

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES FLACSO**

**PROGRAMA DE GÉNERO
CONVOCATORIA 2005-2007**

**MIGRACIÓN PROFESIONAL Y DESIGUALDAD SOCIAL.
EL CASO DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS EN
CHILE.**

**AUTORA: RITHA BEDOYA VACA
FECHA: MAYO 2008**

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES FLACSO**

**PROGRAMA DE GÉNERO
CONVOCATORIA 2005-2007**

**MIGRACIÓN PROFESIONAL Y DESIGUALDAD SOCIAL.
EL CASO DE LOS MÉDICOS ECUATORIANOS EN
CHILE.**

AUTORA: RITHA BEDOYA VACA

**ASESORA DE TESIS: Dra. GIOCONDA HERRERA
LECTORAS: Dra. MERCEDES PRIETO
Dra. BETTY ESPINOZA**

RESUMEN

El presente trabajo se propone analizar las diferentes razones de la emigración profesional a través de estudiar el caso de los médicos ecuatorianos que emigraron a Chile. A nivel global las explicaciones mas estudiadas de emigración profesional son “fuga de cerebros”, cambios demográficos y estructurales que han generado la crisis de cuidado en salud, nichos laborales creados por el mercado y creación de redes.

Para este trabajo se realizó una investigación cualitativa, mediante revisión documental y entrevistas a profundidad con autoridades académicas de Chile y Ecuador y médicos emigrantes que se encuentran trabajando en el sistema de salud chileno.

Los resultados encontrados demuestran que las explicaciones antes anotadas juegan un papel en la decisión de emigrar, pero también están presentes otros factores como las jerarquías y desigualdades presentes en la construcción del oficio de médico y en la manera en que ejercen su oficio, situaciones de violencia simbólica como las que viven los médicos ecuatorianos en Chile son asumidas con naturalidad.

Consideramos que para estudiar la emigración profesional es necesario hacerlo de manera específica es decir tratando de entender la emigración de cada grupo profesional por que existen especificidades que no pueden ser generalizadas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la FLACSO por haber becado mi tesis y brindarme con ello el apoyo económico que me permitió realizar el viaje a Chile para realizar el trabajo de campo.

También agradezco a mis profesoras de la maestría de Género: a Mercedes Prieto por su apoyo, amistad y enseñanzas que me dieron las bases para realizar las entrevistas a profundidad. A Gioconda Herrera por su acompañamiento en este proceso. Construir un informe de tesis ha sido una tarea difícil, me he sentido privilegiada por contar con su dirección, conocimiento y afecto. Gracias por su paciencia y por ser un modelo de verdadera maestra.

Gracias también a Gonzalo Gonzáles, Cónsul de Ecuador en Chile por facilitar los contactos y la logística para encontrar los informantes en Santiago de Chile. Gracias al Dr. Francisco Aulestia presidente de la Sociedad de Medicina Interna de América Latina quien me apoyo para realizar las entrevistas con las autoridades académicas de Chile. Gracias también a las autoridades académicas de Ecuador que me apoyaron para conocer sus mallas curriculares y sus puntos de vista que están analizados en esta tesis.

Finalmente muchas gracias a los médicos ecuatorianos residentes en Chile que me recibieron en sus casas para compartir sus vidas; en especial al Dr. Estalin Alvarado líder histórico y la Dra. Mónica Sánchez quienes me apoyaron durante el trabajo de campo.

DEDICATORIA:

A mi padre:

Por haber soñado y trabajado para que sus hijas e hijos tengamos una vida mejor.

A Lucy Candib.

Por ser mí maestra, mentora y amiga. Sin su apoyo no habría decidido hacer esta maestría.

A Raúl Ayala

Por ser mi compañero y apoyarme de manera permanente para hacer esta maestría.

A Raúl y Anita

Mis entrañables hijos, por ser estímulo constante y fuente de aprendizaje.

INDICE

CAPITULO UNO

Introduccion.....1

Migración de los profesionales de salud y globalización.....5

CAPÍTULO DOS

Reforma del Sector Salud en Chile y Ecuador

Política neoliberal y reforma de salud.....17

La reforma del sector salud en el Ecuador.....21

La reforma del sector salud en Chile.....26

CAPITULO TRES

El oficio de ser medico: un campo de jerarquías y desigualdades

Como se forma el médico en Ecuador.....32

Como se forma el médico en Chile.....42

CAPÍTULO CUATRO

Los médicos ecuatorianos en Chile: proyecto migratorio y violencia simbólica

Quienes son los emigrantes ecuatorianos en Chile.....45

Quienes son los médicos ecuatorianos en Chile.....46

Como viven los médicos ecuatorianos en Chile

Inserción laboral.....50

Estatus social y genero exclusiones indirectas.....56

CAPÍTULO CINCO

CONCLUSIONES.....65

BIBLIOGRAFIA.....70

ANEXOS.....75

CAPITULO UNO

La movilidad de los profesionales del sector salud ha sido explicada desde diversas teorías. Una primera perspectiva es aquella que enmarca este fenómeno en la desigualdad estructural entre los países receptores y los países de expulsión. Es decir que los países con economías más estables y prosperas diseñan sistemas de salud en los que sus trabajadores de salud son muy bien remunerados. A su vez en estos países el interés de los jóvenes para formarse como profesionales del cuidado es tan baja que no supe sus necesidades, abriéndose espacios de trabajo que son llenados por profesionales extranjeros generalmente provenientes de países pobres, que son captados muchas veces de manera activa a través de agencias internacionales de empleo. En el caso de los médicos trabajando en Chile esta situación es más compleja como lo discutiremos a lo largo de este trabajo (Altamirano 2006).

También se explica el proceso migratorio de los profesionales de la salud por la presencia de redes de migración iniciadas por profesionales que ganan becas de formación de postgrado y abren la brecha facilitando la logística y los contactos que permite que más compañeros puedan insertarse en espacios laborales que de otra forma estarían cerrados, en el presente trabajo se observa en algunos casos la creación de una red de solidaridad entre colegas espacialmente para los primeros momentos de inserción laboral (León Bologna 2006).

Otra explicación que se da para entender este fenómeno es la “fuga de cerebros”. Desde esta perspectiva se plantea que la decisión de emigrar es individual y se constituye en una perdida económica para el estado que invirtió en su formación. Se observa que países muy pobres de África y Centro América han debilitado sus sistemas de salud por la pérdida de sus profesionales mas valiosos que en un ejercicio de su derecho humano por buscar mejores días emigran para trabajar en países desarrollados. En el caso que nos ocupa solo uno de cada diez médicos ecuatorianos que trabaja en Chile puede ser considerado “fuga de cerebros” porque son médicos destacados que lograron revalidar su título y se encuentran ejerciendo en espacios privados bien remunerados (Martínez 2006). Otra explicación para la emigración profesional es el aumento de las necesidades de cuidado que se produce en sociedades en las que existen cambios demográficos en los

que las tasas de reconversión poblacional son más bajas. Es decir existen más viejos con necesidades de cuidado y menos jóvenes dispuestos a cuidarles, por tanto requieren más personal profesional para cumplir esta tarea. En estas poblaciones se observa una disminución del interés de sus jóvenes para capacitarse en profesiones relacionadas con el cuidado de la salud; esto sumado a la disminución del gasto social, lleva a lo que se ha denominado crisis del cuidado. En el caso que estudiamos esta teoría no explica la migración de los médicos ecuatorianos porque a nivel demográfico Chile no presenta estas características (Herrera 2006).

En este trabajo sostengo que el fenómeno de la emigración de médicos ecuatorianos a Chile se explica también por otros factores y necesita de un análisis más complejo en el que se interrelacionan diversas dimensiones de la desigualdad. Por un lado, es necesario un análisis de la organización de los sistemas de salud en los dos países. A partir de allí podemos entender porqué Ecuador termina expulsando a sus médicos, al mantenerlos en la desocupación y/o subocupación y porque Chile abre un nicho laboral, desvalorizado y mal remunerado, para médicos extranjeros que ha sido aprovechado por profesionales ecuatorianos dispuestos a trabajar en condiciones de desprotección social y de explotación laboral.

Otra dimensión de desigualdad es aquella que se configura a partir del análisis de las jerarquías y desigualdades inherentes al proceso de formación del oficio de ser médicos tanto en Chile como en Ecuador. Esta tesis sostiene que la formación y el oficio de ser médicos en el Ecuador se desarrolla en un campo de jerarquías y desigualdades que se van naturalizando en el trabajo cotidiano. En su proceso de formación los médicos aprenden que existen especialidades de segunda y especialidades de primera, que el residente de primer año debe obedecer sin objeciones al residente de tercer año, que en ciertas especialidades pueden trabajar los hombres y en otras las mujeres. Que la decisión del jefe de servicio no es debatible, es decir la jerarquía marca la obediencia a la norma sin discusiones.

El primer nivel de atención en el que se insertan los médicos emigrantes ecuatorianos es un espacio laboral desvalorizado, de segunda, más propicio para mujeres. En el trabajan los médicos que no logran hacer una especialidad reconocida, en este espacio no existen labores docentes. Sin embargo los médicos ecuatorianos están contentos y satisfechos

trabajando en este nivel de atención que es el único que les abrió sus puertas. Asumen sin discusión que este es su lugar. En este caso observamos con claridad como se ha naturalizado la dominación al asumir la jerarquía impuesta en el sistema.

Las preguntas concretas que buscó resolver esta investigación son: ¿De que manera la trayectoria laboral, profesional y social de los médicos ecuatorianos que migraron a Chile develan procesos de movilidad social contradictoria? ¿Cuales son las reconfiguraciones de clase que se producen con esta experiencia migratoria? ¿Se produce o no una feminización del trabajo en el primer nivel de atención? ¿De que manera las políticas globales de mercado que desvalorizan la promoción y prevención, inciden en la desvalorización del primer nivel de atención? ¿Cómo afecta a los médicos ecuatorianos formados en un espacio hospitalario trabajar en el primer nivel que es un espacio ambulatorio, desvalorizado?

Para lograr contestar estas preguntas se realizó un estudio cualitativo en base a una revisión documental para ubicar el estado de la cuestión a nivel general y regional de la emigración profesional de la salud. Una revisión de las mallas curriculares que orientan la formación de los médicos en las universidades públicas de Ecuador y Chile. Se analizó el proceso de reforma en salud que se desarrollo tanto en Chile como en Ecuador. También se realizaron veintidós entrevistas a profundidad mediante una guía estandarizada de preguntas, ocho a autoridades académicas de Ecuador y Chile, y catorce a médicos emigrantes ecuatorianos que trabajan en la consulta privada y en el segundo y tercer nivel de atención y a médicos generales que se encuentran trabajando en el primer nivel de atención del sistema público en Chile. Además se registró un diario de campo durante el trabajo de investigación en Chile.

Los resultados de la investigación se presentan en cuatro capítulos organizados de la siguiente manera:

En el capítulo uno, movilidad en el sector salud y globalización, se analiza el estado de la cuestión en cuanto a cifras de la situación de la migración profesional en salud a nivel global y en América Latina. También se analiza la migración internacional de los trabajadores de la salud como parte de un proceso de movilidad interna que está presente en el sector. Finalmente se revisa porque la teoría de “fuga de cerebros” no explica por si

sola la emigración de los médicos, especialmente en el caso de los médicos ecuatorianos que emigran a Chile.

En el capítulo dos, llamado reforma del sector salud en Chile y en Ecuador se busca aclarar el contexto social y político que vivieron los dos países durante la década de los noventa. Se realiza una breve revisión del marco teórico con el que se realizó la reforma en salud, señalando las diferencias en los dos países, para a la luz de este análisis comprender como se creó el nicho laboral que abrió sus puertas a los médicos ecuatorianos.

En el capítulo tres llamado, el oficio de ser médico un campo de jerarquías y desigualdades, se realiza una descripción general de quienes son los médicos que se fueron, utilizando cifras que describen al grupo profesional que emigró. También se realiza un análisis detallado de las mallas curriculares que guiaron la formación de los médicos tanto en Ecuador como en Chile, describiendo su proceso de formación para entender como se produce la naturalización de la desigualdad. Para este análisis se toma en cuenta los conceptos propuesto por Bourdieu y por Foucault para entender por un lado la construcción cultural del oficio del médico y por otro lado las relaciones de clase y económicas que marcan jerarquías y desigualdades, tanto en la formación como el ejercicio de los médicos en Ecuador y en Chile, con matices distintos en cada país, pero con grandes semejanzas a la hora de ejercer el rol en el que las desigualdades son evidentes.

En el capítulo cuatro llamado Los médicos ecuatorianos en Chile se responde a través del análisis de fragmentos de entrevistas a la pregunta ¿Porqué el médico ecuatoriano formado de manera competitiva; cuando llega a Chile se comporta como médico obediente y conforme con las reglas de juego del nivel en el que está trabajando? También se analiza fragmentos de entrevistas que tratan sobre su visión de género en los que se demuestra un marcado esencialismo en la asignación de roles dentro de la profesión médica.

Migración de los profesionales de salud y globalización

No se van porqué quieren. Se van porqué los echan. Los emigrantes son desesperados, gente que se han cansado de tanto esperar y que, ya sin esperanza, huyen. Pasan los años. A algunos les va bien, a otros no tanto. Pero todos siguen, mal que bien, lo confiesen o no, con las raíces al aire. Los que vamos al dentista sabemos que las raíces al aire duelen.

(Galeano 2007)

Este capítulo tiene como finalidad revisar las distintas perspectivas con que se ha analizado la migración internacional de los profesionales de la salud con el fin de ubicar la discusión en la que se enmarca el flujo migratorio de médicos ecuatorianos a Chile.

En efecto, un poderoso imán para la emigración profesional de trabajadores de la salud es la demanda de estos profesionales en las sociedades más desarrolladas, revisaremos entre otras la influencia que la globalización y la política neoliberal han tenido para generar nichos laborales¹. También analizaremos la migración internacional de los trabajadores de la salud como parte de un proceso de movilidad que está presente en el sector desde hace muchos años y hace parte de su forma de inserción laboral a nivel global. Finalmente revisaremos porque la teoría de “fuga de cerebros” no explica por si sola la emigración de los médicos, especialmente en el caso que nos ocupa.

La migración de los recursos humanos en salud a nivel mundial mantiene la misma tendencia que la migración general. Es decir, las poblaciones buscan los polos de desarrollo, los movimientos se dan de la periferia al centro, del sur al norte. La concentración de la población emigrante está en las llamadas “ciudades globales”². La migración de los médicos ecuatorianos a Chile se enmarca en esta tendencia global de movilidad de profesionales de la salud desde países, menos desarrollados hacia países con mayores niveles de desarrollo, mermando así la capacidad de cobertura de los servicios de salud en los países de origen. Por ejemplo, una investigación realizada en los EEUU, Reino Unido, Canadá y Australia, indica que entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en esos países son graduados en el exterior y que entre el 40% y el 75% de esos médicos, provienen de países pobres (OPS/OMS, Uruguay 2006).

¹ Se refiere a los espacios de trabajo que se crean en un determinado sector sea por que los trabajadores de ese lugar no quieren aceptar las condiciones laborales o por que no existe personal capacitado para ejercer en ese sitio laboral.

² Se refiere a las ciudades que se constituyen en polos de atracción para la migración de múltiples países, en las que la diversidad de su población las convierte en más tolerantes.

De manera específica, en los Estados Unidos y Canadá se desempeñan 1.589 médicos jamaicanos, que equivalen al 70% de los que lo hacen en su país; 1.067 haitianos, que equivale al 55% de los médicos en Haití; 3.262 dominicanos, tantos como el 21% de los que actúan en su país y cifras variables de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos que equivalen del 5 al 4% de los médicos que permanecen en esos países (OPS/OMS, Uruguay 2006).

El mayor demandante de recursos humanos en salud en la Región es los Estados Unidos, los países vecinos como México y Canadá son los que en términos absolutos aportan con mayor número de médicos y enfermeras para sostener el sistema de salud norteamericano. Actualmente los Estados Unidos tiene 170.000 vacantes para enfermeras y se espera que este número crezca a 260.000 para el año 2010 (ese déficit corresponde al 90% de las enfermeras en América Latina y el Caribe). Se prevé un incremento del 3% de enfermeras de origen extranjero en todos los estados de la unión americana, cifra que en números absolutos será mayor a la de los egresados de su propio sistema educativo. En la última década la migración ha ampliado sus polos de atracción, ya no es solamente los Estados Unidos sino países como España, creando así el llamado “circuito iberoamericano”, que se articula a su vez al circuito global de migración de profesionales médicos. En América Latina, Chile se convierte en un polo de atracción para los médicos ecuatorianos, peruanos, bolivianos y cubanos, surgiendo un nuevo centro³ al interior de América Latina (Arroyo 2005).

En el caso de las enfermeras, todos los sistemas de salud de América Latina demuestran déficit de este recurso humano. Las cifras de estudiantes matriculadas en las escuelas de enfermería tienen una tendencia a la baja. Si comparamos estos datos con los anteriores veremos que el panorama de déficit de enfermeras en los sistemas de salud de los países pobres será cada vez mayor (Arroyo 2005).

Estos datos demuestran como las necesidades de trabajadores para el cuidado de la salud van en aumento en los países desarrollados mientras que sus pobladores parecen ya no interesarse en capacitarse en estas áreas profesionales. Especialmente en el área de enfermería cada vez menos mujeres de los países desarrollados tienen interés en

³ Nuevo centro se refiere a los conceptos de Cardoso (1969) que define dentro de la periferia nuevos centros. Puesto que América latina es considerada a nivel general como periferia, pero dentro de ella Chile es considerado como nuevo centro.

capacitarse profesionalmente. La enfermería, está desvalorizada porque coloca a la mujer en un espacio subordinado de trabajo, es exigente en sus horarios y es poco atractiva económicamente.

Una consecuencia de esta situación es que los países pobres están supliendo las necesidades de los países ricos, al formar recursos humanos para el cuidado de la salud que luego emigran para ocupar estos nichos de trabajo pues los países desarrollados ofrecen remuneraciones muy altas en comparación con los países de formación. La desigualdad estructural en términos de las remuneraciones marca estos procesos de movilidad de los médicos y enfermeras en todo el globo (Arroyo 2005).

La migración internacional de los médicos inclusive ha sido en algunos casos incentivada y regulada por los propios Estados. Este es el caso de la migración temporal de los médicos cubanos a través del “Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para los países de América Latina y África”, en el marco de su política de cooperación internacional que constituye un significativo aporte de recursos humanos para muchos países de la Región. En Venezuela el Programa “Barrio adentro” utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. También Bolivia cuenta con más de mil cooperantes cubanos, Guatemala y Haití con más de 500, Honduras más de 300, Belice, Jamaica y Trinidad y Tobago más de 100 cada uno y muchos otros países con cifras de menor cuantía (OPS/OMS Uruguay 2006).

La emigración del personal de salud también se da entre países vecinos, de los que hay varios ejemplos en la región. El MERCOSUR ha aprobado el intercambio libre de servicios profesionales a través de la Directiva CMC/DEC 13/97, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado de trabajo libre y el reconocimiento total de títulos. El proceso ha comenzado a ser ejecutado para unas pocas profesiones, incluidos los médicos. Las tendencias indican que en respuesta a esta nueva movilidad, la migración intensificará los desajustes ya presentes entre las regiones de mayor y menor desarrollo en los países (OPS/OMS Uruguay 2006).

Estos ejemplos demuestran la gran movilidad internacional que está presente en el sector profesional de la salud, ya sea promovida por los estados o como búsqueda individual de mejores oportunidades laborales y por medio de redes sociales. Cuba es pionero en América Latina al haber capacitado a un gran número de médicos familiares dispuestos a

insertarse en el primer nivel de atención. Estos médicos por ejemplo en Venezuela son canjeados por petróleo. En este caso el Estado toma control de sus recursos humanos formados. En los demás países de la región la movilidad se da por iniciativa propia de estos profesionales que buscan mejores condiciones de vida para ellos y sus familias.

En el caso que nos ocupa, podemos decir que en la movilidad de los médicos ecuatorianos a Chile participan múltiples factores. Por un lado, se trata de una decisión individual, alimentada por las redes sociales de emigrantes previos que facilitan información e inserción laboral, pero por otro lado, este flujo es posible por la existencia desde 1917 del convenio Andrés Bello entre Ecuador y Chile. Este convenio permite que se legalice en forma automática los títulos profesionales obtenidos tanto por los ecuatorianos como por los chilenos. Por tanto los médicos ecuatorianos para ejercer en Chile únicamente deben registrar su título en la cancillería y automáticamente es reconocido como profesional, sin necesidad de rendir exámenes de validación.

De manera clásica el análisis de la migración profesional a nivel global propone una explicación basada en la idea de pérdida de capital humano⁴. Como dice Pellegrino (2006) en muchos de sus trabajos la expresión *brain drain* “fuga de cerebros” es un término acuñado en los años cincuenta en el Reino Unido para denominar la pérdida de médicos que emigraban a Estados Unidos. Esta perspectiva economicista mira la migración exclusivamente como pérdida para el país formador del capital humano calificado que decide migrar basado en una decisión individual de búsqueda de un futuro personal mejor. Se presenta una discusión de si es una decisión meramente individual o es una situación estructural debido a la desigualdad de oportunidades profesionales y de remuneración entre los países formadores y los países receptores (Altamirano 2006).

En el caso que nos ocupa se advierte que el costo para el estado y la familia de formación de un médico general son de 20.000 dólares en una universidad pública y de 40.000 dólares en una universidad privada. Esta es la pérdida que se produce por cada médico que emigra (Altamirano 2006).

⁴ Se considera capital humano al producto de la acumulación de mayores conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos, resultado de la formación universitaria o tecnológica. (Altamirano 2006) pp 75

En América Latina la discusión sobre el éxodo intelectual integra el nivel individual y el nivel estructural. Oteiza (1971) formuló su hipótesis del diferencial de preferencia:

Los diferenciales son ventajas a favor del país de destino y ayudan a comprender algunas causas importantes de los flujos migratorios de alta calificación: a) el diferencial de ingreso; b) el diferencial de apoyo logístico, lo que alude a los medios y ambientes disponibles para realizar la tarea profesional; c) el diferencial de reconocimiento profesional; d) diferencias en la situación de estabilidad política, desarrollo universitario, nivel de represión o discriminación ideológica (citado en Martínez 2006: 66).

En esta propuesta como en la de Filgeira (1976) se explora una faceta más prospectiva que busca explicar las condiciones estructurales que están presentes en la decisión de emigrar. Es decir a más de la oferta del mercado de mejores salarios en los países receptores están condicionantes que facilitan el desarrollo profesional.

En las últimas décadas la propuesta de “fuga de cerebros” ha sido ampliamente analizada. Por ejemplo se encuentra que muchos de los profesionales que emigran a países desarrollados nunca logran insertarse en espacios de trabajo para los que están formados, ya sea por dificultades del idioma o porque estos espacios son protegidos para los profesionales nativos, entonces se denomina *brain loss*; es decir, “pérdida de cerebros o desperdicio de cerebros” (Altamirano 2006).

Cross y Waldinger (1997) hablan de *brain circulation*, “cerebros en circulación” y apuntan que en la actualidad muchos emigrantes de un alto nivel de capacitación son transitorios y retornan a su país después de una estadía breve o van a otro país del circuito internacional. Estudios hechos en transnacionales que captan este tipo de profesional observa que estas se benefician de la alta capacitación de estos profesionales que son contratados por períodos breves sin ventajas laborales e incluso con menores salarios que profesionales de su mismo nivel que sea nativos (Martínez 2006).

brain gain “ganancia de cerebros” se refiere a que en muchas partes del mundo el desarrollo de Internet parece acompañar el retorno de emigrantes calificados y convencer a jóvenes graduados a no emigrar. En algunos casos la razón del retorno es económica. Por ejemplo, jóvenes que triunfaron económicamente y deciden regresar para montar su

propia empresa en especial en negocios como redes informáticas. Estos empresarios generan trabajo y logran un espacio de respeto a nivel local (Martínez 2006).

brain exchange “intercambio de cerebros” establece que una dimensión importante de la revolución de las tecnologías de información y comunicación es la posibilidad de ofrecer contacto profesional sin requerir el desplazamiento de las personas; esto es el trabajo en línea, en el cual el profesional esta trabajando para una empresa transnacional de fuera de su territorio. Es decir, no migra físicamente, pero si lo hacen sus habilidades. En este caso el trabajo es virtual y esta sujeto a la legislación de su país. Esta condición laboral es desventajosa para el trabajador virtual por que aporta a una empresa que no le paga el salario que le corresponde. Se migra sin emigración. A esta forma de trabajo también se le ha llamado migración virtual (Martínez 2006).

Como hemos visto la migración de profesionales de salud está relacionada con múltiples factores, uno es la falencia de los mercados laborales en los países pobres, que en general tiende a extraer de éstos los cuadros más jóvenes y calificados, que son los que más fácilmente se insertan en el mercado laboral receptor que se ha llamado *brain drain* o cerebro fugado. En el caso de Ecuador, esta teoría no necesariamente se puede aplicar al flujo mayoritario de médicos emigrantes sino a casos particulares por varias razones. En primer lugar no son los médicos más calificados los que emigran, como lo demuestro en el capítulo cuatro. El flujo está mayoritariamente compuesto por médicos que se encontraban en la desocupación o subocupados. En segundo lugar, tampoco podemos hablar de “desperdicio” de cerebros puesto que si se encuentran trabajando en calidad de médicos, con la salvedad que se insertan en un espacio laboral del cual no quieren participar los médicos chilenos. El punto, entonces, es mas bien entender las jerarquizaciones que se producen en el ejercicio profesional con los emigrantes. Este proceso no lo captan los diferentes apelativos que se cobijan bajo el concepto de fuga de cerebros. Por estas razones decimos que la teoría de fuga de cerebros no explica por si sola este caso de estudio. Mas bien podemos decir que los médicos ecuatorianos en Chile son brazos que apoyan al sistema de salud local.

Por otro lado a nivel global, es preocupante la situación de abuso o explotación de la fuerza de trabajo emigrante en los países receptores. La dificultad para verificar previamente las condiciones de empleo, las barreras de idioma, la falta de normas éticas

que afecta a este proceso y la inexistencia de un marco que regule a las agencias contratadoras e intermediarias y a las propias instituciones de salud, dan lugar a que se engañe o se explote al trabajador de salud que emigra. El tiempo que este trabajador utiliza para lograr la acreditación que le permite ejercer en el país receptor representa por lo común años de bajos salarios en los que ocupan cargos inapropiados a la formación y experiencia que tienen. Por ello es importante resaltar que en el caso ecuatoriano, la existencia del Convenio Andrés Bello, así como la proximidad cultural del país receptor representan unos condicionantes que favorecen la emigración y asentamiento de los médicos en Chile. Según datos proporcionados por nuestros entrevistados, los médicos ecuatorianos tardan entre dos y cuatro meses en inscribir su título en la Cancillería para trabajar legalmente en Chile. La contratación es directa y en la mayoría no está mediada por agencias⁵ (De Souza do Prado 2004).

Aunque la migración es parte del derecho humano de movimiento y del uso del conocimiento y habilidades individuales en la búsqueda de una vida mejor, los efectos negativos que la contratación internacional del personal de salud ocasiona a los sistemas sanitarios de los países pobres son muy reales y plantean serios problemas a estos países. En el mercado de trabajo globalizado, los flujos de migración desde los países pobres hacia países ricos aumentan las desigualdades en salud, pues disminuyen las capacidades de estos sistemas sanitarios que ya son débiles (De Souza do Prado 2004).

Otra dimensión que debe tomarse en cuenta para entender la movilidad global de los profesionales de la salud es observar el comportamiento de la demanda para educación profesional en salud. A nivel general la medicina y otras profesiones inherentes al cuidado en la actualidad han disminuido en la demanda por parte de los jóvenes que buscan formación profesional. Además, antes la profesión estaba dominada por hombres, ahora la relación de género ha sufrido un cambio importante, las facultades de medicina tienen 50% de hombres y 50% de mujeres (Merino 2006).

Finalmente, una tercera dimensión son los programas de formación de profesionales de salud de los países de la Región. Se observa que el contenido de las curriculas contribuye directa e indirectamente a facilitar la migración de sus egresados, debido a que sus

⁵ En Internet existe una agencia llamada Asesorías Integrales Chilecuadrador 2007/2008 dirección de Internet que ofrece asesoría para garantizar encontrar trabajo a profesionales de la salud en Chile (<http://www.Empleoschileareassalud.com>).

facultades y escuelas de medicina mantienen programas no alineados con la problemática de salud de sus países, ni con sus sistemas de salud, ni con la modalidad de práctica profesional imperante en el país.

El énfasis en la formación está en la toma de decisiones basado en evidencias científicas que tienden a aumentar el uso de la tecnología médica. La mayor parte de la población no puede acceder a exámenes complementarios que verifiquen el diagnóstico, esto produce gran frustración en los profesionales que permanentemente deben lidiar con la incertidumbre al no poder demostrar con evidencia científica el diagnóstico que está tratando en su paciente. Además la formación del médico está centrada en la enfermedad y se realiza principalmente en contacto con pacientes hospitalizados (Chen 2005).

En Ecuador al terminar su carrera este médico recién egresado, encuentra que existe un desfase entre el perfil con el que se formó, las competencias adquiridas y la realidad en la que debe ejercer como médico general que casi siempre es el primer nivel de atención. Esto produce gran insatisfacción e incertidumbre para el ejercicio profesional.

El énfasis realizado en la formación del médico que inculca el perfeccionamiento en determinada área clínica, hace que siempre esté presente el interés para acceder a programas de formación suplementaria. Muchos profesionales jóvenes emigran temporalmente con el objetivo de obtener títulos de postgrado en especialidades competitivas y que de regreso a sus países les facilite una mejor inserción en el mercado de trabajo. Los países desarrollados tienen interés para recibir estudiantes extranjeros como residentes, porque el salario de un médico en formación es más bajo y los horarios de trabajo muy amplios, esto contribuye a sostener los hospitales de cuarto nivel en los países de formación. Muchos de los médicos en formación reciben ofertas de trabajo que los retienen en los países de mayor desarrollo (Chen 2005).

En nuestra región existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos de salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. Esta situación se agrava por la emigración del personal de salud. No importa la zona de origen del trabajador emigrante, son las zonas rurales las que con mayor facilidad y frecuencia se ven carentes de personal de salud, y es la población rural la que mayor dificultad tiene para el acceso a los servicios de salud (Merino 2006).

A nivel global los países pobres que son proveedores de cuidadores de salud tienden a quedarse con personal menos calificado. Esto genera en sus sistemas de salud problemas de cobertura y menor calidad de la atención. Por otro lado, la alta rotación del personal en los servicios de salud, aumenta el costo operativo y disminuye la calidad de los servicios, puesto que interrumpe la organización funcional, reduce la eficiencia de los equipos de salud y pierde la memoria histórica de las instituciones. En el caso de Ecuador, la emigración de los profesionales mayoritariamente es de los médicos desempleados y subocupados que no accedieron a un postgrado y que están trabajando de manera informal en el primer nivel de atención en la periferia de las ciudades o en el campo. De tal suerte que no se ha quedado el país con personal menos calificado.

Al realizar un análisis específico de la migración de los médicos es menester tener en cuenta que la migración internacional puede ser también parte de una tradición al interior de este gremio profesional. Según un estudio realizado por el Departamento de Recursos Humanos de la OMS/OPS (Merino, 2006) en el 2005, en Ecuador se encuentra cuatro tipos de movimiento de trabajadores de salud que están relacionados:

Primero, del sector público al privado, si un profesional tiene oportunidad de insertarse en el sistema privado no tiene reparos en abandonar la plaza de trabajo pública. En una profesión liberal como es la medicina, el ser escogido por el cliente privado de manera personal, aumenta su estatus profesional. Cuando trabaja en el servicio público el paciente acude en busca de servicio, atraído por el prestigio institucional o porque no puede pagar más, no por el nombre del profesional en particular. Cuando el paciente escoge el médico este se siente en el derecho de cobrar los honorarios que le convenga.

Segundo, el médico pasa de la atención directa al ejercicio de actividades afines. Es decir, si un profesional trabaja en actividades de cuidado directo de pacientes, se siente promovido si es ascendido a un espacio laboral en donde cumple funciones de dirección de su departamento o de su institución. Este hecho se da aunque no estén formados en dirección de servicios de salud o en salud pública y explica por que en Ecuador la mayor parte de Ministros de Salud han sido especialistas clínicos y no salubristas. Lo que le interesa al médico es la oportunidad de que su nombre sea reconocido de manera pública. Así mismo para los médicos es muy importante realizar actividades académicas que las

cumple de manera complementaria sin importar el salario que se les asigne. Lo que cuenta es lograr el estatus profesional que le da el ser maestro en Medicina. Esta actitud hace que los médicos sean polifuncionales y que simultáneamente trabajen en dos y tres sitios.

Tercero, de áreas rurales a urbanas. La tendencia de los profesionales es a vivir en áreas urbanas en las cuales tenga mayor acceso a cursos de actualización clínica, oportunidad de asistir a eventos en los que se presentan nuevos productos farmacológicos que son patrocinados por las casas farmacéuticas, que finalmente les brinda la oportunidad de estar conectados con sus colegas. Para los médicos es muy importante ser parte de una sociedad científica; ser miembro activo le brinda estatus profesional. Por otro lado para el médico es muy importante la convivencia con sus colegas. En las ciudades es posible compartir los mismos ambientes en la educación de sus hijos, en la socialización de las familias, participación en clubes sociales. Un ejemplo interesante se observa en los colegios médicos provinciales que tienen dos metas fundamentales, por un lado la defensa de los intereses gremiales y por otro lado brindar espacios de socialización a los colegas. Las sociedades científicas son las encargadas de la actualización y formación permanente de sus afiliados.

Cuarto, la movilidad de países de menor a países de mayor desarrollo relativo. La migración internacional de los profesionales de la salud se realiza como parte de su desarrollo profesional, para el médico es muy importante alcanzar metas que le den mayor prestigio profesional y posición económica. Por ello tomar la decisión de emigrar no resulta tan difícil, especialmente si tiene la oportunidad de ejercer su oficio. Para un médico una de las metas profesionales más altas es hacer una especialidad en el exterior, ojala en un país muy reconocido por sus avances tecnológicos en el área clínica.

En el caso de los médicos ecuatorianos que emigraron a Chile el espacio de trabajo que este país ofrece es muy atractivo porque permite la inserción laboral de los profesionales en el sistema de un país reconocido por los médicos ecuatorianos como más adelantado en su sistema de salud. Para los médicos que no habían logrado realizar un postgrado y que estaban trabajando en condiciones muy desfavorables, sin sueldo fijo y en espacios periféricos o rurales, acceder a un trabajo profesional en Chile significa un ascenso en su estatus profesional que es valorado por su familia y por sus colegas.

Al analizar esta tendencia en la movilidad interna de los profesionales y la emigración internacional se observa con claridad que existe una fuerte interdependencia de estos cuatro tipos de movimiento al interior y al exterior del país. Desde lo local parece ser que la búsqueda de reconocimiento que le permita mejor status profesional y mejores ingresos económicos es el motor que impulsa al movimiento migratorio de los profesionales de la salud.

El análisis de la emigración de este grupo profesional es mas complejo de lo que a primera vista se presenta. En este primer capítulo analizamos algunos aspectos globales que inciden en la emigración de los profesionales de la salud y hemos revisado en forma breve algunas de las explicaciones teóricas que se han discutido para entender la emigración mas calificada.

En resumen en este capítulo discutimos: el aumento de la demanda de trabajadores de la salud por parte de sociedades mas desarrolladas con necesidades de cuidado no satisfechas que tiene poblaciones envejecidas con tasas de recambio poblacional bajas, en las cuales existe menos demanda de parte de los jóvenes para estudiar profesiones relacionadas con el área de cuidado de la salud.

Se plantea la discusión de si la decisión de emigrar es individual o estructural. En el caso que nos ocupa están presentes las dos condiciones y no son excluyentes, pero no explican de manera suficiente el caso.

Hemos analizado las diferentes lecturas con las cuales se califica al capital humano que sale del país en el que se formó. La versión mas difundida es la de fuga de cerebros, aunque también se habla de desperdicio de cerebros, circulación de cerebros e intercambio de cerebros, ninguna de estas propuestas explica por si sola la situación de los médicos ecuatorianos que emigraron a Chile (Altamirano 2006).

En una búsqueda por ampliar las explicaciones de los ¿por qué? emigran los médicos ecuatorianos hemos analizado la movilidad interna que esta presente entre los médicos y que podría predisponer a que este grupo profesional tenga una búsqueda constante de ascenso en su estatus profesional y económico y por tanto esté dispuesto a aceptar la emigración internacional con mayor facilidad que otros profesionales.

Es necesario complementar esta mirada con una perspectiva que capture de manera más fehaciente los procesos de desigualdad presentes en el propio proceso de formación y

creación del campo social de los médicos en los dos países, de origen y destino. Así, al profundizar en el perfil, las trayectorias laborales y sociales de los médicos emigrantes a Chile podemos constatar que más allá de un flujo que se caracteriza por la fuga de profesionales de la salud, se trata de la emigración de un grupo de personas con historias de inserción laboral muy precarias. Se trata de profesionales que fueron rechazados en el mercado laboral ecuatoriano y que gracias a condiciones especiales como el convenio Andrés Bello, tienen la posibilidad de insertarse en el sistema de salud público de Chile como trabajadores regulares, realizando el trabajo que los médicos chilenos no quieren hacer.

En ese sentido, no estamos hablando de médicos mejor capacitados que emigran en busca de mejores condiciones de vida, sino de médicos generales que no accedieron a un postgrado que están desocupados y buscan una oportunidad de trabajo. Estos médicos emigrantes al insertarse en el sistema chileno logran a la vez mayor estatus profesional por ser vistos como capaces de trabajar en un espacio laboral extranjero valorizado, como es el de Chile y lograr mayor estabilidad económica. Como lo veremos en los siguientes capítulos, las diferencias en los sistemas de salud entre los dos países, el tipo de formación profesional que han recibido y las características del campo social de los profesionales de la salud expresan una serie de jerarquías y exclusiones que explican porqué más que una fuga de cerebros estamos frente a un fenómeno de migración de brazos.

CAPÍTULO DOS

Reforma del Sector Salud en Chile y Ecuador

En este capítulo analizo el proceso de reforma a los sistemas de salud en Chile y Ecuador con el fin de evaluar el peso que han tenido determinadas políticas de los estados, en este caso las reformas al sector salud en los dos países, para crear condiciones favorables tanto para la salida de los médicos del contexto ecuatoriano, como para la llegada al mercado laboral de la salud pública en Chile. ¿Qué tipo de políticas provocaron este doble movimiento? ¿Cuáles han sido los impactos de estas políticas sobre los mercados de trabajo de los médicos en los dos países? De esta comparación se desprende que las reformas al sector salud en los dos países a pesar de sus diferencias notables, coinciden en provocar por un lado, la expulsión de un grupo considerable de médicos del sistema público y privado ecuatoriano y por otro, la creación de un espacio laboral para inmigrantes dentro del sistema de salud pública de Chile.

Política neoliberal y reforma de salud.

En 1978, en Alta Mata se reunieron los ministros de estado de 134 países y 69 organizaciones internacionales de todo el mundo para analizar las condiciones de inequidad en salud y definir una estrategia para lograr el propósito de Salud para todos en el año 2000. La estrategia que se diseñó fue la de Atención Primaria de Salud. En la declaración de Alma-Ata se proclamaba que: “La salud es un derecho humano fundamental, que exige la transformación de los sistemas sanitarios convencionales, la cooperación amplia e intersectorial y la participación de la comunidad.” (Acápito I declaración de Alma Ata. 1978 OMS) De acuerdo a Hong (2005), “la declaración pretendía abordar las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a la enfermedad, así como presionar a favor de la asistencia sanitaria integral”. Esta concepción implicaba un modelo de políticas que tienda a disminuir las inequidades sociales, en la que los estados se responsabilizarían de la salud al considerarla un derecho

y no una mercancía, debiendo desarrollar modelos de atención integral, universales que cubran las necesidades totales de la población (Hong 2005).

Para la década de 1980, en el marco de las políticas de ajuste estructural se perfila otro modelo, crítico a una intervención del estado en la salud y más orientado por el mercado. La propuesta de Alma-Ata que inicialmente tuvo un amplio respaldo en muchos países de América Latina fue cuestionada por considerarse muy cara y compleja a la hora de su aplicación, requería un compromiso con el cambio de las causas estructurales de la pobreza, por ello con respaldo de las agencias internacionales y del Banco Mundial se planteó un proceso de focalización de la estrategia de atención primaria a través del trabajo basado en intervenciones con grupos de riesgo (Hong 2005).

El diagnóstico que realizan los defensores de la política de mercado sobre los sistemas sanitarios tradicionales de los países de América Latina es que la asistencia sanitaria ha aumentado los costos debido a una “mala gestión” y que es la mala gestión, no la falta de recursos u otras presiones, la principal causa para la crisis de este sector. (Gloyd 2005) El Consenso de Washington acordado por el gobierno de Estados Unidos, Banco Mundial. Fondo Monetario Internacional en 1980 sostiene que el crecimiento económico es el principal objetivo del desarrollo y que ese crecimiento se ha de facilitar siempre, aunque sea a expensas de los servicios sociales, propone que los gobiernos de los países en vías de desarrollo desempeñen un papel limitado en la financiación y provisión de la asistencia sanitaria y otorga un papel más amplio al sector privado.

La Reforma del sector salud propuso fundamentalmente la privatización, la descentralización y al separación de funciones entre los ámbitos de provisión y de administración de los servicios. Para el Banco Mundial las consecuencias de estas reformas serían que:

“1) El Estado mantiene la capacidad para controlar tanto el sector publico como el privado; 2) La reforma genera una virtuosa combinación de eficacia, eficiencia y equidad; 3) Los Estados pueden proteger a los pobres proporcionándoles servicios de asistencia sanitaria subvencionados” (Verdugo 2005: 125).

En América Latina la implantación de la política neoliberal en los procesos de reforma en salud, desde su inicio generó disputa permanente por parte de la sociedad civil especialmente en cada país con diferente matiz e intensidad.

De acuerdo a varios autores, con este modelo de libre mercado, donde la libre elección y la competencia son las reglas de oro, la salud deja de ser un derecho humano absoluto para pasar a ser un bien privado. Esta estrategia conduce a una creciente desigualdad en salud. El panorama resultante es la multitud de opciones para la acaudalada minoría y escasos servicios públicos para la mayoría de los pobres, aboliendo los principios de equidad y justicia social y el concepto de salud para todos ensalzado en Alma-Ata (Hong 2005).

Así mismo, de acuerdo a Shaffer Brenner (2006) durante la implementación de la reforma si bien existieron diferencias importantes entre países, la salud se abrió para la inversión de los grandes grupos económicos, al tiempo que el estado disminuía presupuestos y prestaciones. En consecuencia en la mayoría de los países se estructuró un subsistema privado, que creció a expensas de la pauperización y desabastecimiento del subsistema público, bajo la excusa de regular el déficit fiscal. Este sistema incrementó la inequidad entre los sectores sociales respecto del acceso a la cantidad y calidad de las prestaciones (Shaffer Brenner 2006).

Como veremos, es en el contexto de esta ampliación de la desigualdad en el acceso a la salud y la brecha entre subsistemas privado y público que se produce la emigración de los profesionales de la salud de Ecuador a Chile.

Las reformas a la salud se inscriben en un proyecto estratégico mundial estructural de transformación del modelo de acumulación del capital, uno de cuyos ejes es la reforma del estado y la redefinición del alcance y contenido de la política social, un argumento central es la crítica al estado de bienestar (Gloyd 2005).

Ese contexto demanda la re-configuración del sector salud para convertirlo en espacio estratégico de rentabilidad financiera internacional. La industria farmacéutica que es una de las más prosperas en el mundo, busca afianzar su liderazgo mediante la implementación de toma de decisiones a nivel clínico basadas en evidencias científicas. Para lograr este propósito los sistemas de salud deben adquirir tecnología de punta que permita documentar las enfermedades a la vez que gastar grandes cantidades de dinero en medicamentos que la industria define como óptimos (Fort 2005).

El negocio de la salud se desarrolla también gracias a las estrategias de marketing que inducen en la población necesidades de consumo como dietas especiales, exámenes especiales, cirugía plástica que les permita lograr el ideal de belleza y salud (Fort 2005).

Es decir, la propuesta de mercado a nivel práctico se centra en la enfermedad que es más rentable antes que en la promoción de salud y de vida que considera no rentable e imposible de lograr porque ello implicaría disminuir las brechas entre ricos y pobres mediante una distribución más equitativa de la riqueza (Velasco 2007).

La implementación de los procesos de reforma dejaron en el ambiente de América Latina la necesidad de reflexionar sobre la equidad en salud, este es un tema políticamente estratégico; el discurso y las propuestas para disminuir las iniquidades socio sanitarias se han vaciado de contenido ético-político, reduciéndolas a micro estrategias o a un problema técnico de diseño de políticas, sin abordar la dimensión de la justicia sanitaria, que es el núcleo duro del derecho a la salud como derecho humano fundamental (Arango 2006).

Estas reformas tuvieron distintos grados de implementación y resultados diversos también de acuerdo al entorno político, institucional y económico en donde se implementaron. En el caso de Chile se presentan las condiciones óptimas para implementar la reforma durante la dictadura militar pues comparte plenamente los principios de la política neoliberal, abre sus puertas al negocio de la salud, que incluye las transnacionales farmacéuticas y las aseguradoras. En 1995 se descentraliza el primer nivel de atención, es decir la consulta ambulatoria, para que los municipios se hagan cargo de ofrecer este servicio y se decreta la conformación de un sistema de salud mixto, financiado por un aporte estatal con cobertura universal que facilita el desarrollo de un sistema privado que puede cobrar primas de salud extra para ofrecer mejores servicios (Ramirez 2001).

En Ecuador la implantación del proceso de reforma tuvo tropiezos, la creación de áreas de salud descentralizadas a nivel administrativo fue lenta y tuvo una fuerte oposición para implementar la autogestión y recuperación de costos por parte de los sindicatos de trabajadores de la salud y la sociedad civil, quienes se amparaban en la Constitución de 1998 que declara la gratuidad de los servicios de salud públicos (Echeverría 2007).

En lo que sigue analizo con más detenimiento cuales fueron las consecuencias de estas reformas en los sistemas de salud de los dos países y su relación con la movilidad humana. El análisis de los datos se hace en relación al pico migratorio es decir alrededor del año 1995.

La reforma del sector salud en el Ecuador

En 1993, se emitió la Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios, y se creó el Consejo Nacional de Modernización (CONAM). Con esto arranca el proceso de reforma. Para el sector salud implica el inicio de una propuesta de reducción de los servicios públicos por tanto disminución de creación de puestos de trabajo, disminución del presupuesto para la salud, en definitiva pauperización para el sistema público de salud.

Para 1995 este Consejo comenzó a difundir ampliamente su propuesta de reforma a la seguridad social, cuyos contenidos de privatización (administradoras privadas del fondo de pensiones y libre oferta de seguros privados en salud), fueron rechazados por la mayor parte de las fuerzas sociales y políticas del país. Con este antecedente, se inició un debate nacional. A través de la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA), el MSP presentó una propuesta de Lineamientos Generales de Reforma del Sector Salud, la cual tenía como eje la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y un esquema de aseguramiento de la atención de base pública basado en una alianza entre el IESS y el MSP. Varias provincias y cantones del país cuestionaron el centralismo de la propuesta nacional y demandaron una gestión más descentralizada y participativa, lo que dio lugar a la creación de Consejos Cantonales de Salud para impulsar la reforma desde escenarios locales (Echeverría 2005).

La dinámica inicial de debate no tuvo continuidad con el cambio de gobierno ocurrido en agosto 1996. El CONASA se inactivó por algunos meses y los acuerdos iniciales no se concretaron. Se originó entonces lo que algunos denominan (Echeverría 2005) una "reforma silenciosa", caracterizada por: a) reducción del papel del Estado en la salud, con recortes presupuestarios y de personal institucional; b) la propuesta de "autonomía de gestión" de los servicios se cambió a "autonomía de financiamiento" y se plantearon

mecanismos de recuperación de costos, basados en tarifas de mercado de acuerdo a la capacidad de pago local; c) convenios piloto de traspaso de algunos hospitales a los municipios; y d) un nuevo proyecto de privatización del IESS al reactivar la propuesta de Ley de reforma a la seguridad social auspiciada por el CONAM (OPS/OMS Ecuador 2000).

Entre 1997 y 1998 el CONASA aprobó los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma y se reanudó el proceso. No obstante, no se ejecutó por la serie de paros laborales de médicos y trabajadores de la salud quienes solicitaban reivindicaciones salariales y presupuestarias para el sector salud. A pesar de la crisis político-institucional del país y del agravamiento de la crisis socio-económica, entre 1997 y 2000 se desarrollaron importantes elementos para sustentar la reactivación del proceso de reforma en los actuales momentos: a) definición del rol del estado en la salud; b) formulación de un marco de políticas nacionales de salud; c) reforma constitucional en salud; d) modernización inicial del Ministerio de Salud Pública; e) experiencias demostrativas de descentralización en salud; f) propuesta del Sistema Nacional de Salud; y g) propuesta de Reforma a la ley de Seguridad Social (OPS/OMS Ecuador 2000).

Específicamente en el período 1998-1999 destaca la desconcentración de la gestión de personal del MSP hacia los niveles provinciales y las áreas de salud, de los fondos de autogestión hacia los hospitales y de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita y de Protección a la Infancia hacia los Consejos Cantonales de Salud, cuando esto fue factible, o hacia las Direcciones Provinciales de Salud cuando lo anterior no fue posible. (CEPAR 1999)

Para el año 2000 el Ecuador no logra conformar un Sistema Único de Salud, este es inconexo y descoordinado; está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro.

Las dos principales instituciones del sector público, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención. La gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto. El IESS tiene un

esquema de desconcentración administrativa en 9 regiones, con una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo a directivas de planificación y financiamiento central. Además mantiene el Seguro Social Campesino que se encuentra distribuido en todo el país, cuenta con gran aceptación popular y brinda servicios de atención primaria que están conectados al segundo y tercer nivel del IESS (OPS/OMS Ecuador 2000).

Cada institución del sector salud mantuvo un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional. Lo anterior no permitió aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud.

La hegemonía ideológica que imponía la política neoliberal imposibilita el que el estado aumente plazas de trabajo. La recomendación del Banco Mundial es disminuir las plazas de trabajo estables, para únicamente contratar a los médicos bajo la modalidad de contratos por servicios profesionales. Este hecho disminuye drásticamente sus derechos laborales y pauperiza las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, desmotivando a los médicos a trabajar en el sector público (Velasco 2005).

El sector privado empieza a captar mano de obra profesional en contratos de servicios profesionales a destajo⁶. Los grandes ganadores de la propuesta son los accionistas de los servicios de salud privados o las redes de médicos tradicionales que ofertan servicios de salud para la gente que tiene capacidad de gasto y consumo tecnológico médico.

Actualmente, el Sistema de Salud del Ecuador está organizado de la siguiente manera:

El Subsector Público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Seguro Social Campesino (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, los servicios de salud de algunos Municipios y los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados, actúan dentro del sector público. La infraestructura pública de servicios de salud instalada representa el 86.4 %.

⁶ Destajo. Entendido como modalidad de contratación profesional, en la que el profesional cobra un porcentaje del pago del paciente, sin ningún derecho social como trabajador.

Al Ministerio de Salud Pública le corresponde la regulación, dirección y control del sector, es decir su rectoría, para lo cual cuenta con una Dirección de Salud en cada Provincia. En su interior esta conformada por Áreas de Salud que son circunscripciones geográfico/poblacionales coincidentes en su mayoría con el ámbito político/administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales Cantonales) (OPS/OMS Ecuador 2000).

Para el año 2000 el modelo de atención en los servicios públicos, luego del intento de implantar la reforma de salud, estaba centrado en lo curativo, hospitalario e individual. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se propuso desarrollar modelos de gestión orientados a la recuperación de costos, hecho que obligó a que los servicios del sistema público implementen un sistema de cobro.

En suma al final de los años noventa los problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud estuvieron en su peor momento. Un 25-30% de la población ecuatoriana carecía de acceso regular a servicios de salud; dos terceras partes no tenía un plan de aseguramiento, el presupuesto era ineficiente para las acciones de salud, subsistía la descoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos (OPS/OMS Ecuador 2000).

Por otra parte, el Subsector privado está integrado por entidades con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's, y organizaciones populares de servicios médicos, las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias (OPS/OMS Ecuador 2000).

Las entidades privadas para su funcionamiento deben estar registradas y autorizadas por el MSP, aunque este Ministerio no realiza monitoreo ni supervisión de sus acciones. Cuenta con una capacidad instalada de 367 establecimientos con internación, mayormente tipo clínicas. Igualmente existen 10.000 consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades, con infraestructura y tecnología

elemental. También existen empresas de Medicina Pre-pagada que cubren un 2.2% de la población de los estratos de medianos y altos ingresos (OPS/OMS Ecuador 2000).

Más del 80% de los fármacos que se consumen en el país son importados. Según la estructura del mercado, el 91,3% es de productos denominados "éticos" y 8,7% denominados productos "populares" o de venta libre. El valor total del mercado farmacéutico para 1995 fue de aproximadamente 128% del gasto total en salud del Gobierno Central, esto se debe a que incluso se gastó dinero destinado a otros rubros en la adquisición de medicamentos. Estos datos reflejan la importancia que tiene la industria farmacéutica en la organización de los sistemas de salud. Los intereses de estas empresas deben ser protegidos por la política de mercado. Al término del año 2000 por la aguda crisis económica que experimenta el país, se produjo una drástica caída del gasto en compra de fármacos a un 30% (MSP/Ecuador 2001).

Como consecuencia de la implantación de estas reformas, en el mercado ocupacional de los médicos se destaca el hecho de que la subocupación es la situación frecuente. Analizaremos algunos datos de 1999 de la situación de inserción laboral de los médicos. Aunque el sistema de información no es totalmente confiable, en 1999 la proporción de médicos en el Ecuador fue de 13,8 por 10.000 habitantes. La distribución de estos profesionales es muy irregular entre provincias; la mayor concentración ocurre donde hay centros formadores, principalmente Azuay, Pichincha, Loja y Guayas (Merino 2005).

Cuadro No. Uno. Médicos por institución 1999

INSTITUCIONES	MEDICOS
Ministerio de Salud Pública	4925
Ministerio de defensa	591
Ministerio de Bienestar Social	37
Ministerio de Gobierno y Policía	229
Otros Ministerios	187
IESS	1550
Seguro Campesino	561
Municipios	155
SOLCA	286
Otras *	689

Privadas lucrativas	6554
Privadas sin fines de lucro	727
Total	17075

Fuente: INEC Anuario de recursos y actividades en salud 1996, catastro de recursos y servicios de salud 1997. Documento preliminar OPS/OMS (*) incluye la Junta de Beneficencia de Guayaquil, fiscomicionales. Universidades, INFA.

Como se observa en el cuadro uno, el mayor número de médicos en 1999 se encuentran en el sector privado con fines de lucro. No se cuenta con un datos que especifique cuales de ellos son dueños de consultorios o clínicas. Este dato esconde a gran parte de médicos que se encuentran en la desocupación y que para intentar sobrevivir abren consultorios en los barrios periféricos de las grandes ciudades. Lo hacen en pequeños cuartitos o en sus propias casas. En las entrevistas realizadas el 90 % de los entrevistados trabajaban en estos consultorios periféricos antes de decidir emigrar para Chile.

A finales de los años noventa los médicos enfrentan entre otros los siguientes problemas. Bajos salarios; un médico general sin experiencia para esta fecha percibe un salario de 200 dólares. Existe falta de incentivos en el trabajo, desinformación de los procesos de cambio entre los trabajadores y niveles operativos; carencia de un estatuto o carrera funcionaria y de programas de educación continúa; principalmente, la mínima creación de plazas de trabajo especialmente en el sector público. Todos estos factores influenciaron de manera directa para que los profesionales tomen la decisión de emigrar (Merino 2005).

En resumen, la reforma en Ecuador aunque tuvo avances en su legislación gracias al apoyo de los gobiernos de turno que aceptaron la presión internacional de una orientación para la organización de los servicios en función del mercado, logró pocos avances en su implantación. Dejó como saldo un sistema de salud inconexo, con pobre financiamiento, y gran desocupación laboral al disminuir de manera drástica la contratación de médicos para los servicios públicos y mantener a estos profesionales en la subocupación.

La reforma del sector salud en Chile

El Sistema de Servicios de Salud de Chile constituye un modelo para América Latina de aplicación de la política de mercado. Es un sistema mixto, tanto en el financiamiento

como en la prestación. En el financiamiento, combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo. Sin embargo, estos dos componentes comparten una fuente de financiamiento que es el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados (7% de su renta imponible).

La Constitución del país otorga a los trabajadores la libertad de elegir entre las dos modalidades mencionadas: la primera, de naturaleza pública la gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este Fondo recibe, además, las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para los programas de salud pública por lo que gestiona la globalidad de los fondos públicos y los aportes de los asalariados que escogen o mas bien están obligados a esta opción de aseguramiento (FONASA Chile, 2000).

La segunda está constituida por las Instituciones de Salud provisional (ISAPREs). Se forma de aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes tienen la posibilidad de optar por adscribirse a ellas. Las ISAPREs acuerdan con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud. Las ISAPREs son fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPRE (SISP). Existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es administrado por Mutualidades de Empleadores y financiado por los empleadores mediante un porcentaje de las remuneraciones (0,9%), el que puede aumentar según el riesgo de accidentabilidad de la empresa.

La cobertura global del FONASA en el año 1999 fue de 62% de la población chilena, mientras que la de las ISAPRE fue de 22%. El 16% restante corresponde a grupos con sistemas particulares (como las Fuerzas Armadas) o que no pertenecen a ningún sistema. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres, especialmente en el segmento de edad fértil, y de adultos mayores que la población adscrita a las ISAPREs (OPS/OMS Chile 2001).

Existen en el país 182 hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud SNSS. Del total de hospitales del SNSS, 20 son de alta complejidad. También existen 526 consultorios y más de 1.800 postas y estaciones médicas rurales. En el sector privado existen 19 hospitales complejos y 216 clínicas u hospitales de complejidad intermedia y baja (Quiroga 2000).

Durante el gobierno militar, la reforma del sector se caracterizó por la transformación de un sistema de salud centralizado, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), hacia un conjunto descentralizado de Servicios de Salud. Dispuso el traspaso a las municipalidades de la administración de los establecimientos del nivel primario de atención; la instauración del Fondo Nacional de Salud (FONASA); y la creación de instituciones aseguradoras de naturaleza privadas (ISAPRE) en un marco regulatorio extremadamente débil (Quiroga 2000).

Los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud son: a) la existencia de un 21,7 % de población bajo la línea de pobreza (1998) con un 5,6% de ella que es indigente (1998); b) la persistencia de brechas de género y etnicidad; c) la concentración del 40% de la población del país en la Región Metropolitana; d) la presencia de un nivel de desempleo cercano al 10%; y e) la complejidad asociada al proceso de descentralización político-administrativa.

Es importante destacar que tanto el sector público como el privado están organizados en niveles de atención, siendo el de menor complejidad el primer nivel, en donde la atención es ambulatoria y está regida por protocolos clínicos definidos por el Ministerio de Salud MINSAL. El segundo nivel corresponde a centros con complejidad mediana en los que existen atención en las cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general y tienen capacidad para hospitalización. Un tercer nivel es aquel en el que se concentran los casos de mayor complejidad y son resueltos por todo tipo de especialistas.

En cuanto al personal de salud, el Colegio Médico tenía 17.292 médicos colegiados en 1998. La inscripción al Colegio Médico no es obligatoria en Chile. Esta cifra implica 11,5 médicos por 10.000 habitantes. En los últimos años, se ha observado una mayor presencia de médicos extranjeros. Según un análisis realizado por Roman (2004) los médicos ecuatorianos registrados en Cancillería durante los años 1970/2004 son 1689. En este mismo año se encuentran 2.296 médicos generales trabajando en atención primaria. Nuestros entrevistados señalan que uno de cada 10 médicos ecuatorianos residentes en Chile trabaja en el segundo o tercer nivel, por tanto los nueve restantes trabajan en atención primaria del sistema público. Entonces de los 2296 médicos que trabajan en

atención primaria al menos 1500 son ecuatorianos. Es decir, el 69% de los médicos que trabajan en atención primaria en el sistema público son ecuatorianos.

Muchos médicos extranjeros se desempeñan tanto en el sector público como en el privado, lo que dificulta conocer la disponibilidad de estos profesionales en uno y otro sector. La mayor concentración de horas médicas de especialistas se encuentra en el sector privado, lo que hace suponer que los especialistas extranjeros están en el sector privado. En Chile el número de cargos de los servicios de salud, durante la última década, aumentó en alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeras (76 y 37% respectivamente) (OPS/OMS 2000).

El salario inicial promedio de los médicos, en los servicios públicos de salud, es de 931 USD (profesional recién egresados con 44 horas semanales). En las Regiones, debe agregarse la asignación de zona, que varía de una localidad a otra. El salario promedio general es de 1.389 USD en la capital y de 1.678 USD en las Regiones. El ingreso de un médico en el sector privado está determinado por el mercado, siendo siempre mayor que en el sistema público (Quiroga 2000).

A partir de 1997 la evolución del sistema privado de salud muestra una reducción paulatina y creciente del número de afiliados: desde 1.7 millones en diciembre de 1997 hasta 1.3 millones en junio de 2001. Es decir, una caída de la cobertura del sistema del 26.6% al 20.2% respecto de la población del país (Ramirez 2001).

Para entender el por qué de esta situación, es importante tomar en cuenta que este modelo era inédito y fue parte esencial de las privatizaciones impuestas por el neoliberalismo económico, que se extendió a servicios que tradicionalmente habían estado radicados en el estado, como la seguridad social, la salud y la educación.

El sistema ISAPRE no es un sistema de salud previsional, aunque tenga este estatus legal, porque no cumple con ninguno de los principios básicos de la previsión social: solidaridad, universalidad, suficiencia, uniformidad, continuidad, integralidad e, idealmente, sectorialización y regionalización.

Apolonia Ramirez cuando realiza un análisis de género en el sistema ISAPRE señala que este es:

Un sistema de seguro privado de salud que, por definición, opera con la evaluación del riesgo individual, lo que significa que las variables de sexo, edad

y estado de salud de cada individuo determinan el precio de la prima. La maternidad y la mayor morbilidad, ligada a la función reproductiva y a la mayor longevidad de la mujer, objetivamente aumentan sus necesidades de atención de salud y elevan el costo económico de dicha atención. En un sistema orientado por el afán de lucro, como el de los seguros privados de salud, esto se convierte en factores de discriminación en contra de la mujer, quién en su doble condición de trabajadora y madre, está en una situación particularmente desventajosa en el sistema de seguros privados de salud (Ramirez 2001: 27).

Si tomamos en cuenta que la mujer se encuentra en un lugar inferior en el mercado laboral tanto en el acceso como en la calidad del empleo entenderemos el porque el desmedro de la afiliación al sistema ISAPRE está dado por la disminución de afiliación de las mujeres y de los adultos mayores.

Es también importante entender que en Chile coexisten dos subsistemas de salud provisional, con lógicas opuestas. Uno público basado en la solidaridad y los principios de la seguridad social y otro privado basado en los seguros de salud privados y con afán de lucro. Estos subsistemas entran en conflicto y distorsionan el sistema de salud actual en Chile.

La relación entre ambos subsistemas es perversa para el sistema público, porque compiten en condiciones de absoluta desigualdad. Esto opera en su contra y le convierte finalmente, en el sistema de salud para los pobres, las mujeres, los ancianos y los indigentes. Además, actúa como un sobreaseguro del sistema privado, supliendo las falencias y ocultando las deficiencias de éste, por ejemplo al pagar el seguro de maternidad de las mujeres que están afiliadas al sistema privado (Ramirez 200).

En cambio, el sistema privado concentra a los asalariados de mayores ingresos, a los más jóvenes y sanos, a los solteros y de sexo masculino. El sistema ISAPRE llega a gastar hasta 35% en administración y ventas. Los sueldos de los ejecutivos están entre los más altos del país.

La prima de cobro del sistema ISAPRE es definida por ellos mismos, al igual que las limitaciones en las prestaciones para las mujeres y los ancianos, de tal suerte que una mujer entre los 25 y 35 años, aunque haya decidido no tener hijos paga una prima por estar en riesgo de reproducción (Ramirez 200).

En resumen la reforma de salud en Chile logra de manera eficiente la descentralización propuesta por la política neoliberal. Los municipios que están a cargo de desarrollar el sistema FONASA tienen como principales clientes a las mujeres, los ancianos, los pobres e indigentes que no pueden pagar el sistema privado y deben lograr ser eficientes al máximo. Una de las formas de lograrlo es abrir la contratación a profesionales dispuestos a trabajar en un sistema por paciente atendido; es decir, reduciendo al mínimo los derechos laborales. Al no encontrar respuesta en los médicos chilenos que se niegan a trabajar en estas condiciones, los municipios abren este espacio de trabajo para los extranjeros. Es ahí en donde se inserta el médico ecuatoriano que está dispuesto a ganar un salario muy inferior al que perciben los médicos chilenos, pero que sin embargo es cuatro veces mayor al que percibían en Ecuador. Este hecho sin duda habla de las desigualdades en el ejercicio de la profesión médica.

CAPITULO TRES

El oficio de ser médico: un campo de jerarquías y desigualdades

En este capítulo analizaremos la oferta y demanda de formación de médicos en las escuelas de medicina del Ecuador en las décadas del 80 y 90, momento en que se forman los médicos que emigraron.

Analizaremos también el proceso de formación de estos médicos; es decir, revisaremos sus mallas curriculares y los principios filosóficos que orientan la construcción del oficio de ser médico, con el fin de reconocer algunas de las características que son propias de la profesión médica y que caracterizan la forma en que se relacionan y ejercen su oficio.

Finalmente analizaremos la profesionalización y el ejercicio de la profesión en el Ecuador. Discutiremos a la luz de los conceptos de Bourdieu la importancia que tiene el capital social, económico y cultural de los médicos para alcanzar una consolidación en su profesión. Veremos a través de fragmentos de entrevistas el sesgo de clase y de género que está presente en la categorización de los médicos, dejando ver las desigualdades y jerarquías que marcan a esta profesión.

¿Cómo se forma el médico en Ecuador?

En el país está vigente la gratuidad de la educación médica en las escuelas de medicina públicas y la ausencia de exámenes de ingreso que seleccionen a los aspirantes. Un gran número de jóvenes de todos los estratos sociales se inscribe para estudiar medicina y desertan en el camino, porque la educación médica en el país está diseñada de manera implícita para seleccionar a los estudiantes durante el proceso de formación, mediante exigencias académicas.

Cuadro # dos

Número de matriculados en primer año y graduados de medicina a nivel nacional. Por sexo. Ecuador (1981/2001)

Años	81/82	85/86	90/91	95/96	00/01
------	-------	-------	-------	-------	-------

Matriculados					
Nacional	4.497	3.150	2.815	3.806	4.279
Hombres	2.648	1.749	1.453	1.163	1.996
Mujeres	1.813	1.370	1.329	2.097	2.237
Graduados					
Nacional	1.173	1.127	904	787	929
Hombres	842	738	552	418	486
Mujeres	323	384	347	363	436

Fuente: Investigación. Dra. Cristina Merino 2004 Empleo de los recursos humanos en salud en instituciones del sector público. Quito. Serie observatorio de recursos humanos de salud en Ecuador OPS/OMS/CONASA.

En el Cuadro número dos podemos observar la tendencia que existe en la matrícula de los estudiantes durante las dos décadas analizadas. Se observa una disminución en el número de estudiantes que ingresan a medicina en los años noventa en concordancia al gran desempleo que vive los profesionales de la salud en esos años.

Si analizamos los años ochenta con el dos mil veremos similares cifras en la matrícula, a pesar que para esta época se produjo un incremento importante de facultades de medicina. En los años noventa solamente existían 5 facultades de medicina en el país dependiente de universidades públicas. A noviembre del 2006 existen 21 facultades de Ciencias Médicas y de la Salud 19 de las cuales forman médicos, todas ellas están reconocidas y acreditadas por el Consejo Nacional de Educación Superior. (OPS/OMS Ecuador 2006). El aumento de las facultades de medicina es concordante con la propuesta de reforma del estado en la que se propone la privatización de la educación ya que son las universidades privadas las que abren sus puertas para formar un mayor número de facultades de medicina.

En el mismo cuadro número dos también observamos que uno de cada cuatro estudiantes que se matricula se gradúa. El nivel de deserción es muy alto. La tendencia respecto al número de graduados es constante; es decir, no se observa un sobreproducción de médicos. Si recordamos que a nivel global las cifras de necesidades de profesionales de la salud son más altas, observamos que en Ecuador existe un estancamiento en las cifras de formación de médicos que se verá agravada por la emigración. Esta situación está

presente a pesar del aumento de facultades de medicina privadas porque estas forman médicos en número más restringido y sus graduados, en su mayoría, acceden a formación de postgrado en el exterior y muchos de ellos se incorporan en sistemas de salud foráneos.

También vemos en este cuadro que la tendencia actual es un aumento del número de mujeres tanto en el ingreso como en la graduación. Cada vez más mujeres estudian medicina. Podemos decir que existe una tendencia a la feminización de la profesión médica. Esto podría explicarse porque, tradicionalmente, es la mujer la que se encarga del cuidado de la salud familiar, entonces al tener oportunidad de acceso a la formación universitaria las mujeres se orientan por esta profesión. De acuerdo a los datos del cuadro número dos en los años ochenta por cada dos hombres se graduaba una mujer; en los años dos mil por cada hombre se gradúa una mujer.

De acuerdo a nuestros entrevistados el espacio ideal de trabajo para una mujer médica es el primer nivel de atención o especialidades que tengan que ver con su función de cuidadoras de salud como la pediatría, la ginecología y la medicina familiar. Es interesante observar que en el primer nivel de atención pública trabajan mayoritariamente mujeres y es este el nivel, con menor remuneración y menos prestigio profesional y académico.

Los hombres, en términos generales y globales, parecen estar menos interesados en ejercer la especialidad de medicina familiar. Esto podría deberse a que cada vez existe menor prestigio para el trabajo médico que está ligado a funciones de cuidado, al igual que un decrecimiento de la remuneración especialmente en los sistemas de salud públicos.

Otro aspecto de interés en el análisis de los recursos humanos en salud es la ubicación del lugar de trabajo de los profesionales médicos, hecho que está relacionado con los escenarios y el enfoque que reciben los estudiantes en su formación profesional. Las facultades de medicina orientan a sus estudiantes al trabajo hospitalario. Son muy pocos los espacios comunitarios en la formación del estudiante de medicina. Por excepción durante la formación de la carrera médica los estudiantes realizan prácticas en servicios rurales.

Cuadro # tres

Número de médicos que trabajan por área urbano/rural. Ecuador (1980/2001)

Áreas	1980	1985	1990	1995	2001
Urbano	5.414	7.889	8.431	13.808	18.315
Rural	928	1.525	1.354	1.404	1.624
Total	6.342	9.414	9.785	15.212	19.939

Fuente: INEC, Anuarios de Recursos y Actividades en Salud, Ecuador (1980/2001).

En el Cuadro número tres se observa que por ejemplo en el quinquenio del 85 al 90, analizando las cifras totales, solamente se incorporaron al trabajo remunerado 361 profesionales adicionales. Mientras que en el Cuadro número dos observamos que se graduaron más de 5000 médicos en este mismo período, aumentando de manera dramática la desocupación.

También este cuadro demuestra la tendencia que los médicos tienen para trabajar en el nivel urbano. La aspiración de los médicos siempre es estar en el nivel de mayor complejidad, es decir el hospital. La búsqueda de trabajo en el primer nivel es mínima. Muchos de los centros de salud rural han tenido que cerrar sus puertas por falta de médicos que quieran trabajar en esta área. El primer nivel en el área rural está poco desarrollado. No es parte de la política pública el fortalecimiento del primer nivel. Al momento las plazas de trabajo rurales están en su mayoría en manos de médicos que se encuentran realizando su año de medicina rural.

Frente a estos datos llama la atención que los médicos que emigran a Chile están dispuestos a trabajar en sectores rurales en el primer nivel. Los médicos ecuatorianos se encuentran en los extremos mas alejados de Chile.

Estas cifras nos aclaran que en el Ecuador, a pesar del aumento de facultades de medicina, la demanda para formarse como médicos ha permanecido estable, al igual que el número de graduados en los periodos de tiempo analizados. Las cifras de inserción laboral nos demuestran un estancamiento en la contratación profesional que deja un saldo alto de desocupación y subocupación laboral dispuesta a emigrar.

Una vez que hemos revisado las cifras de la formación y demanda de los profesionales médicos en Ecuador, analizaremos las mallas curriculares de las facultades de medicina en las que se formaron y los principios que orientaron su formación.

Para realizar esta investigación se revisó los planes curriculares de la década del 90, de algunas facultades de medicina de universidades públicas del Ecuador y de Chile y se realizaron entrevistas con decanos de medicina de Chile y Ecuador. A continuación describiré el proceso de formación que viven los estudiantes de medicina hasta lograr completar sus metas.

Las facultades de medicina en Ecuador organizan sus planes de estudio en etapas. La primera es las ciencias básicas. En este nivel se enseña biología, anatomía, fisiología, histología y otras áreas de las ciencias naturales. En esta etapa de formación se busca estandarizar los conocimientos sobre aspectos básicos de las ciencias que les permita a los estudiantes adquirir un argot propio. Aprenden a nombrar las partes del cuerpo y conocer su funcionamiento. En esta etapa se pone a prueba la memoria. La anatomía se convierte en un gran filtro de selección: casi un tercio de los estudiantes que se matriculan en primer año, se quedan fuera del proceso por no lograr aprender a nombrar las partes del cuerpo; es decir, por no adquirir los códigos de comunicación que le permitan entrar en el oficio. Este aspecto de la malla curricular no ha variado en décadas y está presente incluso en las descripciones que Foucault hace en su libro *“El nacimiento de la clínica”* (Foucault 1966).

La forma en que un estudiante de medicina aprende es, NO discutiendo la validez del conocimiento. Los profesores escogen los libros de texto o los artículos que serán estudiados y los estudiantes deben aprenderlos. No se acostumbra a situar el autor que se lee, simplemente se memoriza el texto. Todavía esta presente la experiencia del profesor como principal referente de conocimiento del aprendiz de médico.

Otro aspecto importante en este momento de la formación es que el estudiante debe atravesar barreras simbólicas como la sacralización de la muerte, estudiar en cadáveres humanos con la minuciosidad que requiere el conocimiento de la anatomía; exige disecar partes del cuerpo para conocer al detalle músculos, vasos, huesos. Un estudiante pasa mucho tiempo en este aprendizaje. Este acto repetitivo, finalmente, logra cosificar el

cuerpo. En términos de Foucault diremos que este disciplinamiento⁷ al que es sometido el estudiante de medicina logra introducirlo en un oficio en el que debe desconectarse de las emociones de un cuerpo enfermo para pensar en términos mecánicos. La medicina occidental clásica entiende la enfermedad como una falla del cuerpo al que hay que reparar. (D'Ottavio 2001; Foucault 1966)

En una segunda etapa los estudiantes deben aprender a recoger información sobre las evidencias que expresa el cuerpo cuando falla su funcionamiento. Requiere dominar la semiología; es decir, nombrar los síntomas y signos que cada órgano del cuerpo manifiesta. Requiere adquirir un nuevo lenguaje con el cual se comunica con sus colegas y se diferencia de los legos. Para lograr este propósito el estudiante debe aprender a realizar historias clínicas junto al lecho del enfermo es decir, en los hospitales siguiendo formatos estandarizados. Aprende de sus profesores la manera de preguntar para lograr información precisa y concreta que le permita investigar cual órgano es el que está fallando. La adquisición de esta destreza exige mucho de su tiempo de formación. Es con este instrumento, “la historia clínica” que se planteará unas hipótesis de trabajo que serán comprobadas con exámenes complementarios (Foucault 1966).⁸

Paralelamente debe aprender patología clínica; es decir, a clasificar los signos y síntomas para encajarlos en las diferentes enfermedades. Para la semiología y la patología empleará más de la mitad de la carrera. Este aprendizaje se realiza en las consultas externas y salas de los hospitales. Los estudiantes en esta etapa de formación se identifican con determinado profesor que se constituye en su modelo⁹. Aspira a llegar a ser como ese profesor admirado, que generalmente tiene destrezas y dominio de una parte concreta del cuerpo y maneja tecnología médica de punta, que le permite hacer diagnósticos certeros y novedosos, que serán publicados en las revistas médicas para aumentar su prestigio profesional (González 1999).

⁷ Según la teoría de Foucault (1976) la “disciplinas” se relacionan de manera estrecha con la idea de “gobernabilidad”, que incluye la clasificación y vigilancia de la población, la normalización del sujeto-ciudadano y del disciplinamiento de los sujetos aberrantes.

⁸ Foucault (1976) describe la importancia de la historia clínica como el instrumento que inicio la estandarización del conocimiento de la clínica, en su libro Nacimiento de la clínica.

⁹ El término modelo en este caso está utilizado como persona a seguir en lo referente a comportamientos, actitudes y conocimientos de determinada especialidad.

Las facultades de medicina de las universidades públicas del país, siguen trabajando en sus currículas con la propuesta de Flexner.¹⁰ Este autor en 1950 propone la especialización del conocimiento médico, fragmentando el dominio de las destrezas de cada profesional. La idea básica fue aumentar el apoyo tecnológico que permita precisar y comprobar los diagnósticos que cada vez eran más numerosos. La industria médica inicia su etapa de auge. Cada vez es más determinante en el quehacer del médico, el consumo de tecnología. También los pacientes buscan consumir exámenes especializados que les de certeza de que están tratándose de la enfermedad correcta. Actualmente se confía más en la tecnología médica, que en la pericia clínica del médico (Fort 2005).

En esta segunda etapa el estudiante debe dominar la farmacología. Requiere aprender las características químicas de los fármacos, clasificarlos y memorizarlos. El enfoque de formación en farmacología está orientado a conocer cual es el medicamento que ha demostrado mayor eficacia para controlar los signos y síntomas que presenta el órgano enfermo. No interesa conocer quien patrocina el estudio farmacológico que recomendó ese fármaco. En medicina se ha creado un sistema de validación del conocimiento científico mediante “Comités” que analizan la información que se publica en libros o circula en internet. Estos Comités supuestamente neutrales determinan qué información está libre de intereses comerciales, cuáles investigaciones siguieron criterios éticos, que permitan concluir en conocimientos útiles para los pacientes. Es importante señalar que las transnacionales farmacéuticas, actualmente, patrocinan la mayor parte de la investigación farmacológica (Fort 2005).

Finalmente, en la tercera etapa de formación el estudiante tiene un tiempo de aplicación de los conocimientos adquiridos, mediante rotaciones clínicas que les permita desarrollar destrezas específicas. Para ello realiza prácticas en diferentes servicios junto con estudiantes más avanzados o que están en formación de postgrado de esa especialidad. La meta de esta etapa, llamada “internado rotativo”, es consolidar destrezas que le permitan trabajar de manera autónoma¹¹. Sin embargo cada vez existe menos oportunidad para que

¹⁰ Abran Flexner, fue un gran reformista norteamericano de la educación médica que nació en 1866 y propuso la especialización del conocimiento médico. Sus propuestas tuvieron acogida con la revolución industrial.

¹¹ Se usa el termino autónoma en referencia a ser capaz de realizar un trabajo contando con el conocimiento y dominio propio de su área de conocimiento en donde solamente puede ser evaluado por sus pares.(Gonzales Leandri 1999).

un estudiante de medicina adquiriera esas destrezas puesto que están reservadas para los especialistas de esa área. Por ejemplo, en Cirugía que es el espacio que permite performar de manera más clara la omnipotencia del rol de médico, solamente tienen oportunidad de ayudar a los cirujanos los estudiantes que tienen contactos o son hijos de médicos (Gonzales 1999).

En esta etapa se hace evidente la competencia profesional. El estudiante más ambicioso será el que logre hacer un determinado procedimiento que le permita acumular experiencia. Los estudiantes realizan guardias de 24 horas cada tres días en diferentes hospitales. Trabajan durante el día y la noche, buscando disciplinar sus cuerpos para que estén dispuestos al trabajo que sacrifica las horas de sueño para atender a los pacientes. Deben obedecer las indicaciones de los residentes que tienen mayor rango. Los residentes se clasifican de acuerdo a la siguiente jerarquía, nivel más bajo, interno rotativo; luego, residente de primer año; residente de segundo año; residente de tercer año; médico tratante y jefe de servicio. Este orden jerárquico para la toma de decisiones es estricto y no refutable. Existen actividades que están definidas para cada jerarquía. El proceso de construcción del oficio de ser médico se hace, por tanto, de manera escalonada. En el internado rotativo los estudiantes definen en que área de la medicina quieren especializarse.

Una vez que ha terminado su formación, los médicos recién graduados, deben realizar un año de medicina rural para obtener un permiso que les permita ejercer como médicos generales. Para muchos médicos este tiempo será el único que trabaje en el área rural en el primer nivel de atención. Para algunos esta es una época traumática puesto que deben atender los pacientes fuera del hospital, sin los recursos tecnológicos con los que fueron formados.

Al final de la carrera, los médicos se enfrentan ante la realidad del desempleo. Muchos han conformado sus familias y deben buscar trabajo en calidad de médicos generales. Los que tienen mejor suerte lograrán trabajar como residentes de clínicas privadas y los que cuentan con apoyo económico de sus familias, redes sociales es decir capital social¹² y

¹² En términos de Bourdieu capital social se refiere a los contactos que la persona y/o su familia han acumulado a lo largo de generaciones y les permite relacionarse con ventaja frente a otros, es decir han construido redes de apoyo que les permite escalar socialmente.

meritos académicos, iniciarán estudios de postgrado. Solamente un 30% de los médicos egresados logran un cupo para hacer una especialidad.

Las especialidades médicas requieren un período de formación de tres a cinco años con dedicación exclusiva en la que el médico postgradista debe realizar guardias de 24 horas cada tercer día, hasta lograr dominio de las destrezas que se requiere para reparar ese órgano específico del cuerpo. El médico especialista luego de su formación tiene una sensación de dominio que le hace sentir como experto en relación a sus colegas. Esto le coloca en un estatus profesional diferente, le permite cobrar honorarios especiales y trabajar en lugares más prestigiosos como clínicas privadas.

Los médicos se organizan y se clasifican de acuerdo a los méritos académicos realizados. Los colegios médicos dan cabida a todos los profesionales; incluyen a los médicos generales, pero las especialidades se organizan en sociedades científicas para cada especialidad. Esto clasifica a los médicos, formando grupos elitistas que comparten la vida social y académica entre pares. La tendencia de los médicos es a diferenciarse de sus colegas. Si el médico realizó una especialidad fuera del país exhibirá su título en la sala de espera de sus pacientes para que ellos reconozcan que su médico hizo cursos en el exterior que avalizan que está mejor capacitado. Es decir, en términos de Bourdieu (1995) el capital cultural y social del médico debe exhibirse para que legitime el cobro de la consulta, que será más cara mientras más “capacitado” está el médico.

Luego de su formación como especialista la competencia entre los médicos continúa. Deben realizar cursos de perfeccionamiento de manera permanente, mejor si acuden a congresos de su especialidad fuera del país para que sus pacientes tengan la seguridad de que su médico está actualizado y es competente.

Al revisar las etapas que sigue un estudiante de medicina durante su formación vemos con claridad una contradicción entre su enfoque de formación y el primer nivel del sistema de salud que es el espacio de trabajo que le abre las puertas en Chile. Durante su carrera nunca tuvo como modelo un médico general, ya que por reglamento para ser profesor de medicina debe tener un título de cuarto nivel: ser especialista en alguna área. Las universidades públicas no cuentan en su planta de profesores con médicos familiares que puedan ser modelos de la atención integral, que es la que se practica en el primer nivel. Finalmente debemos señalar que son pocos los momentos que los estudiantes de

medicina, están en contacto con consultorios de primer nivel y no tienen oportunidad de conocer sobre qué pasa en el ámbito rural.

Existe una gran contradicción entre estas mallas curriculares y las necesidades de formación de recursos humanos en salud planteadas por la salud pública que requiere de un médico integralista, con formación holística, de alta calidad, capaz de resolver problemas con poca tecnología, dispuesto a trabajar en el primer nivel de atención, que es el nivel clave para la mejora de la oferta de servicios de salud.

En resumen, a las facultades de medicina públicas ingresan médicos de estrato social muy bajo, que no cuentan con el capital social ni económico que les permita acceder a educación de postgrado. Por tanto enfrentan una gran contradicción: fueron formados por especialistas en hospitales para realizar un trabajo a base de una alta tecnología. Su proceso de formación en el oficio de ser médico está trunco, pues solamente lograron ser internos rotativos, que es el primer escalón en la jerarquía médica. Sienten que les falta formación y experiencia. Luego de realizar la medicina rural ya deben ejercer su profesión en sus consultorios privados o en un cuarto de su casa, en un barrio periférico en donde les es posible pagar el arriendo. Los conocimientos adquiridos son cuestionados por la práctica diaria al no lograr la confianza de sus pacientes que les permita vivir del ejercicio profesional privado. En estas circunstancias se ven forzados a emigrar o a cambiar de actividad económica como chofer de taxi o agente de ventas de las empresas farmacéuticas.

Otro aspecto importante en el análisis es las verdaderas competencias profesionales que logran en su formación los estudiantes de medicina, este problema es destacado por uno de los decanos entrevistados en el Ecuador quien dice:

Para mí el problema de la formación clásica es que se declara un discurso según el cual se forma un médico general, yo le llamo base. Porque tenemos que aceptar que el médico que sale de la facultad de seis años no va ejercer la profesión todavía. Primero porque nadie confía en él y segundo, porque no hay espacio. No hay trabajos, lo que hace un médico que no hace especialidad es buscar un trabajo en un colegio o en el Ministerio de Salud o algún empleo así para sobrevivir pero no ejerce la profesión. Yo, probablemente, he visto entre tres o cuatro mil médicos que han pasado por mis cursos en la formación y yo

conozco unos cuatro ejemplos de médicos exitosos tanto por el número de pacientes que ven, como económicamente. Aunque odio medir el éxito económico como el éxito de la persona, pero de cuatro mil, cuatro que sin especialidad han tenido éxito. Entonces formamos médicos base que no van a ejercer todavía la profesión sino que está listo para hacer una especialidad (Entrevista # 1, 2007).

El problema es que únicamente el 20% de los médicos generales de las universidades públicas tienen oportunidad de realizar una especialidad.

Otro aspecto muy importante en el análisis de las jerarquías en el oficio de ser médico tiene que ver con las percepciones de género, las mismas que las analizaremos ampliamente en el capítulo cuatro.

En definitiva, si bien la universidad pública es accesible y gratuita para todos, la carrera de medicina sigue siendo elitista y brinda oportunidades a quienes tienen redes sociales y económicas. Los médicos que no pertenecen a este campo social son marginados y deben trabajar en el estado, que se ha mostrado mezquino en crear plazas de trabajo y/o tratar de sobrevivir en la subocupación abriendo consultorios en barrios periféricos en los que trabajan con muy poca tecnología, desconectados del ambiente académico, en calidad de médicos de segunda clase que atiende a la gente pobre.

¿Cómo se forma el médico en Chile?

En Chile, la formación de los médicos sigue planes curriculares similares a los descritos en Ecuador. Lo que varía sustancialmente es la clase social que accede a la formación médica. En Chile para ser admitido en cualquier universidad pública o privada se debe rendir un examen de ingreso. La facultad de medicina exige los más altos puntajes. Esto clasifica automáticamente a los estudiantes, básicamente porque la educación pública en Chile es deficiente y solamente los estudiantes de colegios privados logran alcanzar los puntajes exigidos en medicina (Savedoff, 1998).

Esta situación está presente desde el siglo pasado. Zárate en un estudio que busca entender la profesión médica y la masculinidad en el Chile del siglo XIX realiza un análisis histórico de cómo se fue conformando la clase y el género en el perfil de

formación del médico chileno. Las condiciones de ejercer el oficio de médico en Chile cambiaron cuando los hijos de las familias de clase alta urbana se incorporan a esta carrera liberal (Zárate 1999).

En las facultades de medicina de las universidades públicas y privadas está vigente este requisito; solamente la gente de clase social media y alta pueden pagar educación secundaria privada. Quizás esta sea una buena explicación para entender la reacción clasista¹³ de los médicos chilenos frente a sus colegas ecuatorianos. El decano de una de las facultades de medicina de Chile al respecto comenta:

Primero debe saber que en Chile se exige examen de ingreso para poder ser aceptado con estudiante de medicina. Para entrar a medicina debe lograr los mejores puntajes, solamente pueden entrar las jóvenes que alcancen los mayores puntajes. Históricamente alcanzan mejores puntajes los estudiantes que vienen de colegios privados, que acá en Chile son muy caros y muy buenos académicamente. Entonces nosotros con un solo instrumento escogemos a los estudiantes más inteligentes y de clase social media alta. Creo que el estrato socio-económico del médico chileno es más alto que el promedio de la población (Entrevista # 5 2007).

Este fragmento de entrevista claramente define el campo social¹⁴ de los médicos en Chile. Para ser parte de ese campo social de los médicos hay que tener ciertos requisitos que incluyen la clase social. Los médicos en Chile están bien diferenciados, viven en determinados sectores de la ciudad, frecuentan sitios específicos, veranean en sitios exclusivos, sus hijos van a determinados colegios, compran en ciertos supermercados, visten ropa de determinadas marcas, tienen modales de urbanidad más refinados. La socialización de los médicos se hace en base a la pertenencia de determinada sociedad

¹³ Se conoce como **clasismo** al prejuicio y discriminación basados en la pertenencia o no a determinadas clases sociales. El clasismo es un fenómeno heredero del racismo. El origen de la discriminación no se basa en este caso en diferencias étnicas, sino en la pertenencia a diferentes estatus, debido a las condiciones socioeconómicas del individuo o grupo social. El problema se agrava cuando la estratificación de las clases coincide con determinadas etnias, produciéndose un solapamiento de sentimientos discriminatorios racistas y clasistas.

¹⁴ Campo social. es el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión, la política y es percibido como "natural" (Bourdieu 1999).

científica. Para lograr este estilo de vida el médico debe ser especialista y ganar una determinada cantidad de dinero que solamente es posible si trabaja en el sistema privado y/o en múltiples lugares de trabajo que le permitan adquirir el ingreso que aspira.

En resumen la construcción del oficio de ser médico es similar en Ecuador y en Chile en cuanto a sus mallas curriculares y las jerarquías que se presentan en los roles de estudiante y residente y las diferencias entre las especialidades de acuerdo al nivel de práctica clínica. La diferencia está en la clase social que estudia medicina: en Chile, pertenecen al estrato social medio alto, mientras que los médicos ecuatorianos que emigraron a Chile en su mayoría pertenecen a estratos populares. Esto determina que el médico chileno sea más elitista, sus expectativas de trabajo son muy claras y marcadas; buscan ejercer en el nivel de mayor prestigio social es decir el segundo y tercer nivel de atención especialmente en el ámbito privado. Mientras que los médicos ecuatorianos están dispuestos a trabajar en el espacio de trabajo que no es solicitado por los médicos chilenos.

CAPITULO CUATRO

Los médicos ecuatorianos en Chile: proyecto migratorio y violencia simbólica

Hemos analizado que el primer nivel del sistema de salud tanto en Chile como en Ecuador está desvalorizado, mal pagado, es rutinario y es desprestigiado académicamente. Sin embargo los médicos ecuatorianos en Chile se sienten agradecidos por trabajar en este espacio laboral y no se esfuerzan por salir de él, a pesar de no tener impedimentos legales, se han auto convencido de que no son capaces de trabajar en otro nivel de atención, en términos de Bourdieu (2000) viven una violencia simbólica, es decir un tipo de violencia que es aceptada y naturalizada.

En este capítulo se responde a la pregunta ¿Por qué el médico ecuatoriano formado de manera competitiva, cuando llega a Chile se comporta como médico obediente y conforme con las reglas de juego?

Analizaremos algunos de los determinantes para este comportamiento, entre ellos la definición del campo social de los médicos en la sociedad chilena, su historia de formación y su trayectoria laboral en Ecuador, así como su actual posición de emigrantes en Chile. En efecto, el convencimiento de que son extranjeros y por tanto tienen menos derechos, aunque legalmente no este sustentada esta actitud, está muy presente. Contar con la admiración de su familia de Ecuador que está orgullosa de que trabaje en calidad de profesional de la salud en un país admirado como Chile, son algunos de los factores que inciden en su adaptación a este sitio de trabajo.

¿Quiénes son los emigrantes ecuatorianos en Chile?

Según los datos analizados por Martínez Pizarro en el censo 2002 de Chile, la población de nacidos en el extranjero residentes en Chile es alrededor del 1%. Esta cifra en términos globales es baja, si se compara con otros momentos históricos del propio Chile, o con otros países que tienen población emigrante, aunque en términos absolutos desde 1990 viven en Chile un mayor número de extranjeros especialmente mujeres peruanas. Para Martínez estos datos demuestran que Chile no es un polo migratorio (Martínez, 2006).

De los nacidos en el extranjero el 68% son sudamericanos: argentinos, peruanos, bolivianos y ecuatorianos. Los ecuatorianos son el cuarto grupo de emigrantes con un 5%. El índice de masculinidad para Ecuador está en 0.8 es decir por cada mujer ha emigrado 0.8 hombres. El flujo migratorio de Ecuador tiene un pico entre 1992 y el 2002, época que coincide con el pico migratorio general de los ecuatorianos hacia diferentes países (Martínez 2006).

Una característica observada en este análisis es que los emigrantes ecuatorianos se ubican principalmente en la región metropolitana, el 67% está en Santiago de Chile. Los emigrantes ecuatorianos se insertan principalmente (33%) en áreas de servicio social y salud. También existen mujeres trabajando en el servicio doméstico. En las características demográficas de los emigrantes ecuatorianos observamos que una quinta parte de los registrados en Chile son niños (Martínez 2006).

Los datos reportados en este análisis censal concuerdan con la observación de campo realizada en esta investigación. Encontramos que: los médicos emigran con su familia nuclear, por tanto aportan al número de niños residentes en Chile. Los médicos se ubican en el espacio laboral que los médicos chilenos rechazan por tanto es un espacio controlado, siendo Chile un país con gran concentración de población urbana se encuentran principalmente en Santiago. Muchos de los médicos emigrantes están casados con una pareja profesional. En las entrevistas realizadas las familias de médicos ecuatorianos cuentan con una nana ecuatoriana. Estos hechos justifican el índice hombre/mujer. Es decir, la migración de los médicos/as ecuatorianos se inserta en un flujo migratorio de ecuatorianos más amplio en el que predominan las mujeres.

¿Quiénes son los médicos ecuatorianos en Chile?

Los médicos generales que a partir de 1995 decidieron emigrar de manera masiva para trabajar en Chile, son un grupo profesional que tienen características especiales que reflejan la exclusión del campo profesional de los médicos descrito anteriormente. La mayoría proviene de la Costa, especialmente de la provincia del Guayas y Manabí, también existe un grupo de Azuay, muy pocos profesionales son de Quito y/o otras regiones del país. Su formación la realizaron en facultades de medicina de universidades

públicas. El presidente de la Asociación de Médicos Ecuatorianos residentes en Chile no conoce casos de profesionales que estén trabajando en el primer nivel del sistema público que hayan sido formados en universidades privadas. Este hecho sitúa con claridad el estrato social del cual provienen los médicos que se van.

Según los testimonios recogidos en esta investigación, estos médicos, en su mayoría no lograron ingresar a un postgrado o conseguir un nombramiento o contrato de trabajo estable en una institución pública del país. Al momento de tomar la decisión de emigrar se encontraban desocupados o trabajando de manera particular en consultorios en barrios periféricos de Guayaquil o Manta.

Como hemos dicho anteriormente, uno de cada diez médicos que trabajan en Chile es especialista, es decir logró revalidar su título o consiguió una beca que le permitió hacer una especialidad y quedarse trabajando. Los nueve restantes son médicos generales que trabajan en el primer nivel de atención.

Yo salí en el año 92 de la universidad, inmediatamente fui hacer la rural, en el 94 había terminado; de ahí me quede en Ayacucho, me quedé atendiendo como médico digamos de la zona, del sector que me tocó la rural, yo era el único médico que iba los fines de semana. En Guayaquil tenía un consultorio en la zona periférica, atendía de lunes a viernes en las tardes, en las mañanas iba al hospital Luís Vernaza; íbamos para hacer un entrenamiento, a continuar las practicas medicas por que yo no tenía contactos para aspirar a un postgrado, entonces trataba por lo menos de continuar mi formación a través de hacer prácticas. Lo que hacia en Ayacucho era lo que me permitía vivir con mi familia, con ese trabajo les mantuve más o menos dos años. Después, tu sabes realmente la cantidad que yo ganaba no me alcanzaba para mantener una familia, o sea pagar el alquiler, la comida, vestimenta que es básico, no me alcanzaba y bueno mi señora médico también pero no había trabajo para ella. Ella tenía que estar en casa haciendo labores de mamá siendo profesional. Ahí comenzó a germinar la cuestión de salir del país, también porque tenía unos amigos acá. Ellos me decían que había la oportunidad de trabajar en atención primaria y estudiar (Entrevista # 12, 2007).

Este fragmento de entrevista nos devela dos aspectos interesantes para el análisis; por un lado la situación de un médico de estrato popular que al terminar su carrera apenas logra sobrevivir con su familia, gracias al trabajo que realiza a nivel rural. Por otro, su

sensación de no estar totalmente capacitado y requerir mayor formación, su estrategia es “hacer prácticas” que la adquiere en el hospital. Las aspiraciones de desarrollo profesional solo pueden hacerse de manera informal, puesto que no cuenta con los “contactos” necesarios para acceder a un postgrado. Este nivel está reservado para la gente que en términos de Bourdieu (1995), pertenece al campo social de los médicos. En estas condiciones, salir para trabajar en Chile es un sueño que promete un cambio en la situación económica y un logro profesional al poder trabajar como médico en un país más desarrollado que Ecuador, no importa que el lugar de trabajo sea el primer nivel en un lugar rural.

Una de las médicas entrevistadas dice:

Yo sí me siento lastimada al ver que el país haya permitido que salga tanto profesional, que estén en el congreso gente que no sabe ni leer ni escribir, solo porque salen en la televisión bailando, sea diputado alguien que va a dormir, sin aportar ideas para el futuro, sin dar proyectos, y una profesional con familia esté por otro país. Una agradece la oportunidad que le están dando pero no todo es color de rosas. Existe mucho clasismo, xenofobia tremenda, por el hecho de ser extranjero a uno lo quieren discriminar, es terrible (Entrevista # 14, 2007).

Me vine porque había una mejor opción acá, allá yo trabajaba todo el día y no ganaba ni la mitad de lo que gano aquí, nunca tuve la oportunidad para hacer un postgrado por eso me quedé de médico general, eso que era muy buena estudiante. Mi esposo es ingeniero y liquidaron su empresa entonces cuando mi hijo mayor estuvo a punto de dejar los estudios porque no alcanzaba el sueldo, dije prefiero yo sacrificarme y no me dejan los estudios, entonces gracias al trabajo que hago aquí aunque estoy lejos del hogar tengo dos profesionales: el mayor abogado, el otro economista (Entrevista # 14, 2007).

Estos fragmentos de entrevista hablan del rol de la mujer en el cuidado, como médica general realiza labores de cuidado primario, es decir trabaja en el espacio en el que tiene más cabida la mujer. Como madre garantiza la educación de sus hijos al trabajar de manera sacrificada fuera del país, está orgullosa de haber logrado que sus dos hijos sean profesionales. En este aspecto su sacrificio se parece al de las mujeres que emigran a España para trabajar en el cuidado doméstico. Por otro lado, esta percepción contrasta con su conciencia de ser una mujer profesional y expresa su nostalgia y resentimiento

por haber sido expulsada del país en el que se formó y en el que no tuvo cabida para ejercer su trabajo. Pone en evidencia la crisis política y económica que vive el país a la vez que el dolor que le causa vivir como extranjera en un lugar que no es el suyo, en donde existe clasismo y discriminación.

La realidad, es que los médicos generales que migraron a Chile son marginados del sistema aquí y allá. Accedieron a educación gratuita, tienen un título, pero no el “permiso” para ser doctores por venir de un estrato popular, por no ser en términos de Bourdieu (1995) parte del campo social de los médicos. Los médicos generales tienen conciencia de esa realidad. Por ello saben que es en el primer nivel del sistema público, el único espacio de trabajo en el cual se pueden insertar.

Los especialistas que se entrevistaron tienen una historia muy diferente a los médicos generales. Lograron una beca de estudios para hacer su especialidad en Chile, aprobando los exámenes exigidos por el sistema. Eso les proyecta hacia otros niveles de prestigio profesional.

Hice mi estudio básico en una escuela fiscal en la ciudad de Guayaquil, me destaqué siendo abanderado de la escuela y luego gané la medalla de la Filantrópica del Guayas, como el mejor promedio de la provincia. De ahí fui a estudiar al colegio Vicente Rocafuerte, también un colegio nacional y terminé en el cuadro de bronce del colegio. De ahí en realidad bastante sacrificado toda la carrera de 7 años hasta que me gradué en el año 96. Yo estuve 8 años trabajando con Alfredo Palacios. Terminé siendo jefe de internos del Instituto del INCAP del cual él, es el Director y posteriormente me ofreció la beca en cardiología e hice la residencia tres años con él. Me vine para acá con la beca de cardiología bajo el brazo y formado con Alfredo Palacio. Me vine porque me sentía con mucha incertidumbre en el sentido de que, como yo me movía en un medio en el cual había mucha competencia médica, veía que tenía que disputar mucho con los capos de la medicina en Guayaquil. Yo sentía que Ecuador me había dado todo lo que tenía que darme, estaba joven, soltero, siempre había querido salir del país, siempre. Entonces como se dio este lazo con esta amiga acá en Chile y estaba seguro de poder revalidar mi título, no quería estar tras la sombra de Alfredo Palacio, porque la verdad de las cosas en el instituto de cardiología todos los enfermos llegan buscándolo a él. Y nosotros somos sus discípulos pero a fin de cuentas el médico a quien buscan es a él (Entrevista # 11, 2007).

Este testimonio muestra claramente cómo estudiantes destacados graduados en universidades públicas si no pertenecen al campo social de los médicos no logran insertarse en el sistema médico de Ecuador. El gran esfuerzo realizado para hacer la especialidad no es suficiente para abrirse paso en el sistema médico que es sumamente clasista. Al no pertenecer al grupo social que tiene el monopolio de la industria médica privada no pueden insertarse en ese ámbito que está segregado para ciertas familias de tradición médica o que son dueños de las clínicas. La oportunidad de emigrar a otro país en donde por sus meritos profesionales puedan ser aceptados es una esperanza que les anima a salir, como lo expresa el entrevistado. El sueño de los médicos es siempre intentar movilidad social y/o académica, la profesión médica se desarrolla en un mundo de competencia. En estos casos tenemos “fuga de cerebros” que trabajan en otro país con la pérdida económica que esto supone para el estado que los formó. La decisión de emigrar en este caso está basada en la confianza que este médico tiene en sus méritos profesionales y la apertura que el sistema chileno le ofrece para insertarse en él y ejercer la profesión de manera más amplia.

En conclusión estos tres perfiles distintos nos demuestran un elemento común cual es la exclusión del campo profesional en Ecuador; ya sea la clase social que está presente incluso en el médico que logra hacer una especialidad, hasta el género en el que se acepta con resignación el no haber podido realizar una especialidad y dedicarse a las labores de cuidado familiar.

¿Cómo viven los médicos ecuatorianos en Chile?

Inserción laboral

Los médicos ecuatorianos llegan a Chile gracias al convenio Andrés Bello que facilita su inserción laboral en el sistema de salud. Pero no su inserción en el campo profesional. Otro aspecto importante es que no tienen obligación de rendir exámenes para homologar su título y legalmente puede presentarse a concursos de merecimientos que les permita obtener plazas para realizar cualquier especialización, de este privilegio únicamente

gozan los médicos generales ecuatorianos, los demás médicos extranjeros deben rendir exámenes muy rigurosos. Al respecto uno de los médicos entrevistados dice:

Yo vine siendo médico general y en primera instancia cuando llegué una de mis metas era hacer un postgrado, pero por motivos económicos tuve que trabajar para financiármelo lo cual me resultó un poco caro. Mi señora es médica pero no empezó a trabajar inmediatamente entonces yo era el respaldo económico de la familia y como tu sabrás el estudio acá en Chile es muy caro, los pos grados, son muy caros y son de dedicación exclusiva por lo tanto eso me dificultó en las primeras instancias, pero no decaía digamos de ese objetivo meta por el cual vine a Chile. Y bueno seguí trabajando en atención primaria, después hice un postgrado de medicina familiar que se lo hace en servicio del cual solo me falta hacer la tesis (Entrevista # 12, 2007)

Este testimonio describe las condiciones de vida de los médicos ecuatorianos cuando llegan a Chile. Primero deben solucionar los problemas prácticos de la vida, para luego pensar en su desarrollo profesional. Solamente uno de cada diez médicos ecuatorianos en Chile logra una beca o aprueba los exámenes de especialidad, los demás deben conformarse con hacer capacitación en servicio, para obtener la especialización de medicina familiar.

Es pertinente reflexionar en la complejidad del campo profesional de los médicos, ya que por un lado para ejercer como verdadero médico hay que ser especialista, pero existen especialidades que dan prestigio y otras que no lo dan. Por ejemplo, la medicina familiar es considerada en Chile y en otras partes del mundo como una especialidad de segunda clase; por ser la especialidad del primer nivel de atención. En ésta se maneja tecnología sencilla, se realiza un trabajo integral y humanista, se busca racionalizar el uso de los recursos tecnológicos y farmacológicos. A la industria médica no le produce grandes ganancias el trabajo del médico familiar, que está enfocado en la promoción y prevención de salud. En Chile como en Ecuador ser médico familiar no le abre las puertas del campo social profesional, legitimado por la industria médica (McWhinney 1996).

A pesar de que la medicina familiar es una especialidad que ha tenido una gran expansión en el mundo, y ha sido apoyada por gobiernos de todas las tendencias políticas de tal suerte que la mayoría de los sistemas de salud están basados en un primer nivel que cuenta con un médico de familia como puerta de entrada en el sistema de salud, la

preferencia de los médicos por especializarse en medicina familiar es muy baja. Al interior del cuerpo médico es una especialidad poco reconocida y desvalorizada. Tanto en Chile como en Ecuador esta especialidad no ha sido desarrollada. El porcentaje de médicos familiares en relación al total de los médicos en ejercicio es menor al 5% en los dos países. Según información dada por el presidente de la Sociedad de Medicina Familiar de Chile existen 160 médicos familiares formados. En Ecuador, se inició la formación de médicos familiares hace 20 años y solamente se han formado 140 médicos (CIMF 2005 y Zurro 2001).

A continuación dos testimonios que ilustran las condiciones laborales en las que trabajan los médicos ecuatorianos:

Porque el trabajo es de 8 a 5, el horario asistencial, viendo un paciente cada 15 minutos. Con este horario ganas muy poco entonces tienes que hacer turnos en los SAPU que son servicio de urgencia intermedia entre el primer nivel y el hospital y trabajar en horario marginal en el que atiendes 6 pacientes por hora. Eso quiere decir que en un día debes ver 52 pacientes, y dos días a la semana hacer entre 5 y 6 horas de emergencia, solo con este horario logras ganar más o menos 2.500 dólares (Entrevista # 12, 2007)

El médico chileno no está en los consultorios. Los consultorios están llenos de extranjeros. En realidad si se encuentran médicos chilenos en un consultorio son de esos médicos viejitos que tienen muchos años ahí, que ganan más por los años de antigüedad, pero médicos chilenos jóvenes no los encuentra. Hay pero están dos meses, no más. Es lo que les exige la ley a ellos para postular a una beca. Y ellos dejan botados los cargos. Ellos siempre están presionándonos a nosotros o cuando cometemos un error, ahí están inmediatamente para sacar a flote y para podernos hundir. Ellos no están de acuerdo con que estemos trabajando en Chile porque aceptamos una paga mínima. No se dan cuenta que para nosotros que no teníamos trabajo eso que nos pagan es bastante (Entrevista # 15, 2007).

Yo soy especialista en salud pública y estoy aquí trabajando en primer nivel, tengo muchos problemas porque no soy el prototipo de médico ecuatoriano. Yo cuando no estoy de acuerdo protesto, digo lo que pienso entonces me dicen que no parezco de Ecuador, aquí la gente es racista y clasista, no creo que me quede mucho tiempo, me

voy a regresar porque no soporto que me supervise una enfermera que no sabe nada
(Entrevista # 21, 2007).

Estos testimonios nos ilustran sobre la situación laboral de los médicos en Chile. Su contrato es por servicios profesionales en una modalidad a destajo¹⁵ es decir se le paga por cada paciente que atienden, entonces si quiere ganar más, en esta modalidad de contratación debe trabajar más, se busca la eficiencia del sistema.

Los médicos chilenos consideran que deben mejorar las condiciones de contratación y de pago en el primer nivel del sistema público. Ellos no están dispuestos a aceptar estas condiciones laborales. Esta es una de las razones por las que no optan por estas plazas de trabajo y rechazan la presencia de los médicos ecuatorianos que aceptan estas condiciones. Una de las entrevistadas dice: “no se dan cuenta que para nosotros que no teníamos trabajo lo que nos pagan es bastante”, creo que esta frase resume una de las más poderosas razones para aceptar estas condiciones laborales.

Analizando los conceptos de Bourdieu podemos entender “habitus” como las formas de obrar, pensar y sentir que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. Los médicos ecuatorianos durante su formación fueron formados para ser competitivos, tener capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades, ser autodeterminados, respetar jerarquías, en la que la enfermera siempre está bajo las ordenes de los médicos. Llama la atención como estos médicos cambiaron su “habitus” y en estas circunstancias están dispuestos a aceptar la jerarquía de la enfermera y someter su autodeterminación clínica a un protocolo de manejo estricto. Sin embargo, el tercer testimonio nos habla de cómo esta situación es un determinante para pensar en regresar a Ecuador (Bourdieu 1995).

La vida cotidiana del médico ecuatoriano en Chile se ilustra en los siguientes fragmentos de entrevistas:

Yo vine primero, mi sobrino vino hace cuatro años, yo tengo acá siete años. Mi sobrino vive conmigo hace cuatro años estudia ingeniería aeronáutica y mi otro sobrino terminó ahora la enseñanza media acá en el colegio, y mi hermana y mis padres vienen constantemente a visitarme generalmente, para temporada de vacaciones que es enero, febrero. Ellos han venido a conocer mi casa y

¹⁵ Destajo forma de contratación laboral en la que se paga un porcentaje por paciente atendido. Si no trabaja no gana, no tiene ninguna protección social.

sumamente contentos porque son logros que he tenido, que me han brindado acá. Porque yo creo que en Ecuador jamás hubiera tenido la casa que tengo (Entrevista # 7, 2007).

Aquí si bien es cierto que tu ganas dinero conforme tu trabajas, te puedes matar trabajando pero así como te matas trabajando ganas dinero y te puedes comprar lo que tu quieras, puedes conseguir un departamento o una casa, conseguir un auto, formar una familia y tener tus hijos y poderlos mantener. Entonces la visión que uno tiene, que yo tenía en Ecuador era que a los 10 años o 20 años que podría hacer o comprar una casa o comprar un auto pero nunca los dos cosas pero en unos 20 años. Aquí ya he comprado las dos cosas tengo casa, tengo auto, tengo aquí a mi mujer y mis hijas (Entrevista # 12, 2007).

Estos testimonios expresan la manera en que los médicos ecuatorianos han logrado insertarse en Chile. Han accedido a crédito para comprar una casa y son parte del sistema económico de Chile, sus padres les visitan. En términos de Portes existe una integración económica y cultural por que ellos y su familia es ha insertado en el sistema de crédito y educativo (Portes 2003).

Observamos el orgullo que sienten por las posesiones materiales que han logrado. Su solvencia económica les permite mantener una relación constante con la familia y así paliar la nostalgia. También grafica de manera explicita, la ausencia de familia transnacional pues en la mayoría de los casos ha emigrado toda la familia nuclear, la corta distancia que existe entre Ecuador y Chile, la ausencia de restricciones legales para viajar. No se requiere visa. La solvencia económica de los profesionales que permite comprar boletos para que sus padres les visiten ha permitido que vivan una integración familiar.

Estamos aquí por razones económicas, allá nunca ganaría lo que entre mi esposa que es médica general y yo como neurólogo ganamos. Sin embargo aunque son 12 años que estamos aquí, si yo me saco la lotería me voy al día siguiente, no me enseño, estoy aquí porque aquí está el trabajo (Entrevista # 9, 2007).

Este fragmento de entrevista nos deja ver que aunque se logren posesiones materiales la sensación de pertenencia e integración en una determinada sociedad es más compleja y está mediatizada por más factores que el dinero y la posibilidad de educar a los hijos. Las palabras “no me enseño” reflejan no solamente nostalgia por el terruño, sino

inconformidad con el campo profesional, las condiciones de exclusión que se viven cotidianamente y que analizaremos más ampliamente.

He trabajado yo creo en unos 15 o 20 sitios. Aquí la presencia de vacantes hace que uno se vaya cambiando, porque se va conectando. Por ejemplo trabajaba tres meses aquí, cinco allá porque me contactaba con amigos. Oye te van a pagar el 10% más allá, después oye te van a pagar el 20% más allá, luego el 30% más acá entonces obviamente uno tenía que trabajar y tratar de ganar más por su familia. Entonces viéndolo desde ese plano uno no se compromete con nadie, aquí no existen contratos indefinidos, es raro, si los hay se pueden cortar por cualquier lado, así que uno busca sus mejores expectativas (Entrevista # 9, 2007).

Este fragmento de entrevista nos deja ver la importancia de las redes a la hora de insertarse en el trabajo. Muchos de los entrevistados señalaron de manera explícita quien fue su contacto para venir. Existe el caso anecdótico de estar presentes en Chile 20 de los 30 compañeros de un curso de la Universidad Estatal de Guayaquil que contaron con un compañero que emigró para realizar un postgrado y conoció los nichos laborales que se abrieron en atención primaria, facilitando a sus compañeros de grupo la llegada e inserción en el sistema público. En este caso las redes explican un porcentaje de las razones para emigrar pero evidentemente no son el único factor (Arango 2003).

Otro aspecto de interés que refleja este fragmento de entrevista es la flexibilidad laboral en la que no existen relaciones contractuales estables, siempre se juega en función del mercado de trabajo.

Cuando pienso, creo que fue una buena decisión el haber venido porque lamentablemente me da pena cuando digo estas cosas, porque me duele en el alma, tu sigues siendo ecuatoriano, pero ese lazo de desprendimiento que tiene que haber, a mi me golpeo hartito, la depresión, la tristeza, la soledad, el que al comienzo los colegas te vean mal es bien fuerte, es duro. Ahora todo es más rápido, en Internet las noticias al instante, pero antes uno se enteraba por televisión que Ecuador iba de mal en peor, yo me acuerdo que en el lapso que yo me vine hubo como 5 o 6 presidentes, uno de acá añoraba y se preguntaba como estaba la cosa, siempre con la idea de que mejore para volver pero el panorama era muy malo. Entonces decidí que mejor me radicaba acá y traje a mi familia. Compre mi casita por que aquí es mas fácil comprar bienes, el banco te da

crédito, si eres médico y tienes un contrato con el municipio no requieres ni de garante (Entrevista # 18, 2007).

Este testimonio resume varios de los aspectos que están presentes en el proceso de emigración de los profesionales en Chile. Por un lado la inestabilidad social y política de Ecuador. El dolor de ser expulsados laborales, al no tener la oportunidad de insertarse en el sistema médico. La apertura del sistema chileno para incorporarlos, económica y culturalmente, aunque no al campo profesional que coloca al médico ecuatoriano en un nivel de segregación.

Si a este fragmento de entrevista le agregamos el hecho de que existe el convenio Andrés Bello, que facilita la inserción laboral y que tenemos el antecedente de haber recibido a muchos profesionales chilenos que emigraron en la época de conflicto político que vivió Chile con la instauración de la dictadura de Pinochet, diremos que en el caso de la emigración de los médicos ecuatorianos a Chile estamos frente a un proceso migratorio que tiene un antecedente histórico, que es funcional al sistema imperante, es decir los médicos desocupados del Ecuador, se insertan en el nicho laboral que es rechazado por los médicos chilenos, por tanto la teoría de sistemas migratorios entendida como: “la aproximación de los sistemas migratorios implica examinar ambos extremos del flujo y estudiar todos los nexos entre los lugares involucrados” explica en gran medida el caso que nos ocupa aunque deja de lado los aspectos intrínsecos inherentes a la formación de los médicos que también está presente como causa de esta emigración (Castles 2004: 39).

Estatus social y género: exclusiones indirectas

Otro aspecto en este análisis es entender cómo se construye el campo profesional de los médicos. Uno de los aspectos más importantes en la formación de los médicos es la validación de sus pares. Los médicos requieren ser parte de un cuerpo colegiado y/o de una sociedad científica para sentirse incluidos en la profesión. Dentro de la profesión están definidas claramente las jerarquías. Los especialistas al haber desarrollado un vocabulario y conocimiento especializado se diferencian de los otros profesionales. Ser docente o investigador le confiere otro estatus dentro del campo profesional. Los médicos generales están en el escalón más bajo del campo profesional.

De manera implícita entre los profesionales están presentes ciertas normas que deben ser respetadas. Como es la forma en que se visten, sus gustos, el lugar en el que viven, se espera cierto refinamiento y por tanto debe relacionarse con iguales. En ocasiones, se forman verdaderas fraternidades en las que es difícil insertarse. Este aspecto está presente tanto en Chile como en Ecuador. El médico general que pertenece al estrato popular difícilmente logra cumplir con estas reglas y es rechazado por sus pares.

Los tres testimonios siguientes expresados por médicos hombres, nos relatan las vicisitudes que viven en este aspecto.

Mi compadre es ecuatoriano, mis amigos son ecuatorianos, yo voy a la cancha a jugar a la pelota con gente ecuatoriana, como en el restaurante ecuatoriano, nunca he dejado mis raíces, con la gente de acá no siento confianza, especialmente con los colegas (Entrevista # 20, 2007).

Aquí las cosas son diferentes por ejemplo te dan las espaldas si no heces las cosas como ellos piensan, un colega se casó con un paramédico, allá en Ecuador es corriente casarse con la auxiliar, se disputaban las auxiliares en los turnos pero por ultimo se casaban algunos, aquí te miran mal (Entrevista #16, 2007).

Amistades como se dice vulgarmente pana, colega o pana hasta ahí no mas y he jugado baby football, he estado en reuniones de congresos, nos encontramos las mismas caras, los médicos de aquí, de esta quinta región y vienen a los congresos que por lo general se hacen en Viña. Conversamos, nos llevaban en bus, nos vamos a congresos en Santiago, pero amistad profunda no (Entrevista #16, 2007).

Una de las médicas entrevistadas dice:

Hay una xenofobia muy marcada aquí. Haber lo que pasa es que yo creo que la chilena es una sociedad muy agresiva. Porque le han vendido la historia de aparentar. Entonces la gente aparenta que tiene casa, que tiene carro, que tiene alguna propiedad, pero todo es del banco (Entrevista # 21, 2007).

Estos testimonios revelan la manera en la que el médico general ecuatoriano se relaciona en Chile. Como hemos dicho el médico que emigra viene de estratos populares que ya en Ecuador tuvo dificultades para insertarse en el campo profesional. Al llegar a Chile y desconocer las reglas que están implícitas en el comportamiento de los médicos chilenos que son de otro estrato social, les resulta muy difícil incorporarse en ese campo profesional. Bourdieu entiende, campo social como los espacios dinámicos y

estructurados que tienen reglas propias, estas reglas en el caso de los médicos son implícitas y se construyen de manera diferente en Chile que en Ecuador. (Bourdieu 1995) Los médicos generales ecuatorianos en Chile están situados en el escalón más bajo y periférico del oficio. Sus redes sociales se tejen entre pares ecuatorianos, no son invitados a eventos sociales por parte de los médicos chilenos, pueden asistir a eventos que organizan las casas farmacéuticas, pero no a las de las sociedades científicas que están reservadas sólo para los miembros que son especialistas y pertenecen a dichas especialidades.

El campo social del médico chileno históricamente ha sido construido tomando en cuenta la clase social (Zarate 1999) y ha mantenido estas características gracias a la cuidadosa selección de los estudiantes para entrar a las facultades de medicina.

La definición de las reglas explícitas e implícitas del campo profesional de los médicos chilenos es guardada con celo y les resulta por demás chocante que médicos de otra clase social rompan con esta normativa. Los médicos ecuatorianos al no conocer las reglas implícitas del campo profesional de los médicos de Chile, frecuentemente comenten errores que son mal vistos por sus colegas. Al respecto un decano hombre de medicina de Chile comenta:

Se nota por lo que he conocido de los médicos que trabajan en los municipios que son gente de otra clase social, existen reparos hacia ellos porque tienen costumbres que no encajan, por ejemplo se emborrachan, yo asistí a un evento que organizó el Ministerio de Salud y los médicos ecuatorianos tienen muy malos modales. Para contarle una anécdota existen médicos ecuatorianos que se casan con auxiliares de enfermería, eso en Chile no pasa (Entrevista # 5, 2007).

Este aspecto es determinante en la marginación que vive el médico ecuatoriano dentro del campo profesional en Chile. Esto ha obligado a replegarse en relaciones entre ecuatorianos y a convocarse en lugares propios para el grupo. Es decir, existe una tendencia a segregarse. Los médicos ecuatorianos que viven en Santiago, se reúnen en un restaurante que se llama Mitad del Mundo para jugar fútbol y tomar cerveza o licor de caña; el vino, no es parte de su gusto a la hora de tomar licor.

Los médicos generales ecuatorianos viven en barrios emergentes como Maipú. Solamente unos pocos especialistas logran adquirir vivienda en Las Condes o Vitacura que son los barrios en los que viven los médicos chilenos. Este hecho no le permite estar dentro de ese campo social. Solamente los especialistas logran cumplir con estos requisitos; ellos tiene un carro de la marca aceptable y no socializan con los médicos que trabajan en primer nivel, excepto el presidente de la Asociación de Médicos Ecuatorianos en Chile que siendo un neurocirujano que viven en Las Condes, comparte la vida y los problemas con todos los colegas ecuatorianos.

Los médicos generales ecuatorianos se han ganado la fama de ser muy trabajadores, responsables con el cumplimiento de las normas, no problemáticos. Han adquirido un capital simbólico que se explicitó cuando ocurrió un caso que fue muy publicitado en Santiago de Chile en el 2005. Se trata del “Dr. A.” médico ecuatoriano que estaba ejerciendo a nivel privado como cirujano plástico, sin tener las condiciones tecnológicas que le permitan realizar este tipo de procedimientos. Como el sistema chileno permite la práctica privada el mencionado doctor obtuvo el reconocimiento para realizar medicina general y se instaló en el garaje de un edificio. En este sitio realizó un procedimiento estético que costó la vida de una paciente. A partir de ese momento existió un gran rechazo de la población y de los colegas a tal extremo que algunos pacientes se negaban a hacerse atender con ecuatorianos y en algunos sistemas locales municipales se pusieron rótulos que anunciaban “se contratan médicos pero que no sean ecuatorianos”. Por ventaja algunas autoridades del Ministerio de Salud de Chile salieron en defensa del trabajo de los médicos ecuatorianos. Tres de los médicos entrevistados dicen:

Hay un respaldo. Las autoridades saben que el médico chileno es elitista ellos dicen cómo se le ocurre que yo voy a ir a trabajar a Punta Arenas, Arica, voy a trabajar a Concepción. En el punto más sur, en el punto más norte de Chile hay un ecuatoriano, el gobierno chileno lo sabe. Saben que si por si acaso todos los médicos ecuatorianos salgan de aquí, la salud se paraliza principalmente en las áreas rurales (Entrevista # 9, 2007).

La gente nos quiere, saben de nuestra trayectoria, han visto resultados, a ellos les queda claro, al chileno pobre, que el médico chileno no los quiere atender, entonces ellos palpan esas cosas, quizás se asustan un poco, son gente muy

humilde, se ve impresionada por lo que escucha en la prensa pero es algo que les pasa en dos, tres semanas. Ellos también están de nuestro lado, menos mal (Entrevista # 21, 2007).

El periodista le decía: Ustedes qué harían, por ejemplo, si tuvieran que ir hipotéticamente mañana a su país. Entonces él le respondió de una manera muy inteligente, le dijo: sumamente lamentable para los chilenos porque el 70 u 80% de los pacientes que se atienden en los consultorios van a quedar sin ser atendidos (Entrevista # 22, 2007).

Estos fragmentos de entrevista nos dejan ver el rol que los médicos ecuatorianos cumplen dentro del sistema público que como dijimos en el capítulo dos constituyen el 69% de los médicos que trabajan en el primer nivel. Las autoridades están consientes del aporte que realizan los médicos ecuatorianos al sistema y los pacientes valoran el trato y la calidez humana que reciben por parte de los médicos ecuatorianos.

Para nosotros la medicina es una vocación, para ellos la medicina es un negocio. Porque ellos tuvieron que invertir mucho dinero, a través de mucho tiempo y mucho sacrificio para llegar a ser médico y cuando llegan a ser médicos tienen que recuperar esa inversión. En cambio nosotros es al contrario, llegamos a veces con facilidades y a veces con un poco de sacrificio pero siempre en la preparación académica de la universidad pública nos dicen, esta es una vocación es como un sacerdocio, así nos lo hacen ver, por lo menos a mi los profesores me lo hacían ver así (Entrevista # 20, 2007).

Los pacientes chilenos valoran nuestra parte afectiva, que los tratamos bien, la paciencia, no somos déspotas. Ellos dicen que el médico chileno ni siquiera lo mira (Entrevista # 21, 2007).

Vemos que los médicos ecuatorianos se posicionan y definen su campo profesional de manera diferente a los médicos chilenos reconociendo su vocación de servicio, como uno de los aspectos fundamentales del campo profesional. Es decir, no es la clase social la que ennoblece a la profesión médica, si no su vocación de brindar sus conocimientos, solidaridad y calidez humana.

Aceptan trabajar en áreas rurales, en el primer nivel de atención por que están formados para servir y disfrutan de la relación con los pacientes que son agradecidos con su trabajo. Sin duda contar con este reconocimiento y gratitud hace más llevadera la vida de los médicos que son rechazados por sus colegas. Cuentan con un espacio de trabajo mucho

mejor pagado que en Ecuador y un nivel de satisfacción por el ejercicio de su oficio. Estas son buenas razones para estar conformes con el sitio en el que están trabajando, aunque existe una contradicción con algunos de los principios con que fueron formados; por ejemplo, competir y ascender profesionalmente.

Otra arista a tomar en cuenta en el análisis de las exclusiones es la raza. Durante el trabajo de campo me llamó la atención el fenotipo de los médicos ecuatorianos porque no era el común del país, trabajan en Chile principalmente médicos de la Costa, que se ven con piel más clara. Todos los entrevistados se habían realizado manicura, hombres y mujeres y tenían especial cuidado de su cabello. Una de las médicas entrevistadas dice:

Yo creo que mas que el género influye la apariencia física. Más que el clasismo yo te diría que es el racismo. Por que rechazan lo que es negro, lo que se parezca a un peruano, porque ellos odian a los peruanos, yo no he pasado por eso a mi me dicen no pareces ecuatoriana.... no pareces. Yo soy una persona estéticamente aceptable. Conocí varios compañeros míos el típico ecuatoriano, les era muy difícil encontrar trabajo. Para mí el trato siempre fue distinto (Entrevista # 10, 2007).

En este comentario observamos un comportamiento racista en la selección de los médicos. Se debe tener cierta apariencia para ser aceptado incluso por las personas de estrato mas pobre de la sociedad chilena que es la que accede al primer nivel y ratifica el lugar que el médico tiene dentro de la sociedad chilena. Los médicos ecuatorianos se ven obligados a buscar estrategias que les permita lograr una apariencia estéticamente aceptable; distanciándose más de la apariencia racial rechazada.

En cuanto al análisis de género propiamente dicho los siguientes testimonios conjugan la opinión de los pacientes con los roles esencialistas que los profesionales médicos le asignan a la mujer en el ejercicio de la profesión. Uno de los entrevistados hombres dice:

Hay especialidades “propias” o que son apropiadas para los varones. Por ejemplo nosotros formamos en nuestro postgrado cirujanos y cirujanas pero en los 20 años que hemos ido formando creo que ha habido una o dos cirujanas, todos los demás han sido varones. Habría que ver cual es la psicología y el pensamiento de las personas pacientes potenciales, por que también en la pediatría hay más

mujeres, en la ginecología hay más mujeres. Habría que pensar trabajar con los pacientes para preguntarles el por que, por ejemplo cuando se trata de un parto dicen yo quiero que a mi señora le atienda una ginecóloga, pero si el parto se complica y necesita una cirugía que ella no le opere” (Entrevista # 2, 2007).

Este fragmento de entrevista deja ver con claridad el esencialismo que está presente en el ejercicio de la profesión médica. Se considera que la mujer tiene cualidades que de manera esencial le descalifican para el ejercicio de ciertas especialidades como la cirugía, la emergencia, la urología. Es su ternura la que le permite tratar con niños, además de su experiencia como madre.

De acuerdo a estas opiniones es la esencia del ser, hombre o mujer lo que determina los espacios que están abiertos dentro de los sistemas de salud. El espacio legitimado para la mujer es el primer nivel de atención en el cual ella puede combinar su rol de madre y esposa con el rol de médica. Casualmente el primer nivel es el menos remunerado y el menos prestigiado profesionalmente. A continuación un testimonio de una autoridad académica hombre, quien dice:

Bueno la experiencia que yo tengo es que las mujeres están mejor en el primer nivel. Primero porque la gente que acude a este nivel confía más, las madres con sus niños confían más en las mujeres médicas, para la atención de parto, para el examen de papa/ nicolao, para todo. (Entrevista # 1, 2007).

Como vemos este entrevistado cree que la mujer esta mejor en el primer nivel de atención. Desde su punto de vista este es el nivel más apropiado para el trabajo de las mujeres médicas. Resulta interesante constatar la opinión que otros entrevistados hombres tienen sobre el primer nivel de atención:

Yo creo que trabajar en el primer nivel esta desprestigiado porque no ha habido gente con capacidad intelectual que se dedique al primer nivel, entonces el primer nivel ha quedado en manos de quien por alguna razón no han podido hacer una especialidad. Entonces al primer nivel, lo han despreciado. No se entiende la importancia y el conocimiento y la alta capacidad que requiere para trabajar en el primer nivel (Entrevista # 1, 2007).

Quedarse aquí en el primer nivel es un poco la sensación de fracaso, estoy en el nivel más bajo, porque no he podido ir a un nivel superior (Entrevista # 2. 2007).

La impresión que tengo es que la mujer dice; yo estoy aquí, en mi casa, hago esto y además puedo trabajar, incluso para ella no es lo principal. Para el hombre lo

principal es su profesión, y para la mujer dadas las circunstancias de nuestra sociedad para ella es un logro adicional a su principal misión en muchos casos. Primero soy madre, primero soy esposa y después voy hacer esto. Entonces claro como ya hago esto que es mi principal objetivo en la vida, el resto no es tan importante, no aspira llegar a la parte más alta, muchas son así no todas. Esa es la explicación que tengo para que las mujeres estén trabajando principalmente en el primer nivel (Entrevista #2, 2007).

Estos testimonios reflejan el sesgo de género que esta presente en la organización de los servicios de salud. Al ser el primer nivel el sitio en el que se realiza actividades de promoción, es la mujer la que mejor puede cumplir este rol, su naturaleza le ha dotado de las cualidades para hacerlo, su experiencia de madre le legitima y puede hacer este trabajo como algo complementario a su labor principal cual es la reproducción de la familia.

Según datos proporcionados por el Presidente de la Sociedad de Medicina Familiar en Chile este ultimo año no ingresó ningún hombre al postgrado de Medicina Familiar. A nivel mundial la tendencia actual a especializarse en Medicina Familiar es principalmente de mujeres en una relación de dos a uno (Candib 2004).

Durante el trabajo de campo tenia la hipótesis de que los médicos hombres formados en Ecuador de manera competitiva se sentirían incómodos por trabajar en un espacio feminizado. Sin embargo los hombres que trabajan en este nivel no parecen verse afectados por el sitio de trabajo, por que al venir de una historia de desocupación y dificultad marcada para cumplir con su rol de proveedor, trabajar en un nivel que le permite suplir sus necesidades básicas y al tener a la familia a su lado tiene la sensación de cumplir su rol de hombre a cabalidad.

En general tanto en hombres como en mujeres, existe un sentimiento de gratitud para Chile por haberles ofrecido la oportunidad de trabajar y un resentimiento por haber sido expulsados del país al no brindárseles un espacio laboral que les permita vivir de manera digna. Sin embargo, los médicos ecuatorianos aunque han logrado insertarse económicamente al acceder a crédito bancario, están excluidos socialmente por no ser culturalmente aceptables por sus colegas chilenos, quienes los consideran diferentes y los ven como el otro. Solamente los médicos especialistas están integrados en el campo social de los médicos chilenos.

Una médica entrevistada aporta con otro aspecto interesante en el análisis con el siguiente testimonio:

Mire el chileno es muy especial, tiene una mentalidad muy pueblerina. Entonces dentro de esa mentalidad solo aprecia lo chileno. Cualquier cosa que venga de afuera lo ven como una amenaza entonces tratan de descalificarlo, para aclarar esto te puedo dar un ejemplo; yo trabajaba en el sistema de tránsito, en este sitio es el médico quien evalúa si la persona está capacitada o no para ser conductor. Yo empecé hacer cumplir la ley. Entonces obviamente había gente que quedaba suspendida, tenía que cumplir con ciertos requisitos, como ir al médico para que le controle la diabetes, hipertensión, que le pongan lentes todo eso. Entonces empezó una descalificación de que yo hacía esto por que no tenía enamorado o por que tal vez era lesbiana. Y aquí el homosexualismo es peor que ser ladrón. (Entrevista # 21, 2007).

Este fragmento de entrevista pone en discusión un prejuicio muy marcado hacia lo diferente, los médicos, médicas, ecuatorianas en Chile han ganado la fama de trabajadores, obedientes a la norma, incansables, buscan no causar problemas. Entonces si alguien se sale de esta representación social, se lo ve como diferente llegando a estigmatizarse como lo peor, que en este caso es la homosexualidad. En este testimonio está presente el rechazo a lo diferente.

La posición de diferente de los médicos y médicas ecuatorianos está mayormente determinada por condiciones de clase y de raza. De tal forma que podemos decir que en este caso de estudio la categoría género se diluye a la hora de realizar un análisis de la exclusión social. Si bien el primer nivel es un espacio feminizado y las autoridades académicas consideran que la mujer de manera esencial está apta para trabajar en este nivel del sistema. Los hombres que están trabajando en Chile en este espacio laboral no se sienten excluidos por razones de género sino por razones de clase, de raza, de formación académica. Esta discriminación se da por igual para hombres y mujeres.

CAPITULO CINCO

CONCLUSIONES

MIGRACIÓN Y SALUD

1. La emigración profesional de los médicos ecuatorianos a Chile se enmarca en un proceso global. La tendencia migratoria de los profesionales de países menos desarrollados llamados de la periferia a países más desarrollados llamados del centro, es un problema importante que genera grandes inequidades dentro del sector salud. En el caso de los médicos ecuatorianos que emigran a Chile se observa una emigración dentro de la periferia. Esto se produce entre otras razones, porque Chile es percibido como país más desarrollado frente a Ecuador y porque esta vigente el convenio Andrés Bello que facilita la equiparación de títulos entre los dos países.
2. Una de las teorías más difundidas en el análisis de los procesos migratorios de los profesionales de la salud es que, a nivel global los profesionales de la salud, más jóvenes y mejor formados buscan emigrar a países de mayor desarrollo para mejorar sus condiciones de vida y de ingresos creando más inequidad y fragilidad en los sistemas de salud débiles de sus países de origen. A este hecho se le denomina “fuga de cerebros”. Esta no parece ser una explicación útil en este caso debido a que 9 de los 10 médicos ecuatorianos que se encuentran en Chile no son los médicos mejor formados del país, ni los más jóvenes, sino los médicos que no accedieron a un postgrado o una plaza de trabajo y se encuentran en la desocupación el momento que toman la decisión de emigrar. Es decir son médicos que fueron expulsados del sistema local y que logran insertarse en un trabajo regular en un espacio laboral rechazado por los médicos locales. No estamos frente a un caso de fuga de cerebros sino frente a un caso de emigración de brazos.
3. Otra de las teorías que explican la emigración es la formación de redes migratorias que facilitan este proceso. En este caso la presencia de médicos

- ecuatorianos que se encontraban realizando su formación de postgrado en Chile el momento en que se produce una mayor crisis de desocupación de los profesionales de la salud en Ecuador; permite construir una red que facilita la emigración de sus colegas de promoción. Encontramos un mayor número de médicos de Guayas y Manabí. Sin embargo este mecanismo no explica por si solo este caso migratorio.
4. El análisis de los datos de la tendencia en la formación de los recursos humanos en salud nos demuestra que existe una disminución en la formación de cuidadores de salud en los países mas desarrollados. Este hecho crea nichos laborales que son ocupados por profesionales de países pobres. Sin embargo en el caso de la emigración de los médicos ecuatorianos a Chile este hecho no se presenta. Es decir, no existe una falta de formación de médicos en Chile, sino que estos no quieren trabajar en el primer nivel de atención.
 5. La vigencia del convenio Andrés Bello facilita la equiparación de títulos profesionales entre los dos países. Sin embargo son los médicos quienes mayoritariamente hacen uso de este instrumento legal. Una explicación a este hecho puede estar dada por la tendencia a la movilidad interna que esta presente en este grupo profesional, caracterizado por una búsqueda constante de ascenso en su estatus profesional y económico. La migración internacional se presenta como una opción en esta tendencia a la movilidad.

REFORMA DE SALUD Y CAMPO MÉDICO

6. Tanto en Chile como en Ecuador se implementan procesos de reforma comandados por las agencias internacionales que básicamente buscan disminuir el rol del estado y descentralizar los servicios para hacerlos mas eficientes. Sin embargo en cada país se vive procesos muy diferentes. En Chile se logra conformar un sistema de salud que combina el sector público con el sector privado. En el sistema público a nivel local. Es decir, municipal se abre el nicho laboral para los médicos extranjeros. Se ofrece condiciones de contratación laboral que son rechazadas por los médicos chilenos, por considerar que son

- injustas. En Ecuador no se logra consolidar un sistema único de salud. El estado fue disminuido en sus funciones por lo que no se crean plazas de trabajo produciéndose gran desocupación. Esta situación, entre otras anima a los médicos desempleados para buscar la oportunidad que se ofrece en el sistema chileno.
7. En general en los profesionales ecuatorianos, existe un sentimiento de gratitud para Chile por haberles ofrecido la oportunidad de trabajar y un resentimiento con Ecuador por haber sido expulsados del país al no brindárseles un espacio laboral que les permita vivir de manera digna. Su proyección a futuro es quedarse en Chile. Al haber emigrado con sus familias nucleares y encontrarse insertos en el sistema económico y educativo de Chile el aporte de remesas hacia Ecuador es mínima.
 8. La construcción del oficio de ser medico es similar en Ecuador y en Chile en cuanto a sus mallas curriculares y las jerarquías que se presentan en los roles de estudiante y residente. Las diferencias entre las especialidades de acuerdo al nivel de práctica clínica, que sitúa al primer nivel de atención como el más bajo del sistema. La diferencia se da en la clase social que estudia medicina, en Chile pertenecen al estrato social medio alto, mientras que los médicos ecuatorianos que emigraron a Chile en su mayoría pertenecen a estratos populares. Esto determina que el medico chileno sea mas elitista, sus expectativas de trabajo son muy claras y marcadas, buscan ejercer en el nivel de mayor prestigio social es decir el segundo y tercer nivel de atención especialmente en el ámbito privado. Mientras que los médicos ecuatorianos están dispuestos a trabajar en el espacio de trabajo que no es solicitado por los médicos chilenos.
 9. Para formar el oficio de médico tanto en Chile como en Ecuador, los estudiantes de medicina son sometidos a un proceso largo y complejo. Sus mallas curriculares son similares y buscan que los estudiantes adquieran un vocabulario propio y una comprensión mecanicista del funcionamiento del cuerpo. El enfoque de formación es la reparación del daño. Este proceso les convierte en profesionales obedientes a la jerarquía y la norma, los vuelve susceptibles a vivir una violencia simbólica que se expresa el momento en que teniendo las condiciones legales que les permita salir del primer nivel no lo hacen por

considerar que no están aptos para trabajar en otro nivel por ser extranjeros y venir de una universidad pública.

10. Para los médicos ecuatorianos que trabajan en Atención Primaria la oportunidad para hacer una especialidad se abre en Medicina Familiar. El estudiar esta especialidad no les permite ascender dentro del campo social y profesional chileno, porque está es una especialidad desvalorizada en el contexto local. El futuro para los médicos emigrantes es mantenerse en la misma condición, consideran que lograron su máxima aspiración cual es la de tener un trabajo que les permita solventar sus necesidades básicas.

DESIGUALDADES SOCIALES

11. Los médicos ecuatorianos en Chile sufren distintos tipos de discriminación. Existe discriminación de clase social porque los médicos chilenos tradicionalmente han sido de clase media alta y no aceptan a los médicos ecuatorianos que llegan de universidades públicas y se pertenecen a estratos sociales bajos. La definición del campo social profesional del médico chileno es muy exigente y muchas veces no explicito para el médico ecuatoriano que con frecuencia rompe las reglas impuestas entre los colegas chilenos, quienes no aceptan su presencia en su campo social y profesional.
12. Los médicos ecuatorianos han logrado insertarse económicamente al sistema al acceder a crédito bancario y lograr cupos en los colegios públicos y privados de Chile. Sin embargo están excluidos socialmente por no ser culturalmente aceptables por sus pares chilenos, quienes los consideran diferentes y los ven como el otro. Solamente los médicos especialistas están integrados en el campo social de los médicos chilenos.
13. Los médicos y médicas ecuatorianos hacen un gran esfuerzo por ser racialmente aceptables, viven una realidad de discriminación a la hora de ser seleccionados en sus sitios de trabajo basados en sus condiciones raciales. Son los médicos de Guayas y Manabí que poseen un fenotipo más aceptable los que logran un espacio laboral.

14. Los médicos ecuatorianos que trabajan en el primer nivel de atención del sistema público chileno, están ubicados en un sitio de trabajo feminizado, por tanto desvalorizado económica y académicamente. Los hombres que trabajan en este nivel no parecen verse afectados por el sitio de trabajo, por que al venir de una historia de desocupación y dificultad marcada para cumplir con su rol de proveedor, trabajar en un nivel que le permite suplir sus necesidades básicas y al tener a la familia a su lado les da la sensación de cumplir su rol de hombre a cabalidad. Por tanto la categoría de género parece diluirse a la hora de realizar un análisis de las exclusiones. Sin duda clase social y raza tienen un mayor peso como factores de exclusión.

BIBLIOGRAFIA

- Altamirano Rua, Teofilo (2006) *Remesas y nueva <fuga de cerebros> Impactos transnacionales*. Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Arroyo-de Cordero, Graciela y Juana Jiménez-Sánchez (2005) “Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global”, en *Revista Enfermería IMSS*, México. 13(1), pp.33-40.
- Arango, J. (2003). *La explicación teórica de las migraciones: luz y sombra, Migración y desarrollo*. México.
- León Bolonga, Eduardo. (2006) “Espacios de vínculos y espacios de movilidad: reversibilidad en las etapas de las corrientes migratorias”; en Canales Alejandro, ed; *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. México. Asociación Latinoamericana de Población Universidad de Guadalajara.
- Bourdieu, Pierre. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona. Ed. ISBN.
- Bourdieu, Pierre. (1999) *la misere du monde*. Argentina. Ed. Fondo de cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre. (1995) *Las reglas del arte: génesis y estructura del campo literario*. Editorial Anagrama.
- Canales, Alejandro (2006) “los migrantes latinoamericanos en Estados Unidos: inserción laboral con exclusión social”; en Canales Alejandro, ed; *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. México. Asociación Latinoamericana de Población Universidad de Guadalajara.
- Castels, S. y Millar, M.J. (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México. Ed. Fundación Colosio.
- CIMF. (2005). *Centro Internacional de Medicina familiar. Informe anual*. <http://www.cimfweb.org>. Fecha de consulta, enero 2007.
- CEPAR. (Ecuador).1999. *Políticas de Salud y Reforma Sectorial .La opinión de los actores de la salud en el país*. Quito. Ed. Cepar.
- Cross, M. y R. Waldinger. (1997) “Economic Integration and Labour Market Change: A Review and Re-appraisal”. Documento presentado en la Second International Metropolis Conference. Copenhague.
- CONASA. (Ecuador). 2000. *Informe proceso de reforma en salud*. Quito.

Convenio Andres Bello. <http://www.cab.int.co/cab8/index>. consultado en enero 2007

Chen, Lincoln and Jo Ivey Boufford. (2005). *Fatal Flows-Doctors on the Move*. New England Journal of Medicine, Oct., number 17. vol. 353-1850-1852

De Souza, Maria de Lourdes y Marta Lenise, do Prado. (2004) “Migraciones y escasez de enfermeras en América latina: una exploración inicial a la realidad brasileña”, en *II Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos en Enfermería*. Lima.

D’Ottavio, Alberto Enrique. (2001). *Ser Médico. Reflexiones sobre la formación y la práctica médicas*. Argentina. Ed. Homosapiens.

Echeverría, Ramiro. (2000). *El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, 1993-2000*. Quito. Ed. Cepar.

Filgueira, C. (1976) “Predisposición migratoria. La situación de egresados profesionales”. En CIESU. Montevideo. Cuaderno Núm. 5.

Fort, Meridith. (2006). “Globalización y salud”. En *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien privado*. Barcelona. Paidós.

FONASA. (Chile) 2000. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Chile Antes y Ahora 1990-1998. Boletín Estadístico.

Foucault, Michel. (1966). *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología a la mirada médica*. México. Ed. Siglo Veintiuno.

Foucault, Michel. (1976). *Vigilar y castigar*. México. Ed. Siglo Veintiuno.

Galeano, Eduardo. (2008) *La historia que duele*. Publicación circulada por Internet, el 23 de marzo del 2008.

González Leandri, Ricardo. (1999). *Las Profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para un estudio histórico*. Madrid. Ed. Catriel.

Gloyd, Steve. (2005) “Debilitar a los pobres: el impacto de los programas de ajuste estructural”. En *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien privado*. Barcelona. Paidós.

Herrera, Gioconda (2005) “Mujeres ecuatorianas en las cadenas globales del cuidado” en Herrera, Carrillo y Torres, *Migración ecuatoriana. Redes, transnacionalismo e identidades*. Quito. FLACSO-Plan Migración Comunicación y Desarrollo.

Hong, Eveline (2005). “El movimiento a favor de la Atención Primaria de la salud se enfrenta al libre mercado”. En *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien privado*. Barcelona. Paidós.

INEC (Ecuador). 1999. Anuarios de Estadísticas de Recursos Humanos.

Leon Bologna, Eduardo (2006) “Espacios de vínculos y espacios de movilidad: la reversibilidad en las etapas de corrientes migratorias”; en Canales Alejandro, ed; *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. México. Asociación Latinoamericana de Población Universidad de Guadalajara.

Martínez, Jorge (2006) “Globalizados, pero restringidos. Una visión latinoamericana del mercado global de recursos humanos calificados”; en Canales Alejandro, ed; *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. México. Asociación Latinoamericana de Población Universidad de Guadalajara.

Martínez, Jorge (2006) *El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según censo 2002*. Chile. CELADE. División de Población. CEPAL.

Merino, Cristina. (2006) *Empleo de los recursos humanos en salud en instituciones del sector público*, Quito. Serie observatorio de recursos humanos de salud en Ecuador OPS/OMS/ CONASA.

Merino, Cristina. (2007) “Los recursos humanos en salud”, en *La equidad en la mira la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito. OPS/OMS/CONASA.

MSP. (Ecuador) y OPS/OMS. 2001. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria del Ecuador. Informe Preliminar.

ME. (Chile). 1999. Ministerio de Educación. Anuario Estadístico de las Universidades y Colegios profesionales Chilenos.

McWhinney, Ian. (1996). *Medicina de familia*. Barcelona. Ed. Mosby/Doyma.

OPS/OMS, (Uruguay) 2006. “la migración del personal de salud en la región de las Américas perspectivas y sugerencias para la acción” en *VIII Conferencia iberoamericana de ministras y ministros de salud*.

OPS/OMS (Ecuador). 2002 *Administración de los recursos humanos en salud*. En Informe 2002.

OPS/OMS (Ecuador). 2000 *Proceso de reforma en salud*. En Informe 2000.

OPS/OMS. (Ecuador). 2000. Perfil de la situación de los servicios de salud en el Ecuador.

Oteiza, E. (1971) “Emigración de profesionales, técnicos y obreros calificados argentinos a los Estados Unidos. Análisis de la fluctuación, junio 1950 a junio 1970”. En *Desarrollo Económico*. Vol. 10, pp. 309-40

OPS/OMS. (Chile). 2000. Perfil de la situación de los recursos humanos de Chile

OPS/OMS (Chile) 2001. Situación de Salud en Chile. Indicadores Básicos. UNDP.

Portes, Alejandro. Luis, Guarnizo y Patricia, Landolt.(2003) *La globalización desde abajo. Transnacionalismo inmigrante y desarrollo*. Mexico: Ed. FLACSO. Cap. Uno.

Pellegrino, Adela. (2006). “Reflexiones sobre la migración”. En *Programa de Población Facultad de Ciencias Sociales*. Uruguay. Universidad de la república de Uruguay.

Quiroga, R. (2000). Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud.

Román Oscar, Acuña M y Señoret M. (2006) “Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004”. *Revista Médica de Chile*; 134: 1057-64.

Ramírez Caballero, Apolonia (2001). *Equidad de Género y reforma de Salud*. Chile. OPS/OMS/Chile.

Ramirez Caballero, Apolonia. (2001). *Genero y Sistemas ISAPRE*. Chile. OPS/OMS/Chile.

Savedoff, William. (1998). *La Organización Marca la Diferencia. Educación y salud en América Latina*. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo.

Shaffer, Ellen y Joseph, Brenner. (2006). “Comercio y atención sanitaria: corporativizar los servicios humanos vitales”. En *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien privado*. Barcelona. Paidós.

Sayad, Abdelmalek. (2004). *The Suffering of the Immigrant, politico press*. Cambridge. Preface, Introducción.

Verdugo, Juan Carlos (2005). “Los fracasos del neoliberalismo: la reforma del sector sanitario en Guatemala”. En *El negocio de la Salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien privado*. Barcelona. Paidós

Velasco, Margarita, 2007, “La salud pública en América Latina”, en Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS *La equidad en la mira la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OPS/OMS/CONASA, Quito.

Zarate, M. (1999). *Análisis histórico de la formación de los médicos en Chile, siglo XIX*. Santiago de Chile. Universidad Católica.

Zurro, Martin. (1995). *Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica*. Madrid. Ed. Harcourt Brace.

ANEXOS

LISTA DE LOS ENTREVISTADOS

Lugar y #	Cargo	sexo	edad	Universidad	Nivel formación
AUTORIDADES					
1.Ecuador	Decano de medicina Ex ministro de salud	M	70	Estatal de Cuenca	Cirujano cuarto nivel
2.Ecuador	Decano de medicina	M	56	Central Quito	Salubrista cuarto nivel
3.Ecuador	Presidente colegio médico	M	52	Estatal Guayaquil.	Pediatra cuarto nivel
4. Chile	Decano de medicina	M	68	Católica de Chile	Oncólogo cuarto nivel
5. Chile	Profesor de medicina Investigador	M	47	Estatal Buenos Aires	Pediatra cuarto nivel
6. Chile	Presidente sociedad científica	M	50	Católica de Chile	Oncólogo cuarto nivel
7. Chile	Presidente sociedad científica	M	46	Estatal de Santiago de Chile	Medico Familiar Cuarto nivel.
8. Chile	Presidente colegio médico	M	51	Católica de Chile	Hematólogo. cuarto nivel
MEDICOS EMIGRANTES					

9. Chile	Neurólogo clínico Consulta privada	M	48	Estatal Guayaquil	Especialista cuarto nivel
10. Chile	Dermatóloga Consulta privada	F	36	Estatal Cuenca	Especialista cuarto nivel.
11. Chile	Cardiólogo Jefe cardiología Hospital Público. Profesor de medicina	M	36	Estatal Guayaquil	Especialista cuarto nivel
12. Chile	Medico general Primer nivel sistema público	M	46	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
13. Chile	Medica general Primer nivel sistema público	F	44	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
14. Chile	Medica general Primer nivel sistema público	F	45	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
15. Chile	Medica general Primer nivel sistema público	F	45	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
16. Chile	Medico general Primer nivel sistema privado	M	42	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
17. Chile	Medico general Primer nivel sistema público	M	41	Estatal Manabí.	Tercer nivel
18. Chile	Medico general Primer nivel sistema público	M	42	Estatal Manabí	Tercer nivel
19. Chile	Medica general	F	40	Estatal	Tercer nivel

	Primer nivel sistema público			Manabí	
20. Chile	Medico general Primer nivel sistema público	M	34	Estatal Guayaquil	Tercer nivel
21. Chile	Medica Salubrista Primer nivel sistema público	M	42	Central del Ecuador	Cuarto nivel
22. Chile	Medico general Primer nivel sistema público	M	40	Estatal Guayaquil	Tercer nivel