallazgos más relevantes se encuentra que, aunque el aumento de la población migrante ha impulsado cierta actividad económica en el sector salud, también ha generado una disminución en la calidad y accesibilidad de los servicios médicos para la población local. Los efectos de la pandemia se evidencian como un factor agravante que exacerbó las limitaciones del sistema. Asimismo, los análisis muestran una relación significativa entre el incremento de consultas médicas a migrantes y el deterioro en indicadores clave como el Valor Agregado Bruto del sector salud.

Por último, se exponen las conclusiones y recomendaciones, que ofrece una perspectiva integral sobre los desafíos y oportunidades que presenta la inmigración en el cantón Montecristi, particularmente en el ámbito de la salud.

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación del Problema

En los últimos cinco años, el número de personas que migran en busca de mejores oportunidades o huyendo de crisis ha aumentado considerablemente. Según la ONU, en 2022 había alrededor de 281 millones de migrantes internacionales en el mundo (ONU, 2022). Este movimiento masivo de personas genera un reto importante para los sistemas de salud en los países de destino, sobre todo en aquellos con recursos limitados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los sistemas de salud tanto en países ricos como en países en desarrollo están luchando por ajustarse a las necesidades de poblaciones nuevas y diversas, que traen consigo demandas específicas de atención médica (OMS, 2021).

La llegada de estos migrantes crea presión sobre los servicios médicos locales, que deben enfrentar costos adicionales y adaptarse rápidamente para brindar atención de calidad tanto a los nuevos pacientes como a los residentes. Sin una respuesta adecuada, los sistemas de salud enfrentan desafíos que pueden afectar la disponibilidad y calidad de los servicios, especialmente para las personas de bajos ingresos y en situaciones vulnerables.

América Latina ha sido especialmente afectada por los flujos migratorios, en gran parte debido a las crisis en países como Venezuela, Haití y Nicaragua. Entre 2018 y 2023, se estima que más de 6 millones de venezolanos abandonaron su país, muchos de ellos asentándose en Colombia, Perú y Ecuador (CEPAL, 2022). Esta situación ha generado una gran presión sobre los sistemas de salud de la región, que ya enfrentaban desafíos antes de la crisis migratoria.

En países como Colombia y Perú, el incremento en la demanda de servicios de salud ha sobrepasado la capacidad de los hospitales, lo que ha resultado en largas esperas para los pacientes

y en un acceso más limitado para los locales (OMS, 2022). En lugares donde los recursos son escasos, estos retos se multiplican y pueden crear una percepción de competencia por los servicios entre los migrantes y la población local. Así, la llegada masiva de migrantes plantea no solo un desafío logístico, sino también un desafío social, generando tensiones y dificultades que afectan a todos.

Ecuador ha sido uno de los países en América Latina que más ha sentido los efectos de la migración venezolana. Desde 2018, Ecuador adoptó una política de puertas abiertas para los venezolanos que huían de la crisis, lo que ha resultado en la entrada de aproximadamente 500,000 personas en los últimos cinco años (Banco Mundial, 2023). Este incremento ha generado desafíos enormes para el sistema de salud pública, que ya enfrentaba limitaciones de recursos antes de la llegada masiva de migrantes.

El aumento en la demanda de atención médica ha tenido consecuencias directas en los recursos disponibles para los ciudadanos locales. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador reportó que, en algunos centros, la demanda ha crecido hasta un 35% debido a la presencia de migrantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). La tensión en el sistema se observa en hospitales que, debido al incremento de pacientes, han tenido que reorientar recursos, generando escasez de medicamentos y aumentando los tiempos de espera. Para muchos ecuatorianos, esta situación ha creado una percepción de que los servicios de salud se están volviendo menos accesibles, alimentando preocupaciones sobre la capacidad del sistema para atender a todos de manera justa.

Dentro de Ecuador, la provincia de Manabí ha sido una de las más impactadas por el flujo migratorio. Debido a su ubicación geográfica, es un punto de paso clave para migrantes que buscan asentarse o continuar su camino a otras áreas del país. En los últimos cinco años, los hospitales y

centros de salud en Manabí han experimentado un aumento en la demanda de hasta un 20% en comparación con periodos anteriores (INEC, 2023). Este aumento constante ha superado la capacidad de respuesta de muchos centros de salud, generando escasez de insumos y un aumento en los tiempos de espera.

La falta de personal médico especializado en la región ha exacerbado esta situación, poniendo una carga adicional sobre los profesionales que actualmente trabajan en la provincia. Para la población local, esto ha significado una reducción en la calidad de la atención y un aumento en las dificultades para acceder a los servicios básicos de salud.

En Montecristi, los efectos de la inmigración se sienten de manera clara y directa en el sistema de salud. Desde 2018, el número de migrantes atendidos en los centros de salud de Montecristi ha aumentado considerablemente, alcanzando aproximadamente 2,500 consultas anuales en 2022, un incremento del 15% respecto a 2018 (MSP, 2023).

Este aumento de pacientes no ha sido acompañado por un aumento en los recursos, lo que ha provocado que los centros de salud enfrenten una demanda que no pueden cubrir adecuadamente. Los medicamentos se vuelven escasos, el equipamiento no alcanza y los tiempos de espera se alargan considerablemente. Para la comunidad local, esta sobrecarga se percibe como un factor que disminuye la calidad del servicio y crea tensiones respecto a los migrantes, quienes a menudo son vistos como competidores por los recursos limitados.

1.2. Delimitación de la Investigación

Tabla 1. Delimitación de la investigación

Áreas	Salud
Campo	Social

Objetivo	Analizar el impacto de la inmigración, en el área de la salud.
Delimitación espacial	Inmigrantes del cantón Montecristi, Provincia de Manabí.
Delimitación temporal	2018 - 2023

Fuente: Elaborado por autor.

1.3. Planteamiento del problema

El fenómeno migratorio es un proceso global que plantea retos importantes para los sistemas sociales y económicos de los países receptores, especialmente en áreas como la salud. Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud, los flujos migratorios en América Latina han aumentado considerablemente, con más de 9 millones de personas desplazadas en la región en los últimos cinco años. Este fenómeno ha sobrecargado los sistemas de atención sanitaria, que en su mayoría ya enfrentaban dificultades relacionadas con insuficiencia de infraestructura, recursos humanos limitados y restricciones presupuestarias (OPS, 2023).

A nivel mundial, los sistemas de salud han sido puestos a prueba por el impacto de la migración. La falta de políticas integrales para integrar a las poblaciones migrantes en los servicios de atención ha exacerbado las desigualdades preexistentes. Según datos del Centro de Estudios Latinoamericanos para la Migración, más del 70% de los migrantes en la región tienen dificultades para acceder a servicios básicos de salud, en gran parte debido a la falta de regularización de su estatus migratorio (CELAM, 2023). En Ecuador, la situación es particularmente delicada debido a su ubicación estratégica y a la magnitud de la población migrante recibida en los últimos años. La población migrante en Ecuador enfrenta barreras significativas para acceder a servicios de salud, como la falta de documentación, costos elevados y escasez de profesionales médicos. El gasto

público en salud en Ecuador, aunque ha mostrado un ligero incremento en los últimos años, sigue siendo insuficiente para cubrir la demanda.

Según un informe del Instituto de Altos Estudios Nacionales, el presupuesto asignado al sector salud en 2022 representó apenas el 4.2% del PIB, muy por debajo del promedio recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es del 6% (IAEN, 2022). Puesto que, en Manabí, el cantón Montecristi ha experimentado un aumento notable de su población migrante, que representa aproximadamente el 10% de sus habitantes. Este crecimiento poblacional ha impactado directamente en la capacidad del sistema local de salud para atender a todos los residentes, tanto locales como migrantes.

Según el Consejo Cantonal de Salud de Montecristi (2023), las principales problemáticas identificadas en el cantón incluyen que el déficit de atención médica primaria, más del 35% de los migrantes no tiene acceso regular a servicios de salud. y la Infraestructura insuficiente hace que las instalaciones de salud del cantón cuenten con solo 2 centros de atención primaria, insuficientes para atender a la población actual. Enfermedades no transmisibles misma que se ha identificado un aumento del 15% en casos de enfermedades como diabetes e hipertensión entre la población migrante debido a la falta de seguimiento médico continuo.

Además, el Valor Agregado Bruto (VAB) del sector salud en Montecristi ha disminuido progresivamente. Mientras que en 2018 representaba el 5% del PIB cantonal, para 2023 se redujo al 4.3%, reflejando la falta de inversión en este sector crucial (Gobierno Autónomo Descentralizado de Montecristi, 2023).

La interacción entre el aumento de la población migrante y las limitaciones estructurales del sistema de salud en Montecristi ha generado una crisis que afecta tanto a los migrantes como

a la población local. La falta de capacidad para atender adecuadamente las necesidades de salud ha provocado un aumento en las desigualdades, una disminución en la calidad de los servicios y una sobrecarga de los recursos disponibles.

1.4. Objetivo del Estudio

Analizar cómo ha impactado la inmigración de venezolanos, en el área de la salud del Cantón Montecristi, Provincia de Manabí. Periodo 2018-2023

1.5. Objetivo de la investigación

Objetivo general

Analizar el impacto de la inmigración en el sistema de salud de Montecristi, evaluando la población inmigrante, la calidad de los servicios médicos y el aporte del sector salud al PIB cantonal entre 2018 y 2023.

Objetivos específicos

1. Identificar las capacidades y limitaciones del sistema de salud local.
2. Evaluar el acceso a servicios médicos prioritarios para migrantes y locales.
3. Analizar el aporte del sector salud al PIB cantonal en este periodo.
4. Proponer estrategias para optimizar el sistema de salud ante la presión migratoria.

1.6. Variables de estudio

Variables independientes:

- a. total, migra: Total de migrantes venezolanos.
- b. medicina: Total de venezolanos atendidos en medicina general.
- c. dummy1: Crisis sanitaria por COVID-19 en 2021.

d. dummy2: Crisis sanitaria por COVID-19 en 2022.

Variable dependiente:

vab_pib_salud (valor agregado bruto por PIB en salud).

1.7. Operacionalización de las variables

Tabla 2. Operacionalización de la variable de estudio

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
<i>Impacto Socioeconómico</i>	Inmigración en Salud Montecristi.	Salud	Número de consultas médicas a inmigrantes.
			Tipo de atención medica recibida por inmigrante.
		Económico	Tasa de valor agregado bruto por PIB de la salud.

Fuente: Elaborado por autor

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación teórica

2.1.1. Teoría Neoclásica de la Migración.

De acuerdo con Harris y Todaro (2021), mencionan que:

Las personas migran buscando maximizar su ingreso, tomando decisiones racionales ante las disparidades económicas entre las regiones de origen y destino. Se explica a través de la teoría de "empuje y atracción", donde factores como el empleo y los salarios juegan un papel crucial. A nivel macroeconómico, se espera que la migración ayude a equilibrar las disparidades económicas entre las áreas involucradas, aunque ignora otras variables sociales y políticas que afectan el proceso migratorio

Según esta teoría, los individuos migran en busca de mejores salarios, específicamente de mayores ingresos, y lo hacen basándose en un análisis racional de costos y beneficios. Esta teoría se enfoca en las decisiones individuales de migrar y asume que las personas migran hacia lugares donde los ingresos esperados son mayores, considerando también los costos asociados al proceso migratorio, como el transporte, la adaptación a una nueva cultura, y el aprendizaje de un nuevo idioma. Esto se fundamenta en las diferencias salariales entre países como el principal motor de los flujos migratorios. No obstante, las personas con bajos recursos migran de países con bajos salarios hacia aquellos con salarios más altos, buscando maximizar sus ingresos.

Esto explica que la migración surge como un resultado de diferencias salariales y económicas entre países o regiones, donde las personas migran de áreas con menor remuneración a aquellas con mayores oportunidades económicas.

2.1.2. Teoría de la Oferta y Demanda Laboral.

Citando a Massey et al. (1993), señala que las desigualdades económicas entre países generan incentivos para la migración, especialmente en búsqueda de mejores oportunidades laborales en países desarrollados.

De acuerdo con los autores, las desigualdades económicas entre países generan incentivos para la migración internacional, especialmente en búsqueda de mejores oportunidades laborales, es un argumento central en las teorías de migración económica. Por otro lado, estas disparidades crean un desequilibrio en los mercados laborales globales que motiva a las personas a mudarse desde ciudades con bajos niveles de ingreso y altas tasas de desempleo hacia áreas con mayores oportunidades económicas.

Sin embargo, estos autores argumentan que esta teoría busca maximizar el bienestar económico, lo que significa que se trasladan hacia lugares donde perciben mejores oportunidades para sí mismos y sus familias. Esto incluye salarios más altos, mayor estabilidad laboral y acceso a sistemas sociales más robustos. La diferencia entre los ingresos esperados en el país de destino y los obtenidos en el lugar de origen se convierte en un factor crucial que impulsa el movimiento migratorio.

2.1.3. Teoría del Sistema Mundial

Según Wallerstein (1974) plantea que “la migración se origina por las desigualdades estructurales entre el centro y la periferia en el sistema económico global”.

Este autor propuso que la migración es un resultado del capitalismo global, donde las empresas multinacionales crean demandas de mano de obra en ciertas regiones mientras desestructuran economías locales en otras. Por lo tanto, este enfoque sostiene que, en el contexto

del capitalismo global, los países del centro (economías desarrolladas) requieren una oferta constante de mano de obra barata y flexible, lo que genera migración desde las periferias (economías en desarrollo o subdesarrolladas). Las empresas multinacionales, en busca de maximizar sus ganancias, trasladan su producción a países con bajos costos laborales, lo que, a menudo, implica la destrucción de empleos en las economías locales y crea una dependencia de la migración para cubrir puestos de trabajo en las economías avanzadas.

En los países periféricos, las políticas económicas impulsadas por el capitalismo global pueden llevar a la desindustrialización y el desempleo, empujando a las personas a emigrar en busca de mejores oportunidades laborales. Por otro lado, en los países centrales, la demanda de mano de obra más barata y flexible se alimenta de esta migración, especialmente en sectores como la agricultura, la manufactura y los servicios.

2.1.4. Teoría de la Migración Forzada

De acuerdo con Vargas G (2009). Esta teoría se enfoca en aquellos desplazamientos que ocurren debido a factores externos que ponen en riesgo la vida o las condiciones básicas de las personas. Este tipo de migración no está motivado por decisiones económicas o laborales voluntarias, sino por situaciones extremas como conflictos armados, violaciones de derechos humanos, violencia política, o desastres naturales.

Autores como Castles y Naranjo (2015) destacan que, a pesar de la creciente violencia y violaciones a los derechos humanos, los estados adoptan políticas diferenciales para abordar los diversos tipos de migrantes, ya sean refugiados, desplazados internos o migrantes económicos. Este contexto global está influenciado por la migración forzada, que a menudo se enfrenta a políticas restrictivas y estructuras que dificultan su integración.

Cabe destacar que, además, se reconoce que muchos migrantes no solo buscan mejorar sus condiciones económicas, sino huir de situaciones extremas, y los movimientos migratorios pueden tener repercusiones tanto en los países de origen como en los de destino, generando problemas de integración, distribución de recursos y políticas migratorias.

2.1.5. Teoría de la Migración Circular

Para Castles (2003) y otros estudios han destacado cómo la migración circular se ha convertido en una estrategia común para satisfacer la demanda de mano de obra temporal en sectores como la agricultura o la construcción en diversas partes del mundo. Esta forma de migración puede ser gestionada a través de acuerdos bilaterales entre países, ofreciendo flexibilidad tanto a empleadores como a trabajadores, a la vez que se busca mitigar los riesgos de explotación.

Según algunos autores, esta forma de migración puede ser beneficiosa tanto para los migrantes como para los países involucrados, pues permite que los trabajadores contribuyan a la economía del país receptor sin que se establezcan permanentemente allí, mientras mantienen relaciones económicas y sociales con sus comunidades de origen.

Este tipo de migración es común en situaciones laborales, donde los migrantes se trasladan para realizar trabajos estacionales o de corta duración en sectores como la agricultura, la construcción, o la minería, y regresan a su país de origen una vez finalizada la temporada de trabajo. Este patrón puede ser voluntario o estar regulado por acuerdos bilaterales entre países que gestionan el movimiento de trabajadores para satisfacer la demanda de empleo temporal.

2.1.6. Teoría de la Migración del Cambio Climático.

Según Leman R, (2006) ‘‘el cambio climático puede generar desplazamientos masivos de población debido a la escasez de recursos’’.

De acuerdo con el autor, el cambio climático, al afectar los recursos naturales, tiene el potencial de inducir desplazamientos masivos de población, particularmente en regiones vulnerables. Este fenómeno de migración forzada se debe principalmente a la escasez de recursos vitales, como el agua y la tierra cultivable, lo que deteriora las condiciones de vida.

Las comunidades afectadas por el cambio climático no solo enfrentan la pérdida de medios de subsistencia, sino también el empeoramiento de las condiciones socioeconómicas debido a factores como la sequía prolongada y la desertificación. La migración, en este contexto, se presenta como una estrategia de adaptación ante la crisis, con el objetivo de buscar nuevas oportunidades de vida en lugares donde los recursos sean más abundantes y las condiciones ambientales más favorables.

Por ende, este fenómeno también destaca la relación entre el cambio climático y otros factores de vulnerabilidad, como la pobreza y la falta de acceso a recursos. Las migraciones no siempre se producen de manera espontánea, sino que están vinculadas a percepciones de riesgo y la capacidad de las familias para afrontar estos cambios. Además, los estudios muestran que la migración, aunque efectiva a corto plazo, puede tener impactos a largo plazo, especialmente si las poblaciones desplazadas no tienen un acceso adecuado a nuevas oportunidades de empleo o a redes sociales de apoyo.

2.1.7. Salud para la Población

Si bien los migrantes y los refugiados suelen gozar de un buen estado de salud general, corren el riesgo de caer enfermos mientras se desplazan de un sitio a otro o durante su permanencia en los países de acogida, debido a las deficientes condiciones de vida o a los cambios en su estilo de vida. Hoy en día, los sistemas políticos y sociales se esfuerzan por estar a la altura del reto de responder a los desplazamientos y la migración de un modo humano y positivo (Salud, 2019).

2.1.8. Vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles y no transmisibles

En general, los refugiados y migrantes parecen estar menos afectados que las poblaciones de acogida por muchas enfermedades no transmisibles al momento de su llegada. Sin embargo, al vivir en condiciones de pobreza y permanecer por largos períodos en los países de acogida, su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares o cáncer aumenta. Además, los cambios en su estilo de vida, como realizar menos actividad física y consumir menos alimentos saludables, los exponen más a factores de riesgo de enfermedades crónicas.

Incluso los procesos de desplazamiento en sí mismos pueden aumentar la vulnerabilidad de refugiados y migrantes frente a enfermedades infecciosas. Por ejemplo, que la proporción de casos de tuberculosis entre refugiados y migrantes en un país de acogida varía significativamente según la prevalencia de la enfermedad en la población local. Asimismo, una parte importante de los migrantes y refugiados VIH positivos contrajeron la infección después de llegar a Europa. A pesar de las creencias generalizadas, el riesgo de que refugiados y migrantes transmitan enfermedades a la población de acogida es muy bajo. Dado que los migrantes y refugiados son más vulnerables a desarrollar enfermedades transmisibles y no transmisibles en comparación con la población local, es fundamental que tengan acceso oportuno a servicios de salud de calidad, como cualquier otra persona (OMS, 2019).

1) Los migrantes internacionales representan únicamente el 10% (90,7 millones) de la población total de la Región Europea de la OMS, y menos del 7,4% de ellos son refugiados. En algunos países europeos, la percepción pública estima que hay entre 3 y 4 veces más migrantes de los que realmente existen.

2) Aunque las enfermedades transmisibles suelen ser el enfoque principal al hablar de migrantes y desplazamientos, cada vez hay más conciencia sobre la necesidad de atender diversas afecciones agudas y crónicas.

3) Las tasas de depresión y ansiedad tienden a ser más altas entre los refugiados y migrantes que en las poblaciones locales

4) En términos generales, la incidencia y prevalencia de la diabetes, así como la mortalidad por esta enfermedad, son mayores entre refugiados y migrantes que en la población de acogida, siendo más altas entre las mujeres.

5) Los refugiados y migrantes también enfrentan un mayor riesgo de enfermedades infecciosas debido a la exposición a infecciones, la falta de acceso a la atención médica, la interrupción de cuidados y las malas condiciones de vida durante el proceso migratorio. Por ello, es crucial protegerlos y garantizar que los profesionales de la salud estén conscientes de los riesgos asociados (OMS, 2019).

2.1.9. Hacia unos sistemas de salud adaptados a las necesidades de los refugiados y los migrantes

1) Asegurar que todos los refugiados y migrantes, independientemente de su estatus legal, tengan acceso a una cobertura sanitaria de calidad y asequible, así como a protección social.

2) Hacer que los sistemas de salud sean receptivos y respeten las diferencias culturales y lingüísticas, eliminando así las barreras de comunicación.

3) Garantizar que los trabajadores sanitarios estén bien equipados y cuenten con la experiencia necesaria para diagnosticar y tratar las enfermedades infecciosas y no infecciosas más comunes (Salud, 2019).

En Ecuador, durante el año 2021, se registraron 2'844.788 movimientos migratorios internacionales en total. De estos, 1'376.221 correspondieron a entradas internacionales y 1'468.567 a salidas internacionales de ecuatorianos y extranjeros. En el último año, las entradas internacionales de ecuatorianos y extranjeros superaron a las salidas (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

Las atenciones a los migrantes en los servicios de consulta externa del Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se han incrementado en un 203,88% del 2017 al 2022. Los registros tienen una proporción de 2:1 comparando mujeres versus hombres, con un comportamiento hacia el incremento en las mujeres. En cuanto a los grupos etarios, las atenciones se registran en mayor cantidad en los grupos de 20 a 39 años y de 40 a 60 años. En adultos, el examen general de rutina (37% - 55%), las enfermedades del sistema digestivo (8% - 12%), del sistema genitourinario (5% - 7%), y las endocrinas, nutricionales y metabólicas (4% - 5%) constituyen las primeras causas de consulta de la población migrante (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

En cuanto a los egresos hospitalarios, la población migrante proveniente de Colombia constituía los mayores registros en el 2017 y 2018 superando el 30% del total, pero a partir de 2019, la población de nacionalidad venezolana incrementó los registros de egresos hospitalarios

en un 200%, superando el 50% del total de egresos, manteniéndose registros similares en los años 2020 y 2021. El grupo poblacional de mayor registro de egresos hospitalarios es el de los mayores de 15 años, en especial en el grupo de las personas entre 20 y 39 años, distribución que es más heterogénea en el sexo femenino. Con referencia a las causas de morbilidad hospitalaria, se identificó que el embarazo, parto y puerperio corresponden al grupo de enfermedades o condiciones de salud de los migrantes con mayor registro, presentando un aumento continuo a lo largo de los últimos años, del 36,78% en 2017 al 52,65% en 2020, cifra que se reduce al 42,96% en 2021 (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

2.2. Marco legal

La protección internacional, los derechos de las personas en situación de movilidad y otros aspectos fueron temas que se debatieron durante la redacción de la nueva constitución política del país en la Asamblea Constituyente de 2007, aprobándose mediante plebiscito durante el año 2008, el texto en su artículo 40, que reconoce la garantía de la protección y promoción de los derechos de las personas en situación de movilidad humana, así como también reconoce que las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos (OIM, 2023).

El Ecuador mediante la Ley Orgánica de Movilidad Humana aprobada en el 2017 reconoció el derecho de las personas a migrar y que no se considerará a ningún ser humano como “ilegal” por su condición migratoria. Así mismo, se reconocen los derechos de asilo, refugio y apatridia, en concordancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos (OIM, 2023).

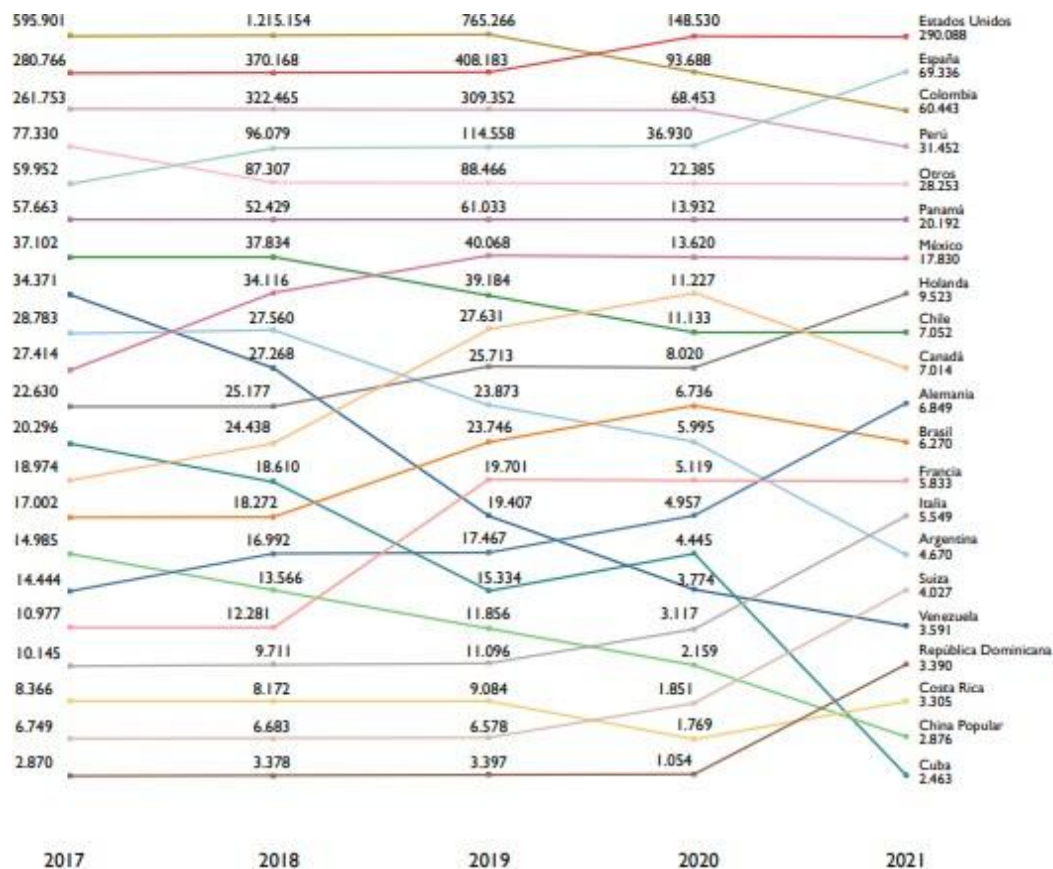
2.3. Migración y determinantes de la salud

La migración es un factor que impacta directamente la salud, y para comprender su alcance es necesario analizar las interacciones entre los individuos, las comunidades y la salud global. Existen diversos aspectos que afectan el bienestar de las poblaciones en movilidad, como las estructuras y sistemas legales, sociales y de salud, además del acceso a servicios básicos y redes de apoyo. También influyen las experiencias y comportamientos propios de los migrantes, junto con los cambios epidemiológicos que pueden surgir, ya sean positivos o negativos. Todas estas dinámicas son esenciales para entender cómo la movilidad humana afecta la salud a lo largo del proceso migratorio (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

En la figura 1, Transición de entradas al Ecuador de población migrante según país de procedencia, 2017 - 2021, se observa movimientos de entradas de extranjeros, registrados en las diferentes jefaturas de migración que realizan el control migratorio correspondiente en la Dirección de Migración del Ministerio de Gobierno (OIM, 2023).

En el año 2017, las personas provenientes de Venezuela ocupaban el puesto número 8 entre los países que mayormente ingresaban al país, mientras que para el año 2021 llega a ocupar el puesto 17, evidenciándose una reducción aproximada del 90% de entradas provenientes de Venezuela (OIM , 2023).

Tabla 3. Transición de entradas al Ecuador de población migrante según país de procedencia, 2017 - 2021



Fuente: INEC

Tabla 4. País de Procedencia



Fuente: INEC

2.4. El Valor Agregado Bruto en el Sector Salud

Desde la perspectiva de las instituciones productoras de bienes y servicios de la salud, uno de los principales indicadores de oferta es el Valor Agregado Bruto (VAB). Este indicador permite medir la contribución del sector de la salud en la generación de riqueza en el país (INEC, 2023).

2.5. Efectos del covid-19 en el sector de la salud

El 16 de marzo de 2020, el gobierno de Ecuador decretó el Estado de Excepción, implementando medidas estrictas para contener la expansión del COVID-19. Estas normativas, sumadas al rápido incremento de contagios, generaron un cambio significativo en la manera en que las personas utilizaban los servicios médicos, tanto en hospitales como en centros ambulatorios. Este escenario tuvo un impacto considerable en la producción y capacidad del sector salud para responder a las nuevas demandas (INEC, 2023).

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

Para abordar este tema, se adoptará un enfoque cuantitativo utilizando un modelo econométrico con datos de panel, se centra en el análisis de la inmigración y su impacto socioeconómico en el cantón Montecristi, en la provincia de Manabí, durante el periodo 2018-2023.

3.1. Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio cuantitativo, ya que se busca establecer relaciones entre la inmigración y variables socioeconómicas asociadas a la salud. Este enfoque permitirá analizar datos numéricos y extraer conclusiones estadísticas significativas.

3.2. Base de datos

La investigación se basará en una base de datos que contiene información sobre diferentes sectores de Montecristi, con variables cuantitativas desde 2018 hasta 2023. Las variables incluirán datos sobre la población inmigrante, atención médica, atención en diferentes áreas de la salud y la tasa del valor agregado bruto por PIB de la salud. La calidad y la consistencia de los datos son fundamentales para garantizar la validez de los resultados. La característica de los datos son de tipo panel, que es un conjunto de datos que combina una dimensión temporal (serie de tiempo) y otra transversal (individuos). Fue otorgada por Dirección Distrital No 13D02 Jaramijó-Manta-Montecristi.

3.3. Definición de Variables

Variable Dependiente: Se selecciona una variable socioeconómica para analizar, la tasa de valor agregado bruto por PIB de la salud (su medición es en porcentaje %).

Variables Independientes: Se considerarán variables relacionadas con la inmigración, como el número de inmigrantes en cada sector en términos de atención médica, número de migrantes atendidos en medicina general, número total de migrantes, y dos variables binarias denominadas dummy (dummy y dummy2), las mismas que tienen propiedades de Bernoulli 1 éxito (presencia de problemas económicos) y 0 fracaso (ausencia de problemas económicos).

El VAB por PIB en salud: se refiere específicamente al valor agregado bruto generado por el sector salud de una economía. Este indicador mide el valor que aportan las actividades relacionadas con la atención médica, servicios de hospitalización, investigación médica, y demás servicios de salud. Incluye, por ejemplo, el valor generado por hospitales, clínicas, laboratorios y otras instituciones relacionadas.

Por otro lado, para el sector salud, el VAB es especialmente útil para evaluar la importancia económica de este sector en términos de su contribución al PIB y de cómo el sector aporta al desarrollo económico y al bienestar de la población. Además, permite ver la eficiencia y productividad del sector, evaluando cuánto valor genera respecto a los recursos que consume en insumos y servicios intermedios.

3.4. Modelo Econométrico

Un modelo econométrico de datos de panel es uno que incluye una muestra de agentes económicos o de interés (individuos, empresas, bancos, ciudades, países, etc.) para un período determinado de tiempo, esto es, combina ambos tipos de datos (dimensión temporal y estructural).

Se especificará un modelo econométrico de efectos fijos o aleatorios, dependiendo de la naturaleza de los datos y los resultados de las pruebas de especificación. Se utilizará el software

estadístico R para llevar a cabo la estimación del modelo. Se realizarán pruebas de robustez y se verificarán los supuestos del modelo, como la independencia de los errores y la homocedasticidad.

3.5. Tipo de Datos Panel

En función del tipo de número de observaciones que se dispone de cada individuo, entonces su tipo de data es panel balanceada, es decir, mismo número de observaciones para todos los individuos ($T_i = T$), para todo i . Por otro lado, la presente data consta de 8 variables (incluye 2 variables dummy), 2 sitios (Montecristi y Bajo de la Palma) y 6 periodos anuales (2018-2023), con un total de 12 observaciones.

Tabla 5. Base datos sobre sectores de Montecristi, con variables cuantitativas desde 2018-2023

sitio	anio	vab_pib_salud	total_migra	medicina	odonto	obstetr	psico_clini	dummy1	dummy2
Motecristi	2018	3,00	43	57	11	0	0	0	0
Motecristi	2019	3,30	180	212	78	11	3	0	0
Motecristi	2020	2,90	212	237	31	54	15	1	0
Motecristi	2021	3,20	209	304	4	63	41	0	1
Motecristi	2022	3,50	169	242	47	53	10	0	0
Motecristi	2023	3,56	194	246	57	63	19	0	0
Bajo de La Palma	2018	3,00	82	89	65	0	0	0	0
Bajo de La Palma	2019	3,30	262	266	295	44	0	0	0
Bajo de La Palma	2020	2,90	157	218	40	53	0	1	0
Bajo de La Palma	2021	3,20	179	257	63	45	0	0	1
Bajo de La Palma	2022	3,50	146	242	23	0	0	0	0
Bajo de La Palma	2023	3,56	97	152	53	0	0	0	0

Fuente: Otorgada por Dirección Distrital No 13D02 Jaramijó-Manta-Motecristi

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1. Modelación econométrica

4.1.1. Estructura del Modelo Econométrico Datos Panel

$$Y_{it} = \alpha_{it} + \beta_1 X_{it} + \dots + \beta_k X_{kit} + \mu_{it}; i = 1, \dots, n \text{ y } t = q, \dots, T$$

Donde:

1. i se refiere al individuo o a la unidad de estudio de corte transversal,
2. t a la dimensión en el tiempo,
3. α : es un vector de intercepto que puede contener entre 1 y $n + t$ parámetros,
4. β : es un vector de K parámetros,
5. X_{it} : es la i ésima observación al momento t para las k variables explicativas (X_1, \dots, X_k) .
6. La muestra total de las observaciones en el modelo econométrico esta dado por $n * T$.

4.2. Estimación De Modelos De Panel Estáticos

Para empezar con la estimación del modelo con datos panel, se prepara la data en lenguaje R, ubicando el “sitio” y el “año”:

Tabla 6. *Estimación de Modelos De Panel Estáticos*

	sitio	anio	vab_pib_salud	total_migra	medicina	odonto	obstetr	psico_clini	dummy1	dummy2
Bajo de La Palma-2018	Bajo de La Palma	2018	3.00	82	89	65	0	0	0	0
Bajo de La Palma-2019	Bajo de La Palma	2019	3.30	262	266	295	44	0	0	0
Bajo de La Palma-2020	Bajo de La Palma	2020	2.90	157	218	40	53	0	1	0
Bajo de La Palma-2021	Bajo de La Palma	2021	3.20	179	257	63	45	0	0	1
Bajo de La Palma-2022	Bajo de La Palma	2022	3.50	146	242	23	0	0	0	0
Bajo de La Palma-2023	Bajo de La Palma	2023	3.56	97	152	53	0	0	0	0
Motecristi-2018	Motecristi	2018	3.00	43	57	11	0	0	0	0
Motecristi-2019	Motecristi	2019	3.30	180	212	78	11	3	0	0
Motecristi-2020	Motecristi	2020	2.90	212	237	31	54	15	1	0
Motecristi-2021	Motecristi	2021	3.20	209	304	4	63	41	0	1
Motecristi-2022	Motecristi	2022	3.50	169	242	47	53	10	0	0
Motecristi-2023	Motecristi	2023	3.56	194	246	57	63	19	0	0

Fuente: Elaborado por autor a través del programa RStudio

4.2.1. Análisis Grafico

El grafico muestra la relación entre el total de migrantes (eje horizontal, denominado total_migra) y el valor agregado bruto del PIB en el sector salud (eje vertical, etiquetado como vab_pib_salud). mismo que en el titulo indica que se está analizando la heterogeneidad entre el total de migrantes.

Eje horizontal (total_migra): Representa diferentes cantidades de migrantes, que varían desde 43 hasta 262.

Eje vertical (vab_pib_salud): Indica los valores asociados al aporte del sector salud al PIB, en una escala que va de 2.9 a 3.5.

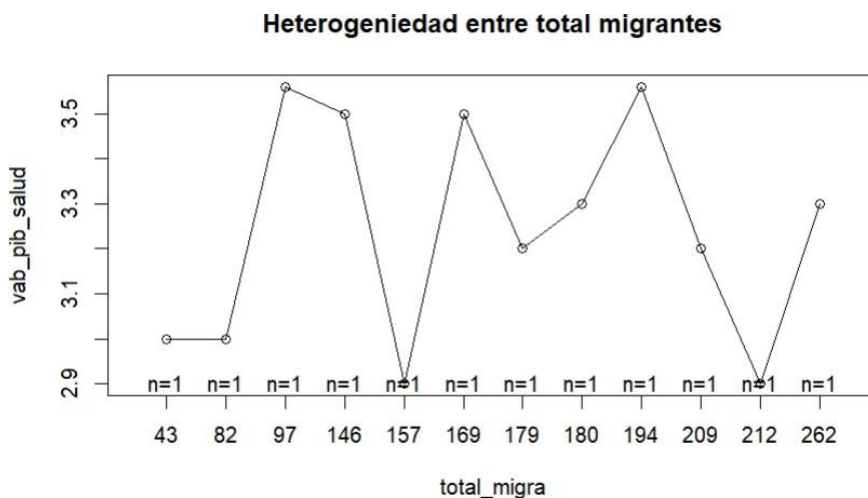
Variación: La línea conecta los puntos que muestran cómo cambia el valor del PIB en salud con respecto al total de migrantes. Hay oscilaciones notables, con picos y caídas abruptas.

Por tanto, se interpreta que cuando la cantidad de migrantes es baja o moderada, el valor del PIB en salud parece subir o mantenerse estable (por ejemplo, entre 43 y 97 migrantes). Sin embargo, a medida que aumenta el total de migrantes (como en 146 o 194), el vab_pib_salud presenta picos altos, lo que podría reflejar un aumento en la actividad económica o inversión en

salud debido a mayores demandas del sistema. En algunos momentos, la relación muestra caídas drásticas (como en 157 y 212), lo que sugiere que la relación no siempre es directa o positiva. Esto podría deberse a factores como limitaciones en recursos o saturación del sistema de salud.

En algunos momentos, la relación muestra caídas drásticas (como en 157 y 212), lo que sugiere que la relación no siempre es directa o positiva. Esto podría deberse a factores como limitaciones en recursos o saturación del sistema de salud.

Gráfica 1. Heterogeneidad entre total migrantes



Fuente: Elaboración por autor a través del programa RStudio

Se debe de considerar que inicialmente se cuenta con ocho variables, no obstante, en las pruebas aplicadas al total de la base de datos, y a partir de las pruebas de significancia, algunas quedaron fuera del modelo.

4.3. Métodos de efectos fijos

Este modelo no considera la estructura de panel y asume que todos los datos se pueden tratar como una sola muestra grande.

Ilustración 1

```
Call:
plm(formula = vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 +
      dummy2, data = pdatos, model = "pooling")

Balanced Panel: n = 2, T = 6, N = 12

Residuals:
      Min.      1st Qu.        Median      3rd Qu.       Max.
-0.106211 -0.055747 -0.034090  0.052141  0.226689

Coefficients:
              Estimate Std. Error t-value Pr(>|t|)
(Intercept)  2.9216095  0.1122724 26.0225 3.165e-08 ***
total_migra -0.0034538  0.0014242 -2.4250 0.045757 *
medicina     0.0049126  0.0012772  3.8463 0.006323 **
dummy1      -0.5020086  0.0959269 -5.2332 0.001208 **
dummy2      -0.4295660  0.1129354 -3.8036 0.006683 **
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Total Sum of Squares:    0.69667
Residual Sum of Squares: 0.096943
R-Squared:               0.86085
Adj. R-Squared:          0.78133
F-statistic: 10.8262 on 4 and 7 DF, p-value: 0.0040335
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.4. Métodos de efectos aleatorios

4.4.1. Estimación Pooled

Este modelo no considera la estructura de panel y asume que todos los datos se pueden tratar como una sola muestra grande.

Ilustración 2

Pooling Model

Call:

```
plm(formula = vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 +  
      dummy2, data = pdatos, model = "pooling")
```

Balanced Panel: n = 2, T = 6, N = 12

Residuals:

Min.	1st Qu.	Median	3rd Qu.	Max.
-0.106211	-0.055747	-0.034090	0.052141	0.226689

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t-value	Pr(> t)	
(Intercept)	2.9216095	0.1122724	26.0225	3.165e-08	***
total_migra	-0.0034538	0.0014242	-2.4250	0.045757	*
medicina	0.0049126	0.0012772	3.8463	0.006323	**
dummy1	-0.5020086	0.0959269	-5.2332	0.001208	**
dummy2	-0.4295660	0.1129354	-3.8036	0.006683	**

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Total Sum of Squares: 0.69667
Residual Sum of Squares: 0.096943
R-Squared: 0.86085
Adj. R-Squared: 0.78133
F-statistic: 10.8262 on 4 and 7 DF, p-value: 0.0040335

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.4.2. Estimación efectos fijos o Within

Las pendientes son interpretadas como efectos dentro de las entidades (individuos, empresas, países, entre otros), es decir, cómo los cambios en x_i afectan a y dentro de una misma entidad a lo largo del tiempo.

Como se observa en el resumen del modelo, por ejemplo, si el β_1 es igual a -0.0034317 se interpreta: dentro de un sitio en específico un aumento de una unidad en número total de migrantes está asociada con una disminución de 0.0034317 unidades en el `vab_pib_salud`.

Ilustración 3

```

Oneway (individual) effect within Model

Call:
plm(formula = vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 +
      dummy2, data = pdatos, model = "within")

Balanced Panel: n = 2, T = 6, N = 12

Residuals:
    Min.    1st Qu.    Median    3rd Qu.    Max.
-0.112010 -0.054892 -0.033691  0.054892  0.221279

Coefficients:
              Estimate Std. Error t-value Pr(>|t|)
total_migra -0.0034317  0.0015403  -2.2280 0.067453 .
medicina     0.0049049  0.0013771   3.5619 0.011900 *
dummy1      -0.5025421  0.1034168  -4.8594 0.002825 **
dummy2      -0.4299024  0.1217127  -3.5321 0.012336 *
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Total Sum of Squares:    0.69667
Residual Sum of Squares: 0.096486
R-Squared:               0.8615
Adj. R-Squared:          0.74609
F-statistic: 9.33062 on 4 and 6 DF, p-value: 0.0095223

```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.4.3. Estimación efectos aleatorios

Este modelo asume que las diferencias entre entidades están capturadas por los efectos aleatorios u_i , que son no correlacionados con las variables independientes.

Como se puede observar en el resumen, por ejemplo, Si β_2 es igual a 0.0050926 para X_2 (número de migrantes atendidos en medicina general), se interpreta como: un aumento en una unidad en X_2 está asociado con un aumento de 0.0001267 unidades en el vab_pib_salud , considerando tanto la variabilidad dentro de las entidades como entre ellas.

Ilustración 4

Oneway (individual) effect Random Effect Model
(Hausman-Taylor's transformation)

Call:
plm(formula = vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 +
dummy2, data = pdatos1, model = "random", random.method = "ht")

Balanced Panel: n = 2, T = 6, N = 12

Effects:

	var	std.dev	share
idiosyncratic	0.009649	0.098227	1.194
individual	-0.001569	NaN	-0.194

theta: -5.442

Residuals:

Min.	1st Qu.	Median	3rd Qu.	Max.
-0.102716	-0.073595	-0.042849	0.051308	0.227185

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z-value	Pr(> z)	
(Intercept)	2.9635527	0.1011267	29.3053	< 2.2e-16	***
total_migra	-0.0039709	0.0013673	-2.9042	0.0036816	**
medicina	0.0050926	0.0013287	3.8328	0.0001267	***
dummy1	-0.4894863	0.0999770	-4.8960	9.781e-07	***
dummy2	-0.4216706	0.1186440	-3.5541	0.0003793	***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Total Sum of Squares: 0.69667
Residual Sum of Squares: 0.10767
R-Squared: 0.84545
Adj. R-Squared: 0.75713
Chisq: 38.2926 on 4 DF, p-value: 9.7513e-08

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.5. Estimación de Modelos de Panel Estático

4.5.1. Prueba de Hausman

Para decidir cuál es el estimador estático (fijo o variable) más adecuado para nuestro modelo se emplea la prueba de Hausman. Esta prueba compara los β obtenidos por medio del estimador de efectos fijos y efectos aleatorios, identificando si las diferencias entre ellos son o no significativas.

4.5.2. Planteamiento de hipótesis

Ho: Efectos Aleatorios

H1: Efectos Fijos

Ilustración 5

```
> phptest(reg_EA, reg_EF)
```

Hausman Test

```
data: vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 + dummy2  
chisq = 0.65617, df = 4, p-value = 0.9566  
alternative hypothesis: one model is inconsistent
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

A continuación, se aplican 2 técnicas para contrastar las hipótesis, en consecuencia, la decisión con respecto a la hipótesis nula (H_0).

4.5.3. Técnica del p-valor

El p-valor es la probabilidad de obtener un resultado igual o más extremo que el observado en los datos, bajo la suposición de que la hipótesis nula (H_0) es verdadera. En otras palabras, mide cuán compatibles son los datos observados con la hipótesis nula.

4.5.4. Reglas p-valor

p-valor $< \alpha$, se rechaza H_0

p-valor $> \alpha$, no se rechaza H_0

Como se puede observar el p-valor es igual 0.9566, por lo tanto, según las reglas no se rechaza la hipótesis nula porque 0.9566 es mayor que el valor alfa de 0.05, entonces se considera el modelo de efectos aleatorios.

4.5.5. Técnica del valor crítico

El valor crítico es el umbral en la escala de la distribución de probabilidad que define las fronteras de la región de rechazo para la hipótesis nula (H_0). Si el estadístico de prueba calculado a partir de los datos cae en esta región de rechazo, entonces se considera que hay suficiente evidencia para rechazar H_0 a favor de la hipótesis alternativa (H_1).

Ilustración 6

```
> qchisq (p = .05, df = 4 , lower.tail = FALSE )  
[1] 9.487729
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.5.6. Reglas del valor crítico (Chi Cuadrada)

$\chi^2 >$ valor crítico, zona de rechazo hipótesis nula

$\chi^2 <$ valor crítico, zona de no rechazo hipótesis nula

Como se observa en el resumen el estadístico de prueba de la Chi Cuadrada es: $\chi^2 = 0.6561$.

Como se observa en el resumen el valor crítico del chi cuadrado con 4 grados de libertad ($df = 4$) es. 9.4877.

Al ser el estadístico de prueba (χ^2) menor que el valor crítico, entonces estaría en zona de no rechazo de la hipótesis nula $0.6561 < 9.4877$, entonces se considera el modelo de efectos aleatorios.

En conclusión, según la prueba de Hausman el modelo que se adapta los datos es el modelo de efectos aleatorios, dicha decisión se basa en las técnicas de contraste de hipótesis aplicadas (p-valor y valor crítico).

4.6. Pruebas de Post Estimación

4.6.1. Prueba Dependencia Transversal (Test Pesaran)

Es una prueba estadística usada en econometría y análisis de datos panel para detectar dependencia transversal (cross-sectional dependence) entre las unidades de un panel. La dependencia transversal ocurre cuando los errores de las distintas unidades en el panel están correlacionados entre sí, lo cual puede invalidar algunos resultados y hacer que los estimadores sean ineficientes.

4.6.2. Planteamiento de Hipótesis

H₀: No hay Dependencia Transversal o cruzada

H₁: Existe dependencia Transversal o cruzada

Para validar las hipótesis se aplica 2 técnicas:

P-valor

Valor crítico

Ilustración 7

```
> pcdtest(reg_EA, test = c("cd"))  
  
Pesaran CD test for cross-sectional dependence in panels  
  
data: vab_pib_salud ~ total_migra + medicina + dummy1 + dummy2  
z = 1.4126, p-value = 0.1578  
alternative hypothesis: cross-sectional dependence
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

4.7. Técnica del p-valor

Reglas p-valor

p-valor $< \alpha$, se rechaza H_0

p-valor $> \alpha$, no se rechaza H_0

En el contraste de hipótesis, a partir de la técnica del p-valor la decisión con respecto a la hipótesis nula, es no rechazar H_0 , porque el p-valor es 0.1578, dicho valor es mayor al valor del alfa (0.05), entonces no existe dependencia transversal o cruzada.

4.7.1. Técnica del valor crítico

Reglas del valor crítico (Z)

$Z >$ valor crítico, zona de rechazo hipótesis nula

$Z <$ valor crítico, zona de no rechazo hipótesis nula

Ilustración 8

```
> qnorm (p=0.05/2, mean = 0, sd = 1, lower.tail = FALSE)
[1] 1.959964
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

Como se observa en el resumen el estadístico de prueba de la distribución Z es: $Z = 1.4126$.

Como se observa en el resumen el valor crítico de la distribución Z con un nivel de confianza del 95% de dos colas es. 1.9599.

Al ser el estadístico de prueba (Z) menor que el valor crítico, entonces estaría en zona de no rechazo de la hipótesis nula $1.4126 < 1.9599$, entonces no existe dependencia transversal o cruzada.

Según la prueba de Pesaran en los residuos del modelo panel de efectos aleatorios no existe dependencia transversal o cruzada, conclusión que se valida con las 2 técnicas de pruebas de hipótesis aplicada (p-valor y valor crítico).

4.8. Prueba Homocedasticidad (Test de Wald)

La Prueba de Homocedasticidad de Wald es una prueba estadística usada para determinar si los errores de un modelo econométrico tienen varianza constante (homocedasticidad) o si presentan varianza variable (heterocedasticidad). La homocedasticidad es una suposición fundamental en muchos modelos de regresión, y la presencia de heterocedasticidad puede llevar a estimadores ineficientes y errores en las inferencias.

Planteamiento de Hipótesis

H₀: Homocedasticidad en los errores

H₁: Heterocedasticidad en los errores

Ilustración 9

```
studentized Breusch-Pagan test  
  
data:  reg_EF  
BP = 2.6652, df = 4, p-value = 0.6153
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

Para validar las hipótesis se aplica la técnica del:

- a. P-valor

Técnica del p-valor

Reglas p-valor

p-valor $< \alpha$, se rechaza H_0

p-valor $> \alpha$, no se rechaza H_0

En la prueba de hipótesis, a partir de la técnica del p-valor la decisión con respecto a la hipótesis nula, es no rechazar H_0 , porque el p-valor es 0.6153, dicho valor es mayor al valor del alfa (0.05), entonces los errores son homocedásticos.

4.8.1. Autocorrelación serial (Test de Wooldridge)

H_0 : No correlación serial de primer orden

H_1 : Correlación serial de primer orden

Para validar las hipótesis se aplica 2 técnicas:

- a. P-valor
- b. Valor crítico

Técnica del p-valor

Reglas p-valor

p-valor $< \alpha$, se rechaza H_0

p-valor $> \alpha$, no se rechaza H_0

En el contraste de hipótesis, a partir de la técnica del p-valor la decisión con respecto a la hipótesis nula, es no rechazar H_0 , porque el p-valor es 0.182, dicho valor es mayor al valor del alfa (0.05), entonces no existe en los residuos correlación serial de primer orden.

Técnica del valor crítico

4.9. Reglas del valor crítico (Chi Cuadrada)

$\chi^2 >$ valor crítico, zona de rechazo hipótesis nula

$\chi^2 <$ valor crítico, zona de no rechazo hipótesis nula

Ilustración 10

```
> alfa <- 0.05
> df <- 6
> chi_critico <- qchisq(1 - alfa, df)
> chi_critico
[1] 12.59159
```

Fuente: Elaborada en el programa RStudio

Como se observa en el resumen el estadístico de prueba de la distribución Chi es: $\chi^2 = 8.8535$

Como se observa en el resumen el valor crítico del chi cuadrado con 6 grados de libertad (df = 6) es. 12.59159

Al ser el estadístico de prueba χ^2 menor que el valor crítico, entonces estaría en zona de no rechazo de la hipótesis nula $8.8535 < 12.59159$, entonces se considera que no existe correlación serial de primer orden en los valores residuales del modelo.

4.10. Análisis de los resultados

Una vez realizado las pruebas de los supuestos residuales al modelo de efectos aleatorios, a continuación, se realiza el análisis de los resultados y las pruebas de significancia.

4.10.1. Datos y configuración

1. **Balanced Panel:** Dos sitios (Montecristi y Bajo de la Palma), cada uno con 6 años de observaciones (2018-2023). Número total de observaciones $N=12$

2. **Modelo:** Efectos aleatorios estimados con la transformación de Hausman-Taylor (random.method = "ht")

Variable dependiente:

vab_pib_salud (valor agregado bruto por PIB en salud).

Variables independientes:

- a. total_migra: Total de migrantes venezolanos.
- b. medicina: Total de venezolanos atendidos en medicina general.
- c. dummy1: Crisis sanitaria por COVID-19 en 2021.
- d. dummy2: Crisis sanitaria por COVID-19 en 2022.

4.11. Interpretación de los resultados

4.11.1. Efectos y Residuos

Varianza idiosincrática: 0.0096490, correspondiente a la variabilidad dentro de cada individuo (sitio) a lo largo del tiempo.

Varianza individual: -0.001569 , que es negativa, lo cual puede reflejar problemas en la especificación del modelo o limitaciones con el tamaño de muestra.

Theta: -5.442 , que indica cómo se ponderan los efectos aleatorios; el signo negativo no es usual y puede deberse a problemas con los datos o la estimación.

4.11.2. Coeficientes y significancia estadística:

1. Intercepto ($\beta_0=2.9635527$):

- a. Estimación positiva y altamente significativa ($p<0.001$).
- b. Representa el valor esperado del `vab_pib_salud` cuando todas las variables independientes son cero.

2. `total_migra`:

- a. Coeficiente: -0.0039709 .
- b. Significativo ($p=0.0037$, p-valor menor al nivel de significancia del 0.05, entonces se rechaza H_0).
- c. Cada migrante adicional se asocia con una disminución promedio de **0.397 unidades** en el Valor Agregado Bruto (VAB) del PIB en salud. Esto podría reflejar que la migración impacta negativamente en la capacidad del sistema de salud.

3. `medicina`:

- a. Coeficiente: 0.0050926
- b. Altamente significativo ($p=0.0001$, p-valor menor al nivel de significancia del 0.05, entonces se rechaza H_0).
- c. Sugeriría que, por cada venezolano adicional atendido en medicina general, el `vab_pib_salud` aumenta en promedio 0.0051 unidades, lo que podría interpretarse como una mayor asignación de recursos o actividad económica derivada.

4. `dummy1`:

Coefficiente: -0.4894863 .

Altamente significativo ($p < 0.001$, p-valor menor al nivel de significancia del 0.05, entonces se rechaza H_0).

Indica que en 2021 (crisis COVID-19), el vab_pib_salud fue, en promedio, 0.49 unidades menor respecto a otros años, lo que refleja el impacto negativo de la pandemia en el sistema.

5. **dummy2:**

a. Coeficiente: -0.4216706 -

b. Altamente significativo ($p < 0.001$, p-valor menor al nivel de significancia del 0.05, entonces se rechaza H_0).

c. Similar a **dummy1**, indica una reducción en el vab_pib_salud durante 2022, aunque algo menor que en 2021.

Bondad de ajuste

R² (R al cuadrado)

1. $R^2=0.8545$: El modelo explica el 85.45% de la variabilidad total del vab_pib_salud , a través de sus variables explicativas, lo que se considera bastante alto.

2. $Adj. R-Squared=0.7751$: Ajustado por el número de predictores, sigue siendo robusto.

4.11.3. Prueba de Significancia Global

a. **Chi-cuadrado ($p < 0.001$)**: Indica que las variables independientes tienen un efecto significativo sobre la dependiente, es decir, en términos globales tiene significancia estadística.

4.12. Consideraciones del modelo

Varianza individual negativa:

Esto no es común y puede ser indicativo de:

- a. Tamaño de muestra pequeño.
- b. Problemas en la especificación del modelo.
- c. Falta de heterogeneidad significativa entre individuos (Montecristi y Bajo de la Palma). Considera revisar si los efectos fijos podrían ser más adecuados.

Signos de los coeficientes:

- a. El efecto negativo de `total_migra` podría analizarse más profundamente, considerando si hay variables omitidas que expliquen mejor la relación.
- b. Los efectos de las variables `dummy1` y `dummy2` son consistentes con la narrativa del impacto del COVID-19.

Tamaño muestral:

- a. Solo 12 observaciones pueden limitar la validez estadística del modelo. Si es posible, intenta incluir más datos o verificar robustez.

4.13. Modelo Matemático

$$= \beta_0 + \beta_1 \text{ } - \text{ } + \beta_2 \text{ } + \beta_3 \text{ } 1 + \beta_4 \text{ } 2 +$$

Donde:

y_{it} : Es la variable dependiente, `vab_pib_saludit` (el Valor Agregado Bruto por PIB en salud para el sitio i en el año t).

β_0 : Es el intercepto, el valor promedio de y_{it} , cuando todas las variables independientes son 0.

β_1 : Coeficiente asociado al $total_migra_{it}$ (total de migrantes venezolanos). Representa el cambio en y_{it} por cada unidad adicional de migrantes.

β_2 : Coeficiente asociado a $medicina_{it}$ (número de venezolanos atendidos en medicina general). Indica cómo cambia y_{it} cuando se incrementa en 1 el número de pacientes.

β_3 : Coeficiente asociado a $dummy1_{it}$ (variable binaria que toma valor 1 en 2021, por la crisis sanitaria del COVID-19).

β_4 : Coeficiente asociado a $dummy2_{it}$ (variable binaria que toma valor 1 en 2022, también relacionada con el impacto del COVID-19).

u_{it} : Término de error compuesto, que puede descomponerse en:

= +

a. μ_i : Efecto individual no observado (específico para cada sitio: Montecristi y Bajo de la Palma).

b. v_{it} : Error idiosincrático (varianza dentro de cada sitio a lo largo del tiempo).

4.13.1. Modelo de Impacto Estimado

$$\hat{y}_{it} = \hat{29636} - \hat{0.0397}total_{migra_{it}} + \hat{0.0051}medicina_{it} - \hat{0.4895}dummy1_{it} - \hat{0.4217}dummy2_{it}$$

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En la presente investigación se optó en analizar el impacto de la inmigración en el sistema de salud del cantón Montecristi, provincia de Manabí, durante el periodo 2018-2023, revela una compleja interacción entre los flujos migratorios y las limitaciones estructurales del sistema sanitario. Este fenómeno migratorio, que en su mayoría corresponde a la llegada de venezolanos desplazados por la crisis en su país, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de un sistema ya limitado en recursos, infraestructura y personal.

El análisis econométrico llevado a cabo muestra que, aunque la llegada de migrantes ha impulsado cierta actividad económica en el sector salud, también ha generado efectos negativos significativos en términos de accesibilidad y calidad de los servicios. Por ejemplo, cada migrante adicional atendido se asocia con una disminución en el Valor Agregado Bruto (VAB) del PIB en salud, lo que evidencia la presión ejercida sobre los recursos limitados. A su vez, los efectos de la pandemia del COVID-19 actuaron como un factor agravante, intensificando las limitaciones del sistema y generando tensiones tanto para la población local como para los migrantes. Sin embargo, también destaca aspectos positivos. La atención médica a migrantes ha generado impactos económicos derivados, como un incremento en la actividad en clínicas y hospitales. Estos resultados sugieren que, con una gestión adecuada, la integración de los migrantes podría convertirse en una oportunidad para fortalecer el sistema de salud y promover el desarrollo local. Asimismo, los programas de cooperación internacional y las políticas públicas inclusivas se perfilan como herramientas esenciales para superar los desafíos.

Sin embargo, es evidente que el sistema de salud enfrenta barreras estructurales importantes. La falta de infraestructura suficiente, la escasez de medicamentos y personal capacitado, así como la limitada inversión en el sector, representan obstáculos críticos. La percepción de competencia por los recursos entre la población local y los migrantes también resalta la necesidad de abordar estas problemáticas desde una perspectiva integradora que fomente la cohesión social.

5.2. Recomendaciones

Es fundamental proponer un conjunto de recomendaciones orientadas a mitigar los desafíos y maximizar las oportunidades asociadas a la inmigración en el cantón Montecristi. Se recomienda fortalecer la infraestructura del sistema de salud local, el incremento en la demanda generado por la llegada de migrantes ha evidenciado que las instalaciones actuales no son suficientes para atender a toda la población. Es necesario construir nuevos centros de atención primaria, ampliar los existentes y dotarlos de equipamiento médico actualizado. Esto garantizará una atención más rápida y eficiente, reduciendo las largas esperas que afectan tanto a migrantes como a locales. Este esfuerzo requiere una asignación presupuestaria significativa, que podría lograrse mediante alianzas público-privadas y la gestión de fondos de cooperación internacional. Además, se sugiere aumentar y capacitar al personal de salud en Montecristi. La escasez de médicos, enfermeros y otros profesionales ha sobrecargado al personal existente, afectando la calidad de los servicios. Se deben implementar programas de formación continua que incluyan competencias específicas para atender a poblaciones migrantes, como la sensibilidad cultural, el manejo de barreras lingüísticas y el tratamiento de condiciones de salud prevalentes entre los migrantes. Adicionalmente, ofrecer incentivos laborales, como mejoras salariales y estabilidad laboral, puede atraer a más profesionales al cantón. En el ámbito económico, es crucial destinar recursos adicionales al sector salud, priorizando áreas críticas como el suministro de medicamentos y la mejora del acceso a tratamientos especializados. Según los datos presentados, la limitada inversión en salud ha contribuido a una disminución en el Valor Agregado Bruto (VAB) del sector, lo que impacta tanto en la percepción de calidad como en la eficiencia del sistema. Un incremento en el presupuesto, acompañado de una gestión transparente y eficiente, puede garantizar que los recursos lleguen a donde más se necesitan. Otra recomendación esencial es implementar un sistema de atención

diferenciada para poblaciones vulnerables, como mujeres embarazadas, niños y personas mayores, tanto migrantes como locales. Esto incluye priorizar su atención en los centros de salud y garantizarles un acceso rápido y adecuado a los servicios que necesitan. Además, se deben desarrollar protocolos claros que permitan la atención integral de emergencias médicas, independientemente del estatus migratorio de las personas. Asimismo, se sugiere fortalecer la recolección y análisis de datos sobre la población migrante y su uso de los servicios de salud. Contar con información confiable y actualizada permitirá diseñar políticas más efectivas y evaluar el impacto de las medidas implementadas. Esto incluye la creación de un sistema de registro unificado que facilite el seguimiento de las necesidades y características de las personas atendidas.

Bibliografía

Gobierno Autónomo Descentralizado de Montecristi. (2023). Obtenido de Gobierno Autónomo Descentralizado de Montecristi.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

OIM. (16 de 09 de 2024). Obtenido de OIM:
<https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024>

OMS. (21 de 01 de 2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.

Massey et al (1993). Teorías de la migración internacional: una revisión y evaluación. Revista de población y desarrollo, 19 (3), 431-466.
<https://doi.org/10.2307/2938462>

Vargas G (2009). La migración circular. Una nueva perspectiva comunitaria en la gestión de las migraciones. Revista de Derecho de la Unión Europea, 1(17), 53–68. Recuperado de:
<https://revistas.uned.es/index.php/REDUE/article/view/12556>

Castles, S. (2003). La política internacional de la migración forzada. Migración y Desarrollo, (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66000106>

Leman R. Cambio climático y migración humana adaptativa: lecciones de las zonas rurales de América del Norte. En: Adger WN, Lorenzoni I, O'Brien KL, eds. Adaptación al cambio climático: umbrales, valores y gobernanza. Cambridge University Press; 2009:296-310.

Harrys y Todaro (2021). A theory of migration: the aspirations-capabilities framework. CMS 9, 8. Obtenido de: <https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4>

ACNUR. (2023). Situación de Venezuela: refugiados y migrantes venezolanos en el mundo. Agencia de la ONU para los Refugiados. Recuperado de <https://www.acnur.org>

Fernández-Sánchez, H., Vásquez-Ventura, I. S., Rivera-Ramírez, P. I., & Zahoui, Z. (2022). Migración de retorno en Latinoamérica y el Caribe: Una revisión sistemática exploratoria. *Migraciones Internacionales*, 13, 0. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2431>

Patricia, N., & Soler, C. P. (2018). Impacto de las diferencias entre nativos e inmigrantes digitales en la enseñanza en las ciencias de la salud: revisión sistemática. *Revista Cubana de Información En Ciencias de La Salud (ACIMED)*, 29(1), 92–105. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80585>

Carolina, D. (2020). Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps19.dasm>

Alberto, V.-M. J., Coca, J. R., & Valero-Oteo, I. (2014). Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de Población*, 20(80), 9–45. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252014000200002&script=sci_arttext

Mainegra Fernández, Débora, Estrada, Caridad, Mainegra Fernández, Débora, Estrada, & Caridad. (2024). La migración: un análisis desde la construcción de proyectos de vida profesional por los estudiantes universitarios. *Mendive. Revista de Educación*, 22(1), -. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1815-76962024000100032&script=sci_arttext&tlng=pt

Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 207–213. <https://doi.org/10.1157/13062528>

Documento sin título. (2024). Scielo.org.ar. <https://www.scielo.org.ar/img/revistas/cas/n21/html/n21a09.htm>

Datosmacro. (2023, April 3). Ecuador - Inmigración 2020. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/ecuador#:~:text=Aumenta%20el%20n%C3%BAmero%20de%20inmigrantes%20en%20Ecuador&text=La%20inmigraci%C3%B3n%20masculina%20es%20superior,mundo%20por%20porcentaje%20de%20inmigraci%C3%B3n>.

Nations, U. (2018). Migración internacional | Naciones Unidas. United Nations. <https://www.un.org/es/global-issues/migration>

(2024). [Iom.int. https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES](https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES)

Home. (2021). International Organization for Migration. <https://www.iom.int/es>

Miguel, G. J., Hakkert, R., & Martine, G. R. (2001, September). Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares. [Cepal.org. https://repositorio.cepal.org/entities/publication/3c6466e9-7c1e-489a-ab3f-12a706742050](https://repositorio.cepal.org/entities/publication/3c6466e9-7c1e-489a-ab3f-12a706742050)

Teorías de migración internacional. Douglas S. Massey, Joaquín Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci, Adela Pellegrino y J. Edward Taylor. (2024). [Www.ugr.es. https://www.ugr.es/~redce/REDCE10/articulos/14DouglasDMassey.htm](https://www.ugr.es/~redce/REDCE10/articulos/14DouglasDMassey.htm)

Alberto, J. (2024). La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. *Semestre Económico*, 13(26), 81–99. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-63462010000100005&script=sci_arttext

Nations, U., & United Nations Publications. (2004). United Nations Documents Index. UN. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/d49d3101-43df-46b7-9db5-bc611547f5d1>

Massey, D., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. (2008). TEORÍAS DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL: UNA REVISIÓN Y APROXIMACIÓN. Trabajo Publicado En *Population and Development Review*, 10(3), 435–478. <https://www.ugr.es/~redce/REDCE10pdf/14DouglasMASSEY.pdf>

POBLACIÓN Y DESARROLLO. (n.d.). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/a6d972e4-f2cb-4eff-8328-611a329cf56a/content>

Anexos

Datos otorgados por la Dirección Distrital No 13D02 Jaramijó-Manta-Montecristi

DISTRITO DE SALUD 13D02 JARAMIJÓ MANTA MONTECRISTI								
ATENCIONES A USUARIOS DE NACIONALIDAD VENEZOLANA								
CENTRO DE SALUD	AÑO	No. PERSONAS VENEZOLANAS	ATENCIONES					TOTAL ATENCIONES
			MEDICINA	ODONTOLOGIA	OBSTETRICIA	PSICOLOGIA CLINICA		
MONTECRISTI	2018	43	57	11	0	0	68	
	2019	180	212	78	11	3	304	
	2020	212	237	31	54	15	337	
	2021	209	304	4	63	41	412	
	2022	169	242	47	53	10	352	
	2023	194	246	57	63	19	385	
FUENTE: PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCION EN SALUD (PRAS) Y RDACAA								

CENTRO DE SALUD	AÑO	No. PERSONAS VENEZOLANAS	MEDICINA	ODONTOLOGIA	OBSTETRICIA	PSICOLOGIA CLINICA	TOTAL ATENCIONES
BAJO DE LA PALMA	2018	82	89	65	0	0	154
	2019	262	266	295	44	0	605
	2020	157	218	40	53	0	311
	2021	179	257	63	45	0	365
	2022	146	242	23	0	0	265
	2023	97	152	53	0	0	205
FUENTE: PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCION EN SALUD (PRAS) Y RDACAA							