

LA EMIGRACIÓN DE PERSONAL MÉDICO DESDE AMÉRICA LATINA A LOS ESTADOS UNIDOS: HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN ALTERNATIVA

*Oscar Oszlak y Dante Caputo*¹

La emigración de personal médico desde América Latina hacia los Estados Unidos no es un fenómeno trivial ni irrelevante. El sistema de salud de este país funciona bajo el supuesto de una constante incorporación de médicos extranjeros, en tanto que los sistemas de salud latinoamericanos lo hacen considerando la inevitabilidad de un éxodo permanente de sus médicos hacia los Estados Unidos.²

Como problema de investigación y objeto de política para su superación, el éxodo de personal médico desde América Latina debe ser examinado siguiendo los pasos siguientes:

1. Describiendo someramente la envergadura y características del fenómeno (cuantificando su magnitud, estableciendo la naturaleza de los recursos humanos emigrados, destacando su importancia respecto a la dotación nacional, etc.).
2. Sintetizando las interpretaciones comúnmente sugeridas en la literatura sobre el tema, especificando los límites de su validez en términos explicativos y señalando sus errores o deficiencias.
3. Proponiendo una interpretación alternativa del fenómeno, que tome en cuenta no sólo los factores que contribuyen a que se produzca el flujo, sino además las razones estructurales que explican su existencia.

A partir de este análisis será posible determinar en qué medida el fenómeno es controlable por los países "dadores" y cuáles serían las opciones de política disponibles.

La dimensión del fenómeno

Aunque el propósito de este trabajo no es ofrecer un análisis estadístico de la migración de personal, es indispensable señalar el impacto real del problema. Para ello se ha seleccionado un conjunto de datos mínimos que permitan apreciar la magnitud del fenómeno. Información más detallada aparece en dos trabajos de Stevens y Vermeulen (24) y Haug y Martin (6).

¹ Funcionarios del Centro de Investigaciones en Administración Pública asociado al Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires, Argentina. Los autores agradecen al Sr. E. Oteiza y al Sr. J. Escudero, del propio Centro, su asesoría en la preparación de este trabajo.

² En 1971, el número de médicos extranjeros que entraron a los Estados Unidos fue mayor que los que produjo el país en ese año. Del total de médicos residentes el 20% eran extranjeros. Un total de 10,000 médicos provenían de América Latina, lo que representa un 15.7% de los médicos extranjeros.

A fin de obtener un cuadro global de las necesidades de personal médico en América Latina, hemos recurrido a la relación habitantes/ médico, conscientes de que los promedios nacionales encubren grandes distorsiones en cuanto a la distribución geográfica de estos profesionales. En el cuadro 1 se advierte que mientras en los Estados Unidos y en Canadá la relación es de 667 habitantes por médico, la tasa correspondiente al conjunto de América Latina es de 2,571 habitantes por médico. Desagregando las cifras por países la situación es aún más alarmante: para Argentina la tasa es de 426 habitantes por médico, en tanto que para Haití llega a 12,500 habitantes por médico.

A fin de obtener una visión general de la situación, agruparemos los países de la Región según la tasa indicada, en esta forma:

Menos de 1,000 habitantes/médico:	Argentina, Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay.
De 1,000 a 1,999 habitantes/médico:	Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Perú y Venezuela.
De 2,000 a 2,999 habitantes/médico:	Bolivia, Colombia, Ecuador, Jamaica, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay y Trinidad y Tabago.
3,000 o más habitantes/médico:	El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras.

Un 15.7% del total de personal médico emigrado a los Estados Unidos corresponde a América Latina. Cuba posee el mayor número de emigrados a dicho país (27.8% del total); le siguen México (18%) y Argentina (13.2%). Los países de menor participación son Costa Rica y Panamá con menos del 1 por ciento.

Cuadro I- Estadísticas básicas sobre emigración de médicos desde América Latina a los Estados Unidos

País	Dotación de médicos	Año	Habitantes/médico	Total médicos en los E.U.A.	% emigrados/dotación nacional	% del total de médicos latinoamericanos en los E.U.A.	Relación habitantes/médicos por emigración/dotación
Argentina	53,684	69	426	1,313	2.4	13.2	1.8
Barbados	132	70	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Bolivia	2,143	70	2,326	146	6.8	1.4	15.8
Brasil	47,250	69	1,923	377	0.8	3.8	1.5
Canadá	32,625	71	667	6,174	-	-	-
Colombia	9,468	69	2,174	952	10.0	9.6	21.7
Costa Rica	910	69	1,852	11	1.2	0.1	2.2
Cuba	7,000	68	1,149	2,757	39.4	27.8	45.2
Chile	5,170	68	1,818	176	3.4	1.7	6.2
Ecuador	2,080	70	2,941	147	7.1	1.5	20.8
El Salvador	865	69	3,846	91	10.5	0.9	40.3
Guatemala	1,208	71	4,348	109	9.0	1.1	39.1
Guyana	171	71	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Haití	361	69	12,500	329	91.1	3.3	1,138.8
Honduras	780	72	3,571	49	6.3	0.5	22.5
Jamaica	752	71	2,500	s/d	s/d	s/d	s/d
México	25,602	68	1,786	1,821	7.1	18.3	12.7
Nicaragua	870	71	2,174	78	9.0	0.8	20.0
Rep. Dominicana	2,050	71	2,041	629	30.7	6.4	62.7
Panamá	1,006	71	1,471	23	2.3	0.2	3.4
Paraguay	1,023	71	2,222	76	7.4	0.8	16.4
Perú	6,870	69	1,923	618	9.0	6.2	17.3
Trinidad y Tobago	432	71	2,381	s/d	s/d	s/d	s/d
Uruguay	3,170	71	917	46	1.5	0.5	1.3
Venezuela	10,202	71	1,053	133	1.3	1.3	1.4

Fuente: Haug, J.N. y B. C. Martin. *Foreign Medical Graduates in the United States, 1970*. Chicago, American Medical Association, 1971; y datos del Departamento de Estadísticas de Salud de la OPS.

Sobre la base de su participación en el total de médicos latinoamericanos en los Estados Unidos, es posible clasificar a los países de la manera siguiente:

- Menos del 1%: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay.
- Entre 1 y 4.9%: Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití y Venezuela.
- Entre 5 y 9.9%: Colombia, República Dominicana y Perú.
- 10% o más: Argentina, Cuba y México.

Sin embargo, países con escasa participación en la corriente migratoria presentan porcentajes elevados de emigrantes respecto a su dotación nacional. Así, observamos que Haití se sitúa a la cabeza del resto de los países de la Región con un número de médicos en los Estados Unidos similar al que se encuentra en su propio territorio. A continuación hallamos a Cuba y a la República Dominicana, con 39.4% y 30.7%, respectivamente, de médicos emigrados en relación con su dotación nacional. Los países en los que esta relación es menor son Brasil (0.8%), Costa Rica (1.2%), Venezuela (1.3%) y Uruguay (1.5%).

Agrupando a los países a partir de esta relación, obtendremos el siguiente cuadro:

- Menos del 1%: Brasil.
- Entre 1 y 4.9%: Argentina, Costa Rica, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela.
- Entre 5 y 9.9%: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.
- 10% o mas: Colombia, Cuba, El Salvador, Haití y la República Dominicana.

Para medir el impacto que producen los emigrados sobre el sistema nacional de salud de sus países, podemos recurrir al criterio de relacionar la emigración respecto a las necesidades médicas, las que globalmente pueden ser expresadas por la tasa habitantes/médico. Así se obtendrán índices que serán el resultado del siguiente producto:

$$\frac{\text{Habitantes}}{\text{Médicos}} \times \frac{\text{Médicos emigrados}}{\text{Médicos en el país}}$$

Si ordenamos los resultados, obtendremos una lista de "gravedad" del impacto emigratorio, que en orden decreciente presenta el siguiente cuadro:

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. Haití | 9. Nicaragua |
| 2. República Dominicana | 10. Perú |
| 3. Cuba | 11. Paraguay |
| 4. El Salvador | 12. Bolivia |
| 5. Guatemala | 13. México |
| 6. Honduras | 14. Chile |
| 7. Colombia | 15. Panamá |
| 8. Ecuador | 16. Costa Rica |

17. Brasil
18. Venezuela

19. Uruguay
20. Argentina

Si bien esta lista da una idea del impacto de la emigración en relación con la disponibilidad de médicos por habitante, no suministra información sobre otras pérdidas relevantes. Por ejemplo, pese a que Argentina aparece en el último lugar de la "lista de gravedad" precedente, sufre un éxodo importante de personal médico dedicado a la investigación y a la enseñanza:

"La distribución de actividades... por país de origen varía considerablemente. Si bien un décimo de los graduados latinoamericanos trabajan como investigadores o docentes, la proporción es mucho mayor para los graduados de la Universidad de Buenos Aires (22%), la Universidad de Córdoba, Argentina (22%) y los graduados de las universidades brasileñas (24%)" (17).

De acuerdo a estadísticas más recientes, el número de emigrados dedicados a la investigación y docencia es algo menor que el que indica el trabajo recién citado (véase el cuadro 2).

Otra forma de estimar el impacto del flujo migratorio de personal médico latinoamericano a los Estados Unidos consiste en establecer la pérdida neta que representa el costo de formación de los profesionales emigrados. La OPS ha estimado que el costo de capacitación de personal altamente calificado en América Latina es, conservadoramente, de alrededor de EUA\$20,000 por profesional (17-a). Si consideramos que en los Estados Unidos ejercen unos 10,000 médicos latinoamericanos, el monto aproximado de la pérdida ascendería a EUA\$200 millones, cifra equivalente al presupuesto educacional anual chileno (15) o a la ayuda total que los Estados Unidos prestaron a América Latina en el área de asistencia médica hasta fines de la década de 1960 (17-b).

Interpretaciones alternativas de la emigración de médicos

Se pueden reconocer dos vertientes analíticas alrededor del problema de la emigración de médicos. Por un lado, surge la que denominaremos una interpretación liberal del fenómeno migratorio, que construye sus hipótesis a partir de la noción del "beneficio mundial" resultante de la libre circulación de recursos humanos. Por el otro, se sitúan las interpretaciones que focalizan su interés en el impacto nacional de las migraciones.

En torno a cada una de estas vertientes se mueven análisis a menudo divergentes. En consecuencia, una generalización sería peligrosa si con ella se intentase una descripción exhaustiva de las corrientes involucradas en el estudio del fenómeno. Pero no se trata de hacer descripciones exhaustivas, sino más bien de mostrar algunas fallas fundamentales, señalando lo propio y específico de nuestro aporte.

Cuadro 2-Distribución por áreas de actividad de los médicos norteamericanos, extranjeros en conjunto y médicos latinoamericanos en los E.U.A. (en porcentajes)

Áreas de actividad profesional	Médicos norteamericanos	Médicos extranjeros	Médicos latinoamericanos
Atención de pacientes	83.0	84.2	84.3
Práctica privada	62	36.6	36.0
Práctica en hospital	21	47.6	48.3
Enseñanza	1.6	1.7	1.8
Administración	3.9	2.1	1.8
Investigación	3.1	5.8	4.3
Otras	0.8	0.8	0.9
Inactivos	7.3	5.4	6.6
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Stevens R. y O. Vermeulen, *Foreign Trained Physicians and American Medicine*. Washington, D.C. Secretaría de Salud. Educación y Bienestar de los E.U.A. Publicación No. (NIH) 73-325,1972.

La interpretación liberal

El análisis liberal centra su interés y desarrolla sus hipótesis alrededor de un tema que en realidad no es el objeto de este trabajo. En efecto, los estudios que en esa corriente se incluyen tienden a confundir la noción de éxodo intelectual con la de libre circulación de recursos humanos. A partir de la asimilación de ambos conceptos la idea de "beneficio mundial" se convierte en el patrón para medir los beneficios e inconvenientes del fenómeno. En este caso nos limitamos a cuestionar la analogía entre ambos conceptos.

La noción de la libre circulación de recursos humanos posee, dentro de la teoría neoclásica, un supuesto esencial: la existencia de cierta simetría desde el punto de vista de los beneficios, la cual hace deseable su existencia. Pero si la libre circulación de recursos humanos puede llegar a producir situaciones de mutuo enriquecimiento entre las naciones, el éxodo intelectual se define esencialmente por su carácter asimétrico en tanto que: a) hay ganadores netos y perdedores netos, y b) la pérdida posee un impacto mayor en los países que efectivamente pierden, que la que tendría en aquellos que ganan.

Así, la situación es asimétrica en términos de las partes que intervienen y de los resultados a los que se llega.

Por otro lado, la libre circulación supone, por definición, ausencia de restricciones. Este no parece ser el caso de los países receptores, que promueven a través del régimen de visas la incorporación selectiva en aquellas áreas consideradas indispensables para su desarrollo, pero que desalientan por idénticos mecanismos las demás, siguiendo las alternativas coyunturales de sus economías. Si bien esto es particularmente cierto para los profesionales no médicos, su existencia indica con claridad lo original del fenómeno de la migración y su incorrecta asimilación al de libre circulación de recursos humanos. De este modo, como indica Oteiza (19), a las asimetrías anteriores se agrega otra a nivel de las decisiones. A este respecto, dice un informe particularmente relevante citado por dicho autor:

"Entre las ocupaciones burocráticas, el crecimiento excepcional del desempleo entre los científicos e ingenieros atrajo la atención durante 1970. El aumento de las actividades de investigación y desarrollo durante y hasta mediados de la década del 60 generó lo que parecía una demanda insaciable de este tipo de personal altamente calificado. Sin embargo, hacia el final de esa década, sus oportunidades ocupacionales se redujeron bruscamente, debido fundamentalmente a cortes en la producción relacionada con la defensa y el programa espacial, así como a reducciones en la investigación financiada por el Gobierno. Principalmente como resultado de estos cortes, la tasa de desempleo de ingenieros se triplicó entre 1969 y 1970 (de un 0.8% a un 2.2%), a pesar de que algunos de ellos aceptaron empleos menos atractivos que los que tenían, en otros campos de actividad".³

Otra limitación importante es la que tienen que soportar los médicos emigrados en los Estados Unidos desde el punto de vista de sus expectativas de ascenso ocupacional, en la medida que su destino, en la gran mayoría de los casos, consiste en trabajar en los establecimientos hospitalarios como residentes o internos. De este modo, facilitan el funcionamiento de un doble mercado ocupacional, que presenta notables diferencias en términos de clientela, precios e ingresos. En uno, los médicos nativos tienen acceso privilegiado a una clientela privada, de altos ingresos, en tanto que en el otro, se reserva a los inmigrantes el papel de un verdadero proletariado médico, cuya función es atender la demanda de las clases de bajos ingresos que no tienen acceso a los servicios privados de salud. (Alrededor del 48% de los médicos latinoamericanos en los Estados Unidos trabajan como residentes o internos en hospitales, en tanto que la proporción correspondiente a los médicos norteamericanos es del 21 por ciento. Sólo el 36% basa su práctica en la consulta privada, aunque es presumible que cierta proporción de estos profesionales trabajen en relación de dependencia en clínicas privadas; la cifra correspondiente a los norteamericanos es del 62 por ciento. Los niveles medios de ingresos para ambos mercados ocupacionales se hallan en una relación diferencial de 1 a 5, aproximadamente, como se ve en el cuadro 2.)

Las asimetrías señaladas hacen imposible la asimilación entre el éxodo intelectual y la libre circulación de recursos humanos, pues se trata de hechos sustancialmente diferentes. Aunque las hipótesis liberales sobre la libre circulación fueran correctas, nos enfrentamos en este caso a un fenómeno en el que no hay ni libertad ni circulación, sino más bien una *relación bilateral asimétrica*. No es la noción de beneficio mundial la que rige esta corriente migratoria, sino la conveniencia coyuntural de los países centrales.

"Mediante este sistema internacional los países más desarrollados pueden suplir escaseces de la oferta de recursos humanos para ocupaciones que requieren muchos años de escolaridad y/o capacitación, sin tener que realizar la inversión educacional correspondiente (aportada por el país de origen del inmigrante), y *lo que a veces es aún más estratégico, sin tener que esperar los años que transcurren entre el momento en que se decide expandir el sistema de educación superior en una especialidad de alto nivel dada (en la que existe escasez) y el momento que egresan los primeros graduados*" (19) (el subrayado es nuestro).

Finalmente, discutiremos otro argumento de la interpretación liberal, que sale al paso de la crítica nacionalista al éxodo intelectual y cuestiona esta posición por ". . . invocar

³ *Manpower Report of the President*. Secretaría del Trabajo de los E.U.A., abril de 1971, pág. 19. Citado por Oteiza (19). Así, mientras el promedio para los ingenieros argentinos emigrados a los Estados Unidos en la década 1959-1968 fue de 87 ingenieros por año, para 1969-1970 ese promedio descendió bruscamente a 33 (datos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los E.U.A.)

sentimientos y premisas nacionalistas sin prestar atención a los principios de la economía-especialmente aquel de que en toda transacción hay oferta y demanda-y *al otorgar a determinadas posibilidades económicas teóricas un presunto carácter de realidades económicas*"⁴ (el subrayado es nuestro). De acuerdo con esta afirmación, se desprendería que si los médicos no tienen posibilidades reales de incorporarse al sistema de salud de sus propios países, su permanencia o su emigración no afecta al "producto" de dicho sistema. De donde sería más adecuado para los países "dadores" que sus médicos ejerzan y se capaciten en el exterior en lugar de frustrarse en sus países de origen. Con ello, el país receptor estaría actuando como una especie de "cámara de hibernación" para devolver, llegado el momento, los médicos a sus países de origen.

No se trata ya de verificar o no la libre circulación. El argumento escapa a esta problemática y su objeción es más general. Veamos, por lo tanto, algunas de sus contradicciones.

1. Razonando de esta manera es fácil concluir que los médicos emigrados constituyen recursos humanos superfluos en la medida en que los sistemas nacionales de salud no pueden incorporarlos a una práctica efectiva: es mejor que emigren "en búsqueda de las condiciones adecuadas". Como veremos más adelante, nos hallamos frente a un razonamiento falaz que invierte los términos del problema, ya que las situaciones "esperadas de desarrollo y estabilidad" serán, entre otras cosas, la consecuencia de una adecuada utilización de los recursos humanos y no su condición. Si extremásemos el argumento liberal, podríamos preguntarnos por qué no vaciar íntegramente de sus habitantes aquellos países con "dificultades" puesto que, sin lugar a dudas, los mismos actualizarían mejor sus potencialidades en los países desarrollados.
2. La dificultad de los médicos que emigran de incorporarse al sistema de salud de sus países es un hecho real y si bien la idea de "hibernación" nos parece fantasmagórica, lo cierto es que la situación debe modificarse. Para ello en este trabajo prestaremos atención a los principios de la economía aludidos por Johnson. Creemos que la causa predominante de este fenómeno de inadecuación es la distorsión del sistema educativo con respecto a las demandas de salud. No se trata sólo de dificultades de integración de los médicos emigrantes al sistema nacional de salud, sino básicamente de la existencia de una oferta inadecuada que al constituirse en un factor abundante determina la paradoja que caracteriza a los países latinoamericanos en materia de salud: faltan y sobran médicos simultáneamente. Detenemos aquí nuestro análisis ya que estos argumentos se situarán en el contexto que proponemos más adelante.

La interpretación llamada "nacionalista"

La otra gran vertiente centra su interés en el impacto nacional de las migraciones. Sin embargo, muchos de estos analistas se sitúan dentro de una óptica "individualista" del problema migratorio. En efecto, si bien es cierto que la decisión de emigrar es individual, el problema no puede ser comprendido *sólo* desde el ángulo de los fenómenos que afectan dicha decisión individual, y menos aun deducir las causas generales de la migración de sus causas individuales. Es frecuente que al hablar de la "inestabilidad política y económica", los bajos niveles de ingreso, la inadecuada infraestructura de investigación, se lo haga manteniendo como objeto de análisis al

⁴ Johnson, Harry. "Un modelo internacionalista". En Adams, Walter. *El drenaje de talento*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1971, pág. 121.

individuo sobre el que esos factores inciden. Un error que resulta de esta manera de examinar el problema es la igualdad que implícitamente se establece entre la emigración y los médicos que emigran. Objetamos esta asimilación, que no es formal, ya que según nos ubiquemos en una u otra alternativa, la comprensión del fenómeno y las estrategias para eliminar sus efectos indeseables variarán fundamentalmente. No queremos decir con esto que la problemática individual no exista y ni siquiera que no sea relevante; sólo intentamos puntualizar la diferencia entre dos hechos: la emigración y los médicos que emigran.

Así como se analizan los factores que inciden sobre los individuos para comprender su emigración, la medición de la magnitud y el impacto del fenómeno pasan por el mismo tipo de razonamiento. Esos aportes son útiles, pero desplazan el centro del análisis hacia temas poco relevantes en términos explicativos y poco fértiles en el terreno de las soluciones. La emigración no es sólo importante en tanto señala una pérdida inmediata, sino porque esencialmente indica una fuerte distorsión de los objetivos, estructura y funcionamiento de los sistemas educativos y de salud.

Otro rasgo que caracteriza esta vertiente analítica, consecuencia de su aproximación individualista al problema, es lo que denominaremos la recurrencia a las explicaciones generales y paralizantes:

"La migración de personal altamente calificado de América Latina a los Estados Unidos es básicamente el resultado de factores que no podrán ser afectados por las recomendaciones de un informe como este-bajos niveles de ingreso, inflación, inestabilidad política, un abrumador número de estudiantes universitarios con formación deficiente, falta de oportunidades para desarrollar la capacitación profesional, sistemas universitarios arcaicos, lentitud burocrática frustrante e influencia política como factor decisivo en la adjudicación de puestos y promociones. En condiciones fundamentales como estas, los cambios se producen lentamente; ellos son consecuencias del mismo proceso de desarrollo" (17, pág. 46).

Este llamado a condiciones a las que se otorga un carácter exógeno respecto de los procesos que se estudian, supone un divorcio entre la emigración y los factores que efectivamente crean dichas condiciones. En otras palabras, puestas así las cosas, la emigración de profesionales poco tiene que ver con el problema del "subdesarrollo" y la dependencia. El "desarrollo económico y político" ha sido tan frecuentemente utilizado que se ha convertido en una noción autónoma, en una suerte de elemento mágico que es causa de todo y no se encuentra en ningún lugar: como si en definitiva el "desarrollo", la "estabilidad", el "progreso científico", fueran el remedio de todos los males, cuando en realidad son la consecuencia de haber remediado los males.

Todo esto lleva a situaciones paralizantes y a proponer soluciones de puntos específicos por un descarte pseudoempírico de otras formas de actuar y no en función de una teoría explícita acerca de los procesos de cambio social, que más que resolver agravan el cuadro existente.

Buen reflejo de esto son proposiciones tales como que el fortalecimiento de la actividad científica dará oportunidades en sus países a quienes emigran: "cuanto más elevado sea el nivel de formación menores serán las probabilidades de emigrar" (17-c). Legítimamente podemos preguntarnos sobre el significado de un mayor nivel de formación. ¿Se trata aquí de aumentar la complejidad tecnológica de los servicios médicos o de adecuar la oferta de esos servicios? Tememos que se trate de alejar más y más dicha oferta de las demandas de salud que aparecen en nuestros países y no de adecuar la oferta a las necesidades. Podríamos invertir el sentido de esa

afirmación indicando, *caeteris paribus*, que cuanto más elevado sea el nivel de formación, mayores serán las posibilidades de emigrar.

Avanzando sobre la interpretación liberal-que trata de imponer a la realidad un mundo ordenado con mecanismos inexistentes y la visión que se ha dado en llamar "nacionalista", que en nombre de la dificultad para atacar los problemas socioeconómicos globales finaliza proponiendo soluciones estériles de puntos específicos-propondremos una vía de interpretación alternativa.

Dependencia y emigración de personal médico: hacia una interpretación alternativa.

Del análisis precedente se desprenden tres conclusiones fundamentales que inducen a la búsqueda de una interpretación alternativa del fenómeno migratorio:

1. El problema existe y es grave, tanto por la cantidad de recursos humanos involucrados como por su calidad, impacto sobre las dotaciones de los países "dadores", pérdida de la inversión efectuada en la formación de los mismos, etc.
2. La propia existencia del fenómeno presupone incongruencias entre el tipo de profesional formado en las universidades latinoamericanas y el contexto ocupacional en el que dicho profesional se inserta, por lo cual la emigración aparecería como síntoma de un problema bastante más extendido y grave en sus consecuencias, ya que involucraría al personal médico-mucho más numeroso--que *no emigra*.
3. Desde esta perspectiva, las explicaciones sobre emigración ofrecidas comúnmente en textos y documentos estarían fallando en el diagnóstico -y por tanto en las recomendaciones de política-en tanto que omiten la consideración de las verdaderas raíces estructurales del fenómeno o, cuando las toman en cuenta, no demuestran su interrelación y mutuo refuerzo.

Una interpretación comprensiva y articulada del problema migratorio exige la formulación de un modelo general de lo que podríamos denominar la "estructura de relaciones de salud", donde aparezcan claramente indicados los factores y niveles críticos que definen las características de comportamiento de la oferta y demanda de servicios médicos, las relaciones que oferentes y demandantes mantienen entre sí y con los centros de decisión política, las restricciones y condiciones externas que operan sobre los factores y niveles involucrados y, obviamente, la ubicación del problema analizado (la emigración de personal médico) dentro de la red de interacciones descrita. El presente trabajo no pretende hacer una exposición exhaustiva de las interrelaciones que se proponen en el modelo. Intenta, en cambio, sugerir un esquema de interpretación analítica que, por una parte, desplace el foco de atención del problema migratorio desde el flujo y la coyuntura hacia el proceso y la estructura y, por otra, sirva como punto de partida para futuras investigaciones sobre el fenómeno, así redefinido.

La estructura de relaciones de salud

A riesgo de incurrir en simplificaciones, por otra parte casi insalvables, las relaciones básicas del modelo propuesto pueden presentarse esquemáticamente como sigue:

1. En el contexto nacional de cada país pueden identificarse un conjunto de demandantes potenciales de servicios de salud, que prácticamente coincide con el conjunto de miembros del sistema social, y un subconjunto de demandantes efectivos, cuyas necesidades en materia de atención o

prevención presentan características diferenciales en cada país y región, conformando estadísticamente lo que se conoce como "estructura de morbilidad". Esta estructura, que jerarquiza las frecuencias de enfermedad, debería proporcionar, teóricamente, una de las pautas básicas para establecer prioridades en materia de atención médica e inversión en infraestructura y servicios que contribuyen a la prevención, erradicación o tratamiento de enfermedades. Debe señalarse, sin embargo, que la estructura de necesidades en materia de atención de salud no coincide necesariamente con la estructura de demanda. Ello se debe fundamentalmente a la gran dispersión de los demandantes potenciales, su baja capacidad de articulación y a su escaso poder para ejercer una presión efectiva sobre los niveles de decisión política que promueva el suministro de servicios de modo de reducir las tasas de morbilidad y alterar consecuentemente su estructura.⁵

2. Podemos aislar entonces a un segundo factor-genéricamente el Estado-sobre el que confluyen las demandas de servicios de salud,⁶ articuladas por los demandantes o por diversas instancias decisorias del propio aparato estatal (ministerios, organismos de planificación, hospitales públicos, universidades). La respuesta del nivel político a las demandas de servicios de salud adopta diferentes modalidades, pero esencialmente puede ser caracterizada por la definición normativa del papel que el Estado desempeñe en la regulación o suministro de tales servicios o por la correspondiente asignación o reasignación de recursos que a tal fin realiza. Claro está que esta intervención no se limita a satisfacer las demandas planteadas como consecuencia de necesidades sociales en materia de atención y prevención médica. El Estado también debe responder a demandas y reivindicaciones que se ejercen del lado de los que prestan servicios de salud.
3. La oferta de estos servicios constituye el tercer nivel de análisis y el médico, su actor principal. Como en el caso de la demanda, existe una oferta potencial representada por los profesionales egresados de las facultades de medicina y por aquellos en vías de serlo, y una oferta efectiva constituida por los médicos en actividad dedicados específicamente a su profesión. La relación que se establece entre estos actores y los niveles de decisión política se expresa en demandas y decisiones referidas a la formación de recursos humanos en salud (cupos de admisión, planes de estudio, recursos para adiestramiento y especialización), la regulación del ejercicio profesional, la provisión de recursos tecnológicos, etc.

Un funcionamiento eficaz y eficiente del sistema así descrito exigiría como condición un alto grado de congruencia entre el cuadro de necesidades sociales en el área de salud y el número y tipo de profesionales disponibles para su satisfacción. La función del Estado consistiría en utilizar los recursos y mecanismos de acción necesarios para que tal correspondencia se produzca. Entre otras cosas, y en función del efectivo grado de intervención por el que hubiere optado, debería efectuar las inversiones en infraestructura social (de salud, educacional, de vivienda, etc.) requeridas para minimizar las tasas de mortalidad y morbilidad, así como adoptar las medidas requeridas para que el sistema de formación de recursos humanos en salud procure

⁵ Este juicio, que parece ser válido en términos generales, debe ser calificado expresando que ciertos estratos o grupos sociales pueden muchas veces ejercer presiones efectivas en cuanto a lograr satisfacción a sus demandas. Es el caso de aquellas que se expresan a través de mutuales, de poderosos sindicatos, hospitales militares, etc. Vale la pena señalar que la mera existencia de demandantes "privilegiados" altera, a veces sustancialmente, la disponibilidad de recursos asignables a las restantes unidades de demanda, lo cual agrava aún más la distorsión entre necesidades y oferta de servicios.

⁶ El término es empleado aquí en sentido lato, abarcando no sólo el suministro de servicios médicos sino además el de personal auxiliar, infraestructura, y recursos para conservación y funcionamiento.

en número, especialidad y localización, la dotación de profesionales médicos necesarios para satisfacer tales necesidades. La acción del Estado corregiría así las asimetrías en la composición y representación de la demanda y regularía la oferta de modo de evitar tanto la necesidad insatisfecha como el recurso ocioso o subempleado. Las relaciones básicas del modelo se pueden representar gráficamente como se ilustra en la figura 1. Demás está decir que el esquema planteado hasta ahora presupone dos premisas básicas: a) que la estructura de relaciones de salud constituye un sistema cerrado, cuyos límites coincidirían con los del espacio geográfico de los países latinoamericanos, y b) que los actores involucrados actúan racionalmente en términos de maximización del "interés general", que en el área de salud implicaría la utilización plena y racional de los recursos profesionales, materiales y tecnológicos disponibles, en aquellos campos o especialidades y con la intensidad exigida por la particular estructura de necesidades sociales en esta área, buscando así eliminar, atenuar o prevenir los factores de morbilidad. Lamentablemente, ninguna de estas dos premisas se hallan presentes en la práctica. Ni el sistema es cerrado, es decir, ni se halla libre de presiones, condicionamientos o limitaciones externas, ni los actores intentan maximizar el "interés general". Corresponde entonces establecer a partir de un somero examen de la experiencia latinoamericana-cuáles son las consecuencias para el funcionamiento de la estructura de relaciones de salud derivadas de la inexistencia de las premisas implícitas en el modelo "ideal", y qué premisas más realistas deben introducirse al análisis, estableciendo luego cómo y en qué sentido estas alteran el esquema de relaciones básicas propuestas. Sólo así podrá apreciarse más nítidamente la ubicación, causas y función de la emigración de médicos desde América Latina.

Dependencia y distorsión de la oferta

El sistema nacional de relaciones de salud se halla inmerso en un contexto internacional a través de una compleja red de interrelaciones. Sin embargo, la característica fundamental de estas vinculaciones es la asimetría, la desigualdad de las influencias ejercidas recíprocamente desde ambos polos de la relación.



Fig. 1. Relaciones básicas del modelo

En este sentido, las sociedades latinoamericanas se hallan sujetas a estrechos lazos de dependencia con países centrales desde donde se ejercen toda una garra de influencias y se plantean un conjunto de restricciones que coartan la capacidad de decisión o acción autónoma en numerosos frentes por parte de los países dependientes.⁷ Según queda dicho, esta dependencia se manifiesta en variadas formas, pero en cuanto a su expresión concreta en relación con la estructura de relaciones de salud, podríamos identificar tres órdenes de influencias que operan sobre cada vértice de nuestro triángulo, vale decir, que afectan los comportamientos de los tres factores (demandantes, oferentes y Estado) así como los términos en que

⁷ Es necesario señalar que esta relación de dependencia ocurre en diferentes planos entre los propios países latinoamericanos; por ejemplo, es el caso de países de menor desarrollo relativo que deben formar sus recursos humanos en universidades de países vecinos, resultando a menudo exportadores de profesionales.

se produce su interacción. El carácter de esta relación dependiente quedará de manifiesto a medida que avancemos en el análisis. Sin embargo, es probable que la relación de dependencia que reviste mayor gravedad-si atendemos específicamente a la naturaleza del problema examinado-es aquella que existe entre los que ofrecen servicios médicos y el mundo científico y tecnológico de los países centrales. En particular, merece destacarse la influencia que este último ejerce sobre el sistema de formación de recursos humanos en salud en los países dependientes. Los currículos, textos y métodos de enseñanza; los programas de especialización; la selección de problemas de investigación que recibirán apoyo financiero de organismos internacionales; los laboratorios, equipos y técnicas transferidos desde el exterior; en fin, el conjunto de pautas desarrolladas en los países centrales que constituyen el paradigma dominante de la profesión médica y actividades afines, ejercerán un impacto decisivo sobre los criterios de formación y especialización de los recursos humanos en los países dependientes, así como sobre la orientación de las actividades que los profesionales desarrollen en el futuro.

El problema seguramente no existiría si en el contexto ocupacional en el que los médicos así formados deben desenvolverse se reprodujeran las características esenciales de las sociedades de países centrales. En otras palabras, si coincidieran en ambos polos de la relación la estructura y tasas de mortalidad y morbilidad, el desarrollo de la infraestructura social, los patrones de distribución del ingreso, el grado y tipo de responsabilidades que el Estado asume respecto a los problemas de salud y otros indicadores por el estilo, no se plantearían serios problemas de ajuste entre oferta y demanda de atención médica dentro de la estructura nacional de relaciones de salud. Parece superfluo acotar que tal coincidencia no existe.

Estados Unidos y América Latina tienen características de población y registran problemas de salud muy distintos. Por ejemplo, la composición por edad de sus poblaciones en 1968 indicaba que en los Estados Unidos y el Canadá el 30% de los habitantes tenían menos de 15 años y el 29% más de 45 (18). Las cifras correspondientes a Mesoamérica eran, respectivamente, 45 % y 14%, y a América del Sur, 41% y 16 por ciento. Esta sola diferencia explica el distinto peso relativo que en ambos contextos asumen las diversas patologías: en un caso, gran prevalencia de enfermedades degenerativas asociadas con mayores edades, y de aquellas correspondientes a patología infantil, juvenil y obstétrica, en el otro.

La distribución urbano-rural de la población es también diferente. En 1970, en 12 países latinoamericanos más del 50% de la población residía en áreas rurales; en otros cuatro países este porcentaje era superior al 30 por ciento. Esta distribución poblacional condiciona la localización de los servicios de salud y obliga a planificar la asignación de recursos de salud contemplando el empleo de técnicas sencillas asociadas a un sistema eficaz de envío de pacientes a otros servicios.

Aunque es difícil comparar las estadísticas vitales y de morbilidad por la ausencia de datos o por la reducida confiabilidad de estos, se verifican notables diferencias en las tasas de fecundidad y mortalidad. Los Estados Unidos registraron para 1967 una tasa de natalidad del 17.5 por 1,000, en tanto que las correspondientes a los países latinoamericanos eran todas superiores (Honduras presentaba el índice más elevado: 44.0 por 1,000). La esperanza de vida en los Estados Unidos es, a su vez, más alta que la de cualquier país latinoamericano y la mortalidad infantil es un tercio de la de América Latina en conjunto.⁸ Comparando las cifras a nivel continental, se observa que Canadá y los Estados Unidos son los únicos países en donde las enfermedades

⁸ En 1965, todos los países latinoamericanos registraban tasas de mortalidad infantil que al menos duplicaban las correspondientes a los Estados Unidos.

infantiles no figuran entre las primeras cinco causas de defunción, y en donde las enfermedades infecciosas y parasitarias son casi desconocidas como causa de fallecimiento.⁹

Las estadísticas de morbilidad disponibles permiten concluir que los Estados Unidos virtualmente ha erradicado enfermedades que aún prevalecen en casi todos los países latinoamericanos. Por otra parte, enfermedades que afectan a grandes núcleos de población en América Latina son casi desconocidas en los Estados Unidos.¹⁰

Con todo, las mayores diferencias que pueden anotarse al comparar el contexto ocupacional de la profesión médica de América Latina con el de los Estados Unidos, trascienden el terreno estadístico en el que hemos situado hasta ahora nuestra comparación. Resulta claro que esas diferencias se ubican en una dimensión estructural económico social mucho más amplia y se relacionan con la capacidad relativa de los países comparados para resolver sus problemas de salud. Esta capacidad está definida esencialmente por la dimensión de la infraestructura de salud, educativa y de vivienda; por el acceso a recursos y la posibilidad de aplicación de tecnologías complejas; por el volumen y distribución relativa del ingreso nacional, y por el tipo y perentoriedad de las demandas sociales que deben satisfacerse. La mayor diferencia radica quizás en la capacidad de acción autónoma por parte de los países para modificarlas condiciones del contexto ocupacional que venimos comparando. Para América Latina, la mayor parte de las variables enumeradas constituyen verdaderas restricciones, y la dependencia económica, política, cultural y tecnológica en que se halla sumida la mayoría de sus países limita las opciones y perpetúa las condiciones de subdesarrollo.

En consecuencia, cuando el sistema de formación de recursos humanos se halla fundado y orientado por criterios inspirados en otras realidades, que no consultan las verdaderas exigencias de la sociedad en materia de atención y prevención médica, es natural que se produzcan distorsiones entre la oferta y la demanda. Si nos planteáramos el problema en términos estrictamente cuantitativos, la distorsión se originaría por exceso o defecto del número de profesionales disponibles en relación con las necesidades a satisfacer. Si el número fuera excesivo, es probable que parte de la oferta se canalizara hacia otros mercados, se dedicara a otras actividades, permaneciera subempleada o desempleada. Sin embargo, si la oferta fuera insuficiente, la probabilidad de éxodo, subempleo, desempleo o empleo alternativo disminuiría, pero no desaparecería. Lo que ocurre es que son los factores cualitativos los que cuentan en el comportamiento de la oferta frente a la distorsión comentada.

Cuando el cuadro de necesidades es diferenciado, un número excesivo o insuficiente de profesionales no implica necesariamente exceso o defecto frente a cada rubro de la demanda. Por ejemplo, es concebible que exista un número excesivo de cirujanos cardiovasculares en relación al número potencial de pacientes y, en cambio, un déficit importante en el número de nutricionistas frente a la demanda por este tipo de especialistas. De igual manera, las distorsiones pueden plantearse en términos geográficos (zonas rurales frente a zonas urbanas) o según estratos sociales atendidos (clases de altos o bajos ingresos). La comprobación empírica de estas distorsiones¹¹ pondría en evidencia la falacia que implica comparar exclusivamente

⁹ En 1968, las tasas eran las siguientes: Estados Unidos y Canadá, 1%; Mesoamérica, 10%; América del Sur, 8 por ciento.

¹⁰ Si bien existen profundas diferencias entre los países latinoamericanos en cuanto se refiere a los diversos indicadores comentados en el texto, también es cierto que estas diferencias son mucho más marcadas entre el conjunto de estos países y los Estados Unidos.

¹¹ Sin contar con cifras a nivel latinoamericano, es posible suministrar algunos datos que tienden a confirmar estas distorsiones en algunos países sobre los que contamos con información. En el caso de

promedios nacionales de médicos/población atendida, pues estos omiten todo matiz cualitativo respecto a la distribución del personal médico según especialidad, término geográfico o estrato social atendido.

Si aceptamos como premisa la libre movilidad de los recursos humanos en salud, tanto en la etapa de formación como en la de ejercicio profesional, y además tomamos en cuenta los efectos que la dependencia cultural, científica y tecnológica ejerce sobre la profesión médica en América Latina, parece razonable suponer que estos profesionales tenderán a concentrarse en aquellas áreas de actividad que ofrezcan mejores perspectivas de avance profesional, estímulo intelectual, bienestar personal e ingresos. Aceptar esta premisa implica, por una parte, dar privilegio a los elementos cualitativos que operan en la distorsión y, por otra, incorporar al análisis el tratamiento de factores normativos implícitos en la premisa de maximización sugerida. Aceptar que el profesional se orientará en sus actividades por criterios y motivaciones individualistas y privatistas supone además abandonar definitivamente nuestras premisas originales: cierre de la estructura nacional de relaciones de salud y orientación predominante hacia la promoción del bienestar colectivo o del "interés general" por parte del profesional médico. Con esta observación no pretendemos enjuiciar el sistema valorativo de los médicos individualmente considerados, ni el que prevalece en la profesión. Simplemente señalamos la incongruencia entre la concepción dominante entre los médicos acerca de su función en la sociedad o el modo en que esta debe desempeñarse, y las expectativas sociales -afirmadas a veces por definiciones programáticas en el nivel político- respecto de la responsabilidad del Estado en el área de salud.

La emigración como epifenómeno de las distorsiones en la estructura de relaciones de salud.

Numerosos estudios sobre recursos humanos en salud en América Latina han suministrado datos sobre el desequilibrio existente entre necesidades y oferta de servicios médicos (10, 13, 14, 22). En ciertos casos, estos estudios aluden a las causas de la distorsión y sugieren soluciones para su superación. Sin embargo, las referencias son específicas y no brindan una interpretación global del fenómeno. En términos de nuestro modelo, podríamos quizás avanzar en tal interpretación.

Del lado de la demanda, es posible estratificar mercados diferenciados cuyos atributos dependen de las características de los tres componentes fundamentales que operan en la distorsión entre la oferta y demanda: estrato social, localización y especialización requerida. Si estos componentes son descompuestos en categorías antagónicas (estratos de altos o bajos ingresos, localización en zonas centrales o periféricas, especialización con alto componente tecnológico o poco compleja) es muy probable que los términos antagónicos de igual signo tiendan, en situaciones empíricas, a presentarse simultáneamente. O sea, hay una alta correlación entre percibir bajos ingresos, vivir en zonas marginales y contraer enfermedades cuya cura o prevención exige la aplicación de técnicas sencillas. Igual correlación parece existir en el polo opuesto de nuestras dicotomías.

En consecuencia, si la formación de recursos y el ejercicio de la medicina se orientan por criterios individualistas más que por criterios sociales, es previsible que el mercado "marginal" sea evitado por la oferta mientras sea posible. En otras palabras, toda la

Chile, tres provincias (Santiago, Concepción y Valparaíso) concentran el 55% de la población y el 77.7% de los médicos. En Colombia, pese a la exigencia del servicio rural como requisito para el ejercicio de la profesión, se ha comprobado que sólo el 47% de los médicos ha desempeñado su cargo en municipios con menos de 20,000 habitantes.

actividad del profesional estará guiada por la aspiración de integrarse al mercado "privilegiado", que le promete posición, ingresos y bienestar, pero por sobre todo le evita convertirse a la vez en marginal de su propia profesión. Para ello, lo intentará todo: trabajará como proletario de clínicas privadas urbanas; se decidirá rápidamente por una especialización que quizás no concuerde con su auténtica vocación pero que le ofrece la perspectiva de "avance" profesional; cuando opta por la investigación elegirá temas de segura aceptación y apoyo en las metrópolis del grupo científico dominante, y así sucesivamente.

Esta orientación -que es fuente segura de distorsión- encuentra a veces en el Estado a un cómplice que contribuye a su refuerzo. Por ejemplo, varios países latinoamericanos, en el afán de paliar la distorsión, han recurrido a compromisos tales como la institución de la medicatura rural obligatoria durante períodos determinados, ofreciendo como contrapartida el acceso a la especialización subsidiada por parte del Estado una vez completada aquella. Este sistema, que presenta variadas modalidades en cada país, ha permitido morigerar el problema de la insuficiencia de personal médico en el mercado "marginal", pero a la vez ha abierto el camino hacia la especialización a un gran número de profesionales, movidos por el deseo de formar parte del mercado "privilegiado" de servicios de salud una vez concluida la etapa de especialización.

Claro está que en este mercado son mucho más escasas las oportunidades de ejercicio profesional, según las pautas del modelo privatista. El joven egresado recorre entonces un singular vía crucis repartiendo su tiempo entre prácticas aisladas en hospitales públicos, consultas privadas ocasionales, empleos con dedicación parcial mal remunerados en clínicas privadas, e intentos esporádicos de actualización profesional. Para muchos, el esfuerzo resulta excesivo y estéril. El desencanto y la frustración, la conciencia de una rápida desactualización de la formación lograda, la falta de estímulos materiales, entre otros motivos, comienzan entonces a operar sobre muchos de estos profesionales, señalándoles el camino de la emigración como opción salvadora.¹²

En esta interpretación, la emigración no aparece como resultado de un conjunto de fuerzas aisladas y factores que influyen sobre los individuos y sólo adquieren vigencia una vez observados desde una perspectiva individual. Aparece, en cambio, como producto de las contradicciones de una estructura de relaciones de salud en la que el futuro emigrante participa deliberada o inconscientemente.

Hasta aquí la distorsión entre oferta y demanda ha sido explicada en términos de un componente superestructural -orientación normativa de la oferta- y un componente estructural- existencia de un mercado dual -cuyos polos se definen por su condición privilegiada o marginal. Pero oferta y demanda no agotan la totalidad de las interacciones que integran lo que hemos denominado "estructura de relaciones de salud". Sería del caso preguntarse cuál es la acción que el Estado -el tercer actor de la relación- ejerce efectivamente sobre la oferta y la demanda y en qué medida esta acción difiere de la que se le había atribuido en el modelo inicial.

Teóricamente, pueden imaginarse tres vías posibles de acción por parte del Estado:

¹² De acuerdo con la información de varios países de América Latina, una alta proporción de los egresados de cursos especializados de posgrado optan por el éxodo. En Colombia, alrededor del 40% de los egresados de la Universidad de Cali emigraban en un tiempo a los Estados Unidos. En Paraguay el porcentaje es similar. Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Nordeste, en Corrientes, Argentina, existe un número mayor de estudiantes paraguayos que en Asunción. Muy pocos de los que se gradúan retornan a su país de origen.

1. Un primer enfoque consistiría en adecuar la demanda de servicios de salud a la magnitud y características de la oferta disponible. Esto supondría la reproducción de las condiciones socioeconómicas de los países centrales (erradicar los factores de subdesarrollo en las áreas de educación, vivienda y salud, corregir las desigualdades en el acceso a bienes y recursos, etc.). Numerosos observadores apoyan esta posición, aduciendo que una vez eliminadas las causas del subdesarrollo se podrá lograr un pleno y efectivo empleo de los recursos humanos en salud. Como puede advertirse, esta postura conduce, por simple razonamiento deductivo, a las conclusiones de la "escuela" liberal neoclásica: en tanto no se remuevan las causas del subdesarrollo, serán nulas las perspectivas de utilización eficiente de los recursos profesionales y, por lo tanto, la emigración de profesionales será una consecuencia inevitable.
2. Otra vía de acción intentaría modificar la composición y características de la oferta para adecuarla al cuadro de necesidades sociales en salud. Entre otras cosas, esta acción contemplaría cambios sustanciales en los criterios de formación de médicos, planificación de los recursos humanos, expansión de la infraestructura de salud, residencias obligatorias en zonas marginales, etc. Indudablemente, esta alternativa constituiría un avance en la superación de las distorsiones entre oferta y demanda siempre y cuando se produjeran simultáneamente cambios fundamentales en la superestructura. Esto último equivaldría a romper con la dependencia científica, cultural y tecnológica respecto a los países centrales, la cual condiciona el sistema valorativo predominante en la profesión médica en América Latina.
3. La tercera opción implicaría actuar al mismo tiempo sobre la oferta y la demanda. Sin lugar a dudas, se trata de la vía de acción más efectiva, pero que a la vez presenta más obstáculos. Aspiraría a una drástica reducción de las tasas de morbilidad a través de reformas profundas en el plano socioeconómico, acompañada por una auténtica revolución cultural en el terreno de la atención y prevención médica, que debería conducir a una sustancial modificación del sistema normativo prevaleciente en la profesión a fin de tornarlo más congruente con el cuadro de necesidades y expectativas sociales.

La realidad latinoamericana demuestra que los intentos para modificar las condiciones del mercado de salud, tanto del lado de la demanda como de la oferta, han sido débiles, discontinuos y erráticos. Cuando se pretendió actuar sobre la demanda alterando sustancialmente las condiciones que mantienen el estancamiento, la miseria y la ignorancia, los factores de poder que subsisten a costa de la preservación de estas condiciones se encargaron de poner coto a aquella pretensión. Es que la voluntad política para efectuar el cambio social constituye sólo una condición necesaria, pero insuficiente, para su consecución. En la medida en que su materialización implique, además, la redistribución de bienes, recursos, poder y oportunidades, los grupos que controlan la economía y los mecanismos de acción política -principales afectados por un proceso de esta índole- se movilizarán para bloquear y contrarrestar la iniciativa reformista.

También del lado de la oferta las dificultades han sido múltiples. La autonomía universitaria, las normas de ejercicio profesional, la libre elección de especialidades, el aval de la experiencia de los países centrales o la fuerte representación de la profesión médica en el nivel de decisión del Estado, se han constituido en escollos casi insuperables a los intentos de acción para modificar los criterios de formación y la composición de la oferta.

Reflexiones finales

En primer término, debemos concluir, que la solución del problema de la emigración de médicos desde América Latina no constituye una cuestión de política aislada, ni puede atacarse sólo con instrumentos que actúen específicamente sobre el problema. Exige, en cambio, operar simultáneamente en diversos frentes, tratando de modificar las condiciones estructurales que condicionan el fenómeno. Pensar de otro modo significa declarar la impotencia frente a la necesidad de romper el círculo vicioso implícito en las concepciones antes examinadas.

Frente a un conjunto de soluciones globales teóricamente inobjetables y a un cuadro limitado de posibilidades de acción concreta, parece imprescindible que se incorpore al análisis de las decisiones políticas los elementos del contexto que condicionan el éxito o fracaso de cualquier iniciativa. La dificultad o complejidad de la empresa no debe inhibir la acción; pero la acción no puede desconocer ni dejar de considerar en su estrategia los intereses que afecta y la reacción que provoca. Desde esta perspectiva, resulta comprensible la imposibilidad y esterilidad de ofrecer prescripciones generales.

En conjunto, América Latina presenta recursos escasos y problemas abundantes, y el área de salud no escapa a esta regla general. Sin embargo, al considerar individualmente cada país es preciso efectuar importantes distinciones, pues la extensión o gravedad de los problemas son diferentes, así como también lo son las posibilidades de resolverlos eficazmente. Algunos países poseen una infraestructura social relativamente desarrollada; en otros, la profesión médica se ha institucionalizado en mayor grado sobre la base de pautas propias de formación y práctica profesional; aún en otros, el sojuzgamiento que plantea una relación dependiente no adquiere las proporciones que normalmente caracterizan esta relación. Por tanto, cada país debe decidir, sobre la base del diagnóstico de su realidad social e institucional, qué acciones emprenderá para resolver sus problemas de salud y, subsidiariamente, el fenómeno de emigración de sus profesionales. Para ello dispone de un amplio espectro de posibilidades y de una gama infinita de combinaciones. Podrá perfeccionar la planificación de sus recursos humanos, destinar una mayor proporción de recursos presupuestarios al mejoramiento de la infraestructura de salud, producir un "médico" con formación intermedia, adoptar medidas tendientes a elevar el nivel de vida de la población, implantar el servicio rural obligatorio, establecer cupos a la especialización subsidiada por el Estado, etc.

Esta enumeración, que de ningún modo es taxativa, no constituye un inventario de las condiciones que deben preceder al desarrollo económico y social, ni de las que deben hallarse presentes para evitar el éxodo de personal médico. Son sólo manifestaciones de voluntad política cuya materialización es cambio social. Debe advertirse, sin embargo, que no son medidas aisladas las que lo producirán. Es necesario insistir en la estrecha vinculación que existe entre el problema migratorio y la naturaleza de la estructura de relaciones de salud. En esta se encuentra el germen y se refuerzan las causas que originan el éxodo, a través de procesos de realimentación sobre los que debe actuarse. Destacar la naturaleza estructural del fenómeno ha sido precisamente el objetivo principal de este trabajo.

Resumen

En este artículo se destacan las características del fenómeno del éxodo del personal médico de América Latina a los Estados Unidos, se resumen las interpretaciones del mismo generalmente sugeridas en la literatura sobre el tema, y se propone una interpretación alternativa al fenómeno, que tome en cuenta no sólo los factores que

contribuyen a la emigración, sino también las razones estructurales que explican su existencia.

Los autores llegan a la conclusión que para alcanzar una interpretación alternativa del proceso debe partirse de las premisas siguientes: a) el problema existe y es grave, tanto por la cantidad de recursos humanos involucrados como por el impacto que tiene sobre la dotación de los países "dadores"; b) la propia existencia del fenómeno presupone incongruencias entre el tipo de profesional formado en las universidades latinoamericanas y el contexto ocupacional en que dicho profesional tiene que desenvolverse al emigrar; c) las explicaciones sobre la emigración comúnmente ofrecidas en documentos y textos fallan en el diagnóstico de la situación y por lo tanto en las recomendaciones que ofrecen.

Destacan que una interpretación comprensiva y articulada del problema exige la formulación de un modelo general de lo que denominan "estructura de relaciones de salud", donde aparezcan claramente indicados los factores y niveles críticos que definen las características de comportamiento de la oferta y la demanda de servicios médicos, las relaciones que oferentes y demandantes mantienen entre sí y con los centros de decisión política, las restricciones y condiciones externas que operan sobre los factores involucrados y obviamente la ubicación del problema dentro de la red de interacciones descrita.

Se sugiere un esquema de interpretación analítica que desplace el foco de atención del problema migratorio desde el flujo y la coyuntura hacia el proceso y la estructura y además sirva como punto de partida para futuras investigaciones sobre el fenómeno, así redefinido.

Bibliografía

- (1) Adams, Walter. *El drenaje de talento*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1971.
- (2) Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Educación y Planeación. *Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del currículum*. Boletín No. 3. Bogotá, 1970.
- (3) Centro de Estudios de Población y Desarrollo. "Naciones Unidas, deberemos considerar como una agresión económica el empleo de becarios que no cumplan primeramente deberes en su Patria". En *Boletín Informativo*, Año 6, No. 23. Lima, 1972, págs. 16-20.
- (4) Fein, Rashi. *The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis*. Washington, D.C., The Brookings Institution, 1967.
- (5) Frankel, Charles. *Some Facts and Figures on the Migration of Talent and Skills*. Washington, D.C., Consejo de Educación Internacional y Asuntos Culturales, 1967.
- (6) Haug, J. N. y B. C. Martin. *Foreign Medical Graduates in the United States, 1970*. Chicago, Asociación Médica Americana, 1971.
- (7) Khoshkish, A. *Intellectual Migration: A Sociological Approach to the "Brain-Drain"*. París, marzo de 1966.
- (8) Kidd, Charles V. *The "Brain-Drain": The Loss of Scientists from Less to More Developed Countries*. Estrasburgo, Consejo de Europa, 1964.
- (9) Lagos Hernández, Mario et al. *El problema de las migraciones médicas*. Quito, XII Congreso Médico Social Panamericano, abril de 1973.
- (10) Ministerio de Salud Pública de Colombia y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia-Métodos y resultados*. Bogotá, 1969.
- (11) Ministerio de Salud Pública de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, e Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud. *Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia*. Bogotá, 1970.

- (12) Ministerio de Salud Pública de Colombia. Oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud. *Educación de post-grado en medicina*. Bogotá, 1973.
- (13) Ministerio de Salud Pública de Chile y Consejo Nacional Consultivo de Salud. *Recursos humanos de salud en Chile-Un modelo de análisis*. Santiago, 1971.
- (14) Mongrut Muñoz, Octavio. "Los servicios de salud y el desarrollo de la población en el Perú". En *Tribuna Médica*, Tomo XXVI, No. 9. Lima, 1970.
- (15) Organización de los Estados Americanos. *América en cifras, 1970*. Washington, D.C., 1971.
- (16) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Le Problème de l'Emigration des Scientifiques et des Techniciens (l'Exode des Competences ou 'Brain-Drain')*. París, 1968.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. *Migration of Health Personnel, Scientists, and Engineers from Latin America*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 142* (1966), pág. 29.
- (17-a) *Op. cit.*, pág. 6.
- (17-b) *Op. cit.*, pág. 16.
- (17-c) *Op. cit.*, pág. 48.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1965-1968*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 207* (1970).
- (19) Oteiza, Enrique. "Emigración de profesionales, técnicos y obreros calificados argentinos a los Estados Unidos". En *Revista de Desarrollo Económico*, Vol. 10, No. 39-40, Buenos Aires, octubre-diciembre de 1970 y enero-marzo de 1971.
- (20) Pini Rodolfi, Francisco. "Posibilidades de becas para peruanos en el extranjero". En *Estudios de Población y Desarrollo*, Vol. 5, No. 1, Lima, 1971.
- (21) Segura, R., Santiago et al. *Fuga de talentos y desaprovechamiento interno*. Lima, Universidad Nacional Federico Villarreal, Centro de Investigaciones Económicas y Sociales, 1971.
- (22) Sepúlveda A., Claudio et al. "Distribución del recurso médico, Chile, S.N.S. (II)". En *Cuadernos Médicos-Sociales*, Vol. XIII, No. 3, Santiago, 1972.
- (23) Sito, Nilda y Luis Stuhlman. *La emigración de científicos de la Argentina*. San Carlos de Bariloche, Fundación Bariloche, 1968.
- (24) Stevens, R. y J. Vermeulen. *Foreign Trained Physicians and American Medicine*. Washington, D.C., Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A., *Publicación No. (NIH) 73-325*, 1972.
- (25) Uriarte Mora, Felipe F. *La emigración de profesionales peruanos-El caso de los médicos*. Lima, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1972.
- (26) Velázquez Palau, Gabriel. *Emigración de médicos y personal profesional-La situación en Latinoamérica*. Bellagio, Italia, 1970.

EMIGRATION OF MEDICAL PERSONNEL FROM LATIN AMERICA TO THE UNITED STATES-TOWARD AN ALTERNATIVE INTERPRETATION (Summary)

The characteristics of the exodus of medical personnel from Latin America to the United States are described; the interpretations usually suggested in the literature on the subject are summarized; and an alternative explanation is proposed which takes into account not only the contributing factors but also the structural reasons behind the phenomenon.

The alternative explanation starts from the following premises: (a) that the problem exists and is serious by reason both of the quantity of human resources involved and the impact it has on the "donor" countries; (b) that the very existence of the phenomenon presupposes inconsistencies between the type of professional worker trained in Latin American universities and the occupational context in which he must develop on emigrating; and (c) that the explanations usually given fail initially in their diagnosis of the situation and therefore also in the recommendations they offer.

To arrive at a comprehensive and coordinated interpretation of the problem it is necessary to draw up a general model of the "health relations structure" capable of clearly defining: the factors and critical levels that determine the pattern of supply and demand for medical services, the relations of the suppliers and demanders with one another and with the centers of political decision, the external restrictions and conditions that operate on the factors involved, and, obviously, the position of the problem within the network of interactions described.

A EMIGRACAO DE PESSOAL MÉDICO DA AMÉRICA LATINA PARA OS ESTADOS UNIDOS-RUMO A UMA INTERPRETACÃO ALTERNATIVA (Resumo)

Destacam-se neste artigo as características do fenómeno do éxodo de pessoal médico da América Latina para os Estados Unidos; resumem-se as interpretações geralmente sugeridas na literatura sobre o assunto; e se propõe uma interpretação alternativa para o fenómeno, que leve em conta não só os fatores que contribuem para a emigração, como também as razões estruturais que explicam sua existência.

Os autores chegam à conclusão de que, para se chegar a uma interpretação alternativa do processo, deve-se partir das seguintes premissas: a) o problema existe e é grave, tanto pela quantidade dos recursos humanos envolvidos como pelo seu impacto sobre a dotação dos países "doadores"; b) a própria existência do fenómeno pressupõe incongruências entre o tipo de profissional formado nas universidades da América Latina e o contexto ocupacional em que este se deve desenvolver ao emigrar; e c) as explicações que documentos e textos geralmente fornecem sobre a emigração falham ao diagnosticar a situação e, portanto, nas recomendações que oferecem.

Salientam os autores que uma interpretação geral e articulada do problema exige a formulação de um modelo geral do que denominam "estrutura de relações de saúde", em que se indiquem claramente os fatores e níveis críticos que definem as características de comportamento da oferta e da procura de serviços médicos, as relações que ofertantes e demandantes mantêm entre si e com os centros de decisão política, as restrições e condições externas que atuam sobre os fatores envolvidos e, obviamente, a posição do problema nessa rede de interações.

Sugere-se um esquema de interpretação analítica que desloque o foco de atenção do problema migratório da sua corrente e conjuntura para o seu processo e estrutura e que sirva, além disso, de ponto de partida para futuras pesquisas sobre o fenómeno, assim redefinido.

L'ÉMIGRATION DE PERSONNEL MÉDICAL LATINO-AMÉRICAIN VERS LES STATS-UNIS D'AMÉRIQUE-UNE AUTRE INTERPRÉTATION (Résumé)

Le présent article souligne les caractéristiques de l'exode du personnel médical latino-américain vers les Etats-Unis, résume les interprétations que font la plupart des ouvrages sur ce phénomène et propose une autre interprétation qui tient compte non seulement des facteurs qui favorisent cette émigration mais encore les raisons structurelles qui en expliquent l'existence.

Les auteurs concluent que pour parvenir à donner une autre interprétation à ce processus il convient de prendre comme point de départ les prémisses suivantes:

a) le problème existe et il est grave tant à cause de volume des ressources humaines en jeu qu'à cause de son incidence sur les fonds octroyés par les pays "donateurs";

b) l'existence même du phénomène présuppose des incompatibilités entre le type de professionnel formé dans les universités latino-américaines et le cadre de travail dans lequel ce professionnel doit se développer en émigrant; c) les explications que les documents et textes donnent d'ordinaire de l'émigration s'écroulent devant le diagnostic de la situation et, partant, devant les recommandations qu'ils émettent.

Les auteurs ajoutent que pour interpréter de façon détaillée et rationnelle le problème, il importe de formuler un modèle général de ce qu'ils appellent "la structure des relations de santé". Celle-ci fait apparaître clairement les facteurs et niveaux critiques chargés de définir les caractéristiques du comportement de l'offre et de la demande de services médicaux, les rapports que demandeurs et offrants maintiennent entre eux et avec les centres de décision, les restrictions et conditions externes qui jouent sur les facteurs en cause et naturellement la place qu'occupe le problème dans le réseau des interactions.

Les auteurs proposent un schéma d'interprétation analytique qui déplace le centre d'attention du problème migratoire, du flux et de la conjoncture vers le processus et la structure et qui, de plus, sert de point de départ aux futures études de phénomène ainsi redéfini.

