

Fuga de Cerebros en el Sector Médico del África Subsahariana: Explorando la Utilidad de un Marco de Validez Eco-psicopolítica en la Investigación sobre Migración Médica

Benjamin Siankam. Vanderbilt University, USA

Ésta es un versión traducida al español del original en inglés Physician Brain Drain from Sub-Saharan Africa: Exploring the Utility of an Eco-psychopolitical Validity Framework for Medical Migration Research.

Para referenciar, citar el original como: Benjamin Siankam (2011). Physician Brain Drain from Sub-Saharan Africa: Exploring the Utility of an Eco-psychopolitical Validity Framework for Medical Migration Research. *Psychosocial Intervention*, 20, 295-307. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n3a6>

Resumen. La comprensión en profundidad de cualquier tópico social requiere la utilización por parte de los investigadores de herramientas analíticas que reflejen su complejidad. Con este fin, examino la fuga de cerebros en el sector médico del África subsahariana hacia los Estados Unidos a través del modelo de validez eco-psicopolítica (véase Christen y Perkins, 2008; Prilleltensky, 2008). Se trata de un enfoque integrador que resalta las influencias combinadas de los factores estructurales, la agencia individual y las fuerzas que obran en la dinámica humana y los sistemas sociales. La validación eco-psicopolítica del estudio de la migración de los profesionales médicos, supone observar la migración como una empresa liberadora articulada alrededor del proceso triádico de opresión, empoderamiento y bienestar. Si los emigrantes buscan libertad, entonces los médicos emigrantes buscan esencialmente liberación y bienestar. Sin embargo, en un mundo con profundas disparidades en salud, la creciente emigración de médicos de los países de recursos limitados conduce finalmente a la pérdida de vidas en las comunidades que dejan atrás. Por tanto, la agencia individual de los médicos que emigran y los múltiples contextos que les posibilitan o les impiden emigrar precisan de una profunda reflexión. Algunos temas y variaciones emergentes de un estudio cualitativo en curso son analizados utilizando el paradigma de validez eco-psicopolítico.

Palabras clave: bienestar, liberación, migración médica, opresión, validez eco-psicopolítica.

Fuga de cerebros en el sector médico del África subsahariana: explorando la utilidad de un marco de validez eco-psicopolítica para la investigación de la migración médica

En la ciudad de Nashville y el Condado de Davidson, Tennessee, donde resido en la actualidad y donde recopilé parte de los datos presentados en este estudio, hay 3.803 médicos que trabajan a jornada completa (AMA, 2011) para una población de un poco más de 600.000 personas (US Census, 2009). En comparación, en el 2008, se contabilizó un total de 1.806 médicos en Etiopía, 51 médicos en Liberia, 548 médicos en Mozambique, 95 médicos en Sierra Leone, 300 médicos en Tanzania, y 649 médicos en Zambia (WHO, 2011). Puesto en perspectiva, esto indica que la cantidad total de médicos disponibles en estos siete países del África subsahariana es menor que el número de doctores del área metropolitana de Nashville. Cabe destacar que la población sumada de estos siete países (N = 178 millones) es casi 300 veces más grande que la de Nashville. Curiosamente, el Directorio Médico de AMA (2011) informa que, en la actualidad, 1.510 médicos formados y nacidos en los países arriba citados residen y ejercen en los EEUU. Este número de médicos emigrantes representa casi el 44% del total de médicos actualmente en activo en los países arriba citados. Esto sugiere una transferencia a los EEUU de recursos escasos de países muy pobres.

En total, hay más de 10.000 médicos formados o nacidos en el África subsahariana que actualmente ejercen en los EEUU (AMA, 2011). ¿Qué es lo que les llevó a viajar a más de 7.000 kilómetros de donde la mayoría de ellos se licenció y donde se esperaba que ejerciesen su profesión? Una respuesta corta podría ser: libe-

ración y bienestar. Una respuesta más matizada y quizás sin embargo más exacta es: depende. Entre diciembre del 2010 y julio del 2011, entrevisté a varios médicos emigrantes formados en el África subsahariana que ejercen en el área metropolitana de Washington DC, Tennessee y Michigan. Analizando historia tras historia de los doctores emigrantes, examiné las dinámicas de la emigración médica utilizando un modelo de validez psicopolítica como fundamento teórico. El modelo de validez psicopolítica es un enfoque integrador que subraya las influencias combinadas de factores estructurales, de agencia individual y de poder social que actúan en las dinámicas humanas y los sistemas sociales (véase Christens y Perkins, 2008; Perkins y Procentese, 2010; Prilleltensky, 2008). Al aplicar el modelo al análisis de la migración médica internacional, señalo que en gran medida los emigrantes médicos abandonan sus países para potenciarse (p.ej., desarrollarse profesionalmente), promover su bienestar (p.ej., seguridad económica) y oponerse a la opresión (p.ej., violencia estructural). Antes de presentar y adaptar el modelo al análisis de la migración médica, reviso brevemente la literatura para identificar algunos de los temas y enfoques predominantes en el estudio de la migración internacional. Tras destacar algunas de las principales orientaciones teóricas en la investigación sobre migraciones, señalo algunas de las críticas más importantes a estas para, a continuación, presentar el modelo multidisciplinar de interés. Después de presentar el paradigma de validez eco-psicopolítica, describo brevemente el procedimiento de recogida de datos y la muestra en el apartado del método, y a continuación presento los resultados que emergen a partir de la recogida de datos en curso.

Temas y enfoques en la investigación sobre migración

Desde los estudios pioneros de geografía de Ravenstein (1885), que describió las primeras “leyes de migración”, la investigación más actual llevada a cabo por antropólogos, sociólogos, científicos políticos e historiadores se ha centrado en la aparición de redes de migración transnacionales, la formación de nuevas comunidades en condiciones de globalización, y el significado social de multi-localidad (p.ej., Castles, 2002; Massey, 2004; Hollifield, 2004; Paterson y Kelley, 2000; Portes y De Wind, 2004; Vertovec y Cohen, 1999). Las conclusiones de Schultz sobre la importancia del capital humano para el crecimiento económico (p.ej., Schultz, 1961) proporcionó una base empírica a las anteriores investigaciones macroeconómicas sobre la fuga de capital humano y la política fiscal internacional (p.ej., Bhagwati y Partington, 1976; Grubel y Scott, 1966; Johnson, 1965), y a las especulaciones teóricas más recientes sobre el índice de retorno a la educación y la fuga de cerebros (p.ej., Borjas, 2000), la medición de la migración internacional de mano de obra cualificada (p.ej., Beine, Docquier, y Marfouk, 2007), la transferencia del dinero de los emigrantes a sus lugares de origen (p.ej., Ozden y Schiff, 2006), y los cuestionados cambios del modelo de fuga de cerebros al de circulación de cerebros y ganancia de cerebros (p.ej., Beine, Docquier, Rapoport, 2008; Rapoport, 2002; Saxenian, 2005; Schiff, 2006). También se ha identificado una pérdida de cerebros causada por la baja capacidad de transferencia de habilidades por parte de los emigrantes con un bajo nivel en inglés (Mattoo, Neagu, y Ozden, 2008). Los estudios psicológicos sobre la migración internacional son limitados y la investigación existente se centra principalmente en la adaptación, resiliencia y asimilación de los inmigrantes en la cultura dominante del país de acogida (p.ej., Berry, Phinney, Sam, y Vedder, 2006). Se han sugerido análisis más ideográficos, incluyendo un enfoque psicodinámico del impacto de la migración sobre la identidad personal de los inmigrantes (p.ej., Akhtar, 1995). La omnipresencia de la migración también ha provocado el interés de los estudiosos religiosos, y se ha progresado bastante en la formulación de teorías sobre la migración desde un punto de vista teológico (Groody, 2009).

Entre la constelación de teorías que pretenden explicar los factores que determinan la migración internacional de mano de obra cualificada, destacan tres enfoques con distintos lugares/niveles de análisis: el modelo de costes-beneficios individuales procedente de la economía neoclásica; el modelo de sistemas mundiales que relaciona la migración internacional con la dominación histórico-cultural de Occidente sobre el resto del mundo; y el modelo de redes migratorias desarrollado por antropólogos y sociólogos.

El modelo de migración de la Economía neoclásica. Este popular modelo microeconómico operacionaliza los factores de empuje y de atracción de la migración en términos de costes y beneficios (Todaro, 1969). El modelo de costes-beneficios subraya la importancia de las diferencias salariales y postula que la migración

voluntaria es el resultado calculado de una valoración racional de los costes potenciales y beneficios anticipados de la emigración. Basado en la teoría del capital humano, el modelo sugiere que los médicos que aspiran a emigrar, conscientes de la diferencia entre sus salarios y los de sus colegas que ejercen en los EEUU, se trasladan libremente desde el África subsahariana a los EEUU para maximizar sus ingresos y compensar los costes tangibles y el coste emocional asociados con su expatriación. La decisión de marcharse podría surgir del individuo que emigra o podría ser una decisión familiar. De una forma u otra, la migración es puramente una inversión económica estratégica calculada. Mientras que existen pocas dudas de que las oportunidades económicas influyen en la toma de decisión del emigrante, un importante punto de tensión con el modelo económico neoclásico es que cosifica a la persona presentándola como un actor totalmente egoísta, siempre racional y perpetuamente movido por el beneficio. En consecuencia, deja poco espacio en el corazón del *homo economicus* a las conductas de sacrificio y altruismo, aunque este sea un profesional de la salud, es decir, un proveedor de cuidados. El modelo económico neoclásico también ha sido criticado por los estructuralistas (p.ej., Portes y Wanton, 1981) por fracasar a la hora de explicar el contexto en el que las decisiones migratorias son tomadas. Estos críticos argumentan que “transformaciones profundas de los estamentos sociales y económicos movilizan la mano de obra por motivos que van más allá de la maximización del interés individual” (Massey, 1990, pp. 6-7). Así mismo, Arango (2004) ha hecho notar que la explicación neoclásica “gravita entre lo obvio y lo irreal” (p.20) cuando se aplica a la realidad de hoy en día, y que los factores políticos son en la actualidad mucho más determinantes en la movilidad de las personas y la selectividad migratoria que las diferencias salariales.

Teoría de sistemas mundiales. El enfoque atomista del modelo neoclásico de migración internacional es rebatido desde el extremo opuesto por los exponentes de la teoría de sistemas mundiales (p.ej., Wallerstein, 1974; Portes y Walton, 1981; Sassen, 1988). Esta teoría explica la migración internacional en términos de perturbaciones y desplazamientos provocados por la explotación histórica de las economías periféricas pobres por parte de las naciones-estado más ricas en un sistema mundial dominado por Occidente, que comenzó a tomar forma en el siglo XVI y se ha sustentado mediante un sistema de penetración en las economías periféricas recurriendo a la esclavitud en un pasado distante, al colonialismo en un pasado reciente, y en la actualidad a regímenes neo-coloniales y corporaciones multinacionales. El significativo número de médicos congoleños en Bélgica, de médicos mozambiqueños en Portugal, de médicos senegaleses en Francia, o médicos de Zambia en el Reino Unido refleja los lazos neo-coloniales que conectan a las antiguas colonias con sus anteriores potencias colonizadoras. En este sentido, la estandarización de planes de estudio de Medicina, de métodos de investigación y prácticas médicas entre los países, y la adopción del inglés como el idioma médico estándar en el mundo, refleja una organización internacional marcadamente dirigida a la explotación de licenciados médicos extranjeros en los Estados Unidos y el Reino Unido (Cheng y Yang, 1999). El mayor defecto del modelo de sistemas mundiales es que la teoría ignora casi por completo la agencia individual de los emigrantes, que son considerados como “peones pasivos en un juego de grandes poderes y procesos mundiales [gobernados por] la lógica de la acumulación de capital” (Arango, 2004, p. 27).

Redes migratorias. El modelo de redes migratorias es un análisis a nivel meso que se sitúa entre las dos interpretaciones reduccionistas comentadas anteriormente. El carácter central de las redes sociales ha sido enfatizado en las teorías de migración y ha sido ampliamente investigado (Lomnitz, 1977; Massey, 2004; Portes y Bach, 1985; Vertovec y Cohen, 1999; Tilly, 1990). Las redes de migración son conjuntos de relaciones interpersonales que conectan a los emigrantes con familiares, amigos, compañeros de trabajo y compatriotas en sus países de origen y en los países de acogida (Aronjo, 2004). Funcionan tanto como una forma de capital social como un factor de causalidad cumulativa de la migración (Massey, 1993). Muchas personas emigran porque otras personas con las que están conectadas emigraron antes que ellos y los ayudan en el proceso. Esta conducta se replica de un seguidor/flujo a otro. Una vez que se inicia, estas dinámicas llegan a ser autosostenibles (Boyd, 1989). El concepto de las redes de migración proporciona elementos para entender por qué la migración transnacional se mantiene y aumenta a medida que pasa el tiempo, pero no explica necesariamente cómo comienza. Además, es dudoso que no exista un punto de saturación en la migración. Es incluso más discutible sugerir que los médicos que permanecen y ejercen en el África subsahariana lo hacen porque carecen de contactos o familiares capaces de ayudarles en los EEUU u otros países de la OCDE. Krissman (2005) ha criticado el modelo de redes de emigrantes por descuidar a los agentes y actores del canal de migra-

ción que no están relacionados con los lugares de origen. Por ejemplo, existen múltiples denuncias de “universidades falsas” y academias de inglés localizadas en los EEUU y activamente involucradas con la inmigración y estancias prolongadas en los EEUU de emigrantes económicos que se hacen pasar por estudiantes internacionales (p.ej., Federal Bureau of Investigation, 2009; Hopper, 2011; Martinez, 2011; Semple y Manrique, 2009).

En resumen, cualquier análisis lineal o unidimensional de factores estructurales más amplios, de disposiciones institucionales problemáticas, de redes sociales o de intereses micro-económicos, no puede explicar por sí solo la emigración de los médicos de países con escasez de recursos. Una teoría válida de la migración necesita tener en cuenta todos estos factores no de forma aislada o en serie, sino dentro de un marco integrador. Con este objetivo en mente, examino la utilidad y aplicabilidad del modelo de validez eco-psicopolítica a la migración de médicos formados en el África subsahariana.

El modelo de validez eco-psicopolítica

El modelo de validez eco-psicopolítica está interpretado como un modelo integrador que consiste en tres procesos distintos pero interrelacionados: bienestar, opresión y liberación/potenciación (Christens y Perkins, 2008; Prilleltensky, 2008). En el centro del concepto de validez psicopolítica se halla la decisiva cuestión del poder. Ya sea interpretado en términos de capacidades expresadas, de dinámica de los sistemas sociales, o de expresión subjetiva de la distribución social de estos, el poder social interviene para facilitar o dificultar las necesidades personales, relacionales o colectivas (Prilleltensky, 2008). Mientras que el poder precisa de elementos de agencia/volición (aptitud, capacidad, habilidades o talentos) y de factores estructurales/externos (oportunidad) para satisfacer o frustrar las necesidades de los emigrantes, el bienestar se refiere a un estado en el que las necesidades personales, relacionales y colectivas de los emigrantes están satisfechas colectivamente. Así pues, el estado de bienestar se opone al estado de opresión.

La opresión es un estado de prepotencia esencialmente caracterizado por relaciones de poder asimétricas. Por lo tanto, podría ser definida como cualquier relación de control, privación, discriminación, exclusión, explotación, cosificación o sumisión entre el oprimido y el opresor. Como proceso, “la opresión conlleva modos de conducta individuales y colectivos institucionalizados mediante los cuales un grupo intenta dominar y controlar a otro para asegurarse una posición de ventaja política, económica, y/o socio-psicológica” (Mar’i, 1988, p. 6). Desde la perspectiva de validez ecológica se sugiere que esta definición de opresión debe ser ampliada porque la naturaleza y el entorno físico también pueden ser altamente opresivos (la hambruna continuada ocasionada por la sequía en el Cuerno de África y los recientes tsunamis de Japón son sólo dos ejemplos entre muchos). Si se aplica a la emigración de mano de obra cualificada, los opresores podrían incluir a cualquiera de los actores sociales (p.ej. funcionarios del gobierno corruptos e incompetentes, instituciones débiles, o un liderazgo político autoritario) y actuantes no humanos (p.ej. pandemia de VIH/SIDA, infraestructuras deficientes) que amenazan el bienestar de los emigrantes en potencia, es decir, los oprimidos.

Casi con toda seguridad, el proceso de opresión nunca termina del todo, sino que siempre se desarrolla y con frecuencia se le opone resistencia. Para poder persistir indefinidamente, la opresión debe conllevar en última instancia la conformidad de los oprimidos, porque “los opresores, que oprimen, explotan y violan por medio de su poder, no pueden encontrar en este poder la fuerza de liberar a los oprimidos o a ellos mismos”. En efecto, “sólo el poder que se produce por la debilidad de los oprimidos será suficientemente fuerte para liberar a ambos” (Freire, 1972, p. 44). Entonces, para que la opresión sea deconstruida, los oprimidos deben reconocer su propia complicidad en perpetuar su condición (Fanon, 1963). Este esfuerzo de concienciación es un requisito para la resistencia y establece el escenario para llevar a cabo la liberación (Freire, 1972).

Prilleltensky (2008) se basa en la concepción dual de Eric Fromm de *liberarse de* y *liberarse para* en su definición de liberación. “La liberación es el proceso de superar las fuentes internas y externas de opresión (liberación de), [en] búsqueda del bienestar (liberación para)” (p.128). Algunos ejemplos de fuentes externas de opresión de las cuales los emigrantes cualificados aspiran a liberarse son: implementación de una regulación arbitraria, discriminación laboral, subempleo, discriminación étnica y de género, violaciones de los derechos humanos, precariedad, y persecución religiosa. Las fuentes externas de opresión están íntimamente rela-

cionadas con el referente de faltas de libertades de Amartya Sen (1999). Según Sen, para el desarrollo humano se deben eliminar las fuentes más importantes del recorte de libertades, a saber, pobreza, tiranía, falta de oportunidades económicas pobres, privación social sistemática, estado de abandono de las instalaciones públicas, intolerancia e hiperactividad de estados represivos.

Liberarse de estas fuentes internas y psicológicas implica identificar y dominar varios estados psicológicos que obstaculizan la experiencia subjetiva de bienestar: ira, ansiedad, miedo, desesperación, auto-desconfianza, auto-desprecio, vergüenza, culpa e interiorización del complejo de inferioridad (Bartky, 1990; Fanon, 1963; Prilleltensky, 2008). Por otro lado, la liberación para lograr el bienestar (liberación para) se interpreta como el proceso de afianzar las libertades instrumentales, incluyendo “libertades políticas, ayudas económicas, oportunidades sociales, garantías de transparencia y seguridad de protección (Sen, 1999, p. 10) con el fin de satisfacer necesidades personales, relacionales y colectivas (Prilleltensky, 2008). En resumen, el concepto de validez psicopolítica sugiere que los emigrantes anhelan esencialmente la liberación y el bienestar.

Además, la validez ecológica subraya la importancia del contexto en el que el acto psicopolítico es realizado. El enfoque ecológico trasciende el espacio evaluativo de agencia individual e invita a examinar detenidamente todas las influencias ambientales significativas (físicas, económicas, sociopolíticas, institucionales, culturales, etc.). En la práctica, esto implica la posibilidad de examinar con detenimiento el espectro de interconexiones y transacciones entre actores y entornos cercanos y distantes. Las raíces de este modelo pueden ser rastreadas hasta los estudios pioneros de Kurt Lewin (1935), Henry Murray y colaboradores (1938), o Baker y Wright (1955) sobre las interacciones entre persona-entorno. Sin embargo, es Uri Bronfenbrenner (1979) quien popularizó el modelo ecológico a través de su descripción transaccional de la persona y sus entornos. En el centro del modelo ecológico se halla la idea de interconectividad. “Se considera que el principio de interconectividad no sólo puede ser aplicado a los entornos sino también con la misma fuerza y consecuencias a los vínculos entre entornos, tanto aquellos en los que el emigrante en potencia realmente participa [(p.ej. redes de emigrantes)] como aquellos en los que él/ella no podrá entrar nunca [(p.ej. las Instituciones Financieras Internacionales)] pero en los que tienen lugar eventos que afectan a lo que ocurre en el entorno inmediato de la persona [o microsistema]” (Bronfenbrenner, 1979, pp. 7-8). Las representaciones actuales del modelo son más o menos adaptaciones del modelo de Bronfenbrenner.

De acuerdo con la representación de Bronfenbrenner y otros modelos ecológicos, el modelo de tres dimensiones incluidas abajo en la Figura 1 sugiere al menos tres niveles de análisis (micro/individual, meso/relacional, y macro/institucional) dentro de cualquiera de los cuatro ámbitos ecológicos identificados en la dimensión en profundidad de la figura: capital político, económico, social y físico. A diferencia de algunos de los modelos ecológicos previos, el modelo propuesto contiene una dimensión temporal, que incorpora procesos de liberación, a saber; opresión, potenciación y bienestar. El orden de estas tres etapas es en cierta forma arbitrario, dado que la persona o comunidad puede necesitar un mínimo de bienestar para abordar la difícil tarea de liberación, la cual con el tiempo debería conducir a un incremento del bienestar (Christens y Perkins, 2008). Así pues, la dimensión temporal que apoya las etapas de potenciación captura la idea de transformación (es decir, cambio estructural a largo plazo), y no sugiere una lectura lineal del proceso.

La posición del capital político en la parte frontal del modelo tridimensional, aunque enfatiza en cierta manera las insidiosas pero ignoradas dinámicas políticas que intervienen en el proceso de migración de mano de obra cualificada, no indica necesariamente la primacía del capital político (o la ausencia del mismo) sobre los otros ámbitos. Además, el poder no es exclusivo del entorno político y debería ser interpretado desde una perspectiva foucaultiana considerándolo omnipresente en todos los ámbitos, perturbando el desarrollo de “las dicotomías macro/micro, central/local, poderoso/impotente” (Kothari 2001, p. 141). En otras palabras, todas las personas se hallan sometidas al poder y podrían experimentar la opresión en un momento y lugar determinado. Así mismo, todas las personas poseen algo de poder y podrían actuar como opresores en un contexto determinado (Prilleltensky, 2008). Por lo tanto, para que el proyecto de liberación acometido por el oprimido adquiera un completo significado, el oprimido debe evitar identificarse con los opresores, y debe esforzarse por restaurar la humanidad de ambos (Freire, 1972, p.44). El médico etíope que abandona tanto a sus pacientes como a sus estudiantes en la Universidad Gondar de Ciencias Médicas en Addis Ababa, Etiopía, para establecerse en Washington, DC, y empezar desde cero está reivindicando su derecho, su libertad y poder. Quizás decidió marcharse porque sus aspiraciones profesionales se veían mermadas debido a ciertas disposiciones

políticas adversas a su desarrollo profesional. Sin embargo, al hacer esto podría estar indirectamente causando un gran perjuicio, intencionado o no, no sólo a sus pacientes y estudiantes, sino también al sistema de salud y la construcción institucional de Etiopía (Kapur y McHale, 2005).

A efectos prácticos es difícil aislar o disociar los entornos políticos de los económicos, o de los sociales; y, aunque los diferentes ámbitos o capitales aparecen independientes unos de otros, deberían ser considerados interconectados a través de lazos transaccionales. Se deduce pues que un análisis válido de la migración médica desde una perspectiva multidisciplinar necesariamente debe abordar algunos elementos del capital político, económico y socio-cultural. Por esta razón, las celdas en la Figura 1 han sido rellenas con varios ítems de sondeo que no son exclusivos del ámbito político. Así mismo, un análisis ecológico válido constará de múltiples niveles de evaluación/intervención incluyendo: nivel micro/personal, meso/relacional y macro/comunitario/institucional. En resumen, es una tarea ambiciosa y compleja abordar de forma adecuada todas las cuestiones potenciales obtenidas con este modelo.

Figura 1. Modelo válido ecológica y psicopolíticamente de migración de mano de obra cualificada (adaptado de Christen y Perkins, 2008; Prilleltensky, 2008)

		Dimensión Temporal- Etapas de bienestar-potenciación		
		Opresión (estado)	Liberación/Potenciación (proceso)	Bienestar (resultado)
Niveles de análisis/intervención	Ámbitos del entorno		Físico Económico Socio-cultural Político	Capital Capital Capital Capital
	Colectivo/Estructural /Comunitario	Explica las políticas institucionales que amenazan el bienestar de la mano de obra cualificada (p.ej. Planes de Ajuste Estructural); Explora el papel de la globalización y la ausencia de democracia participativa en la huida de capital humano	Explora las acciones sociales colectivas y estructuras políticas dentro de las comunidades de emigrantes en los países de acogida(p.ej. asociaciones incorporadas del país de origen; representación política de la diáspora)	Persigue conocer las variables a nivel macro que fomentan el retorno de la migración, y la reducción de la necesidad para emigrar (p.ej. Buena gobernabilidad; doble nacionalidad, etc.)
	Organizativo/Grupal/Relacional	Examina prácticas organizativas que comprometen las oportunidades de los trabajadores cualificados nativos (p.ej. Adquiriendo diferencial de poder entre trabajadores domésticos y expatriados, nepotismo; supresión de derechos colectivos de negociación de los sindicatos, etc.)	Examina los procesos de la socialización profesional de los nuevos emigrantes; explora las redes sociales de los emigrantes y la obligaciones dentro del sistema informal recíproco de intercambio que se extiende a los miembros de la familia en el país de origen.	Identifica los medios de promoción del bienestar en el país de origen (p.ej. externalidades; envío de dinero; transferencia de conocimientos y tecnología)
Individual/Personal/Psicológico	Identifica los factores de empuje y los procesos auto-selectivos que influyen en la decisión de emigrar (p.ej. baja compensación por mano de obra cualificada; percibida ausencia de potencial política)	Examina los recursos de resiliencia y las conductas de afrontamiento ante condiciones profesionales y vitales adversas (p.ej. Apego a las personas y lugar; activismo y liderazgo político; pluriempleo; planes de migración)	Examina las fuentes de potenciación y crecimiento personal; explora la seguridad de los medios de derechos y capital político percibido.	

Este artículo proviene de un estudio actualmente en desarrollo para una tesis doctoral sobre investigación y acción comunitaria. Presenta algunos temas que emergen de la recogida de datos en curso e investiga la utilidad del modelo de validez eco-psicopolítica para examinar de forma crítica las dinámicas de la migración médica internacional. La pregunta de la investigación que estructura este análisis es: ¿Qué factores y razonamientos son empleados, tanto a favor como en contra, para explicar la decisión de dejar la práctica médica en el África subsahariana y marchar a los EEUU?

Método

Muestra y procedimiento

El instrumento de recogida de datos consiste en una guía de entrevista semi-estructurada y un formulario de datos demográficos. Utilicé el Directorio Médico de AMA para identificar a todos los médicos, licencia-

dos o residentes, que se formaron o nacieron en un país localizado en la región del África subsahariana y que viven y ejercen la Medicina en la actualidad en los EEUU. Se escogió el área metropolitana de Washington DC como marco de la muestra primaria debido a la naturaleza cosmopolita de la región. Seleccioné intencionalmente una muestra heterogénea de médicos basándome en la proximidad geográfica, el país de origen, el género y el tiempo de estancia en los EEUU. Contacté con los participantes potenciales por teléfono. La mayoría de los miembros de la muestra inicial no estaba interesada en participar por varios motivos; desde la no disponibilidad de tiempo hasta razones personales no expresadas. En consecuencia, modifiqué mi estrategia de reclutamiento inicial y recluté varios médicos mediante el método de muestreo siguiendo el método de bola de nieve, usando a los entrevistados iniciales como captadores de nuevos participantes. En consonancia con la política del Comité Institucional de Revisión de Protocolos (IRB), todos los informantes participaron voluntariamente tras leer y firmar un formulario de consentimiento. La recogida de datos aún se está efectuando. Los nombres de los informantes utilizados en el artículo son pseudónimos.

Hasta junio del 2011, había un total de 10.776 médicos nacidos o formados en el África subsahariana (incluyendo un 27% de mujeres, $N = 2,953$) registrados en el banco de datos de AMA. Representan a 37 países y suponen un 8% de la cantidad total de doctores en activo de todo el subcontinente. En la actualidad, se está llevando a cabo un análisis descriptivo de esta población que será publicado por separado en otro artículo. Entrevisté a 30 médicos (21 hombres, 9 mujeres, edad Media = 43.3, rango de edad: 29-66 años) entre diciembre de 2010 y julio de 2011. Todos son inmigrantes de un país situado en el África subsahariana, y todos menos uno llegaron a los EEUU tras completar sus estudios de Medicina y trabajar en sus países de origen durante al menos un año. El rango de experiencia entre el más experimentado y el más novato era de 32 años de experiencia. El médico participante de mayor edad inmigró a los EEUU desde Liberia en 1982 y el más joven emigró desde Sudán en 2010. La mayoría de ellos eran ya licenciados en Medicina Interna, mientras que nueve de ellos están aún preparando la especialidad. Doce poseen la nacionalidad norteamericana y ocho más han expresado sus intenciones de nacionalizarse en los EEUU en un futuro próximo. Sólo un inmigrante de Ghana ha expresado claramente que no tiene previsto nacionalizarse en los EEUU. Otros no están seguros. Debido a la restricción de espacio, tan sólo se han incluido en este artículo las historias de participantes seleccionados.

Resultados

Los relatos de dos doctores

Dr. Obi es un médico formado en Nigeria, de 32 años de edad y actualmente preparando la especialidad en Medicina Interna. Está casado, tiene tres hijos y vive en el área metropolitana de Washington DC. Hace cinco años se trasladó a los EEUU desde su Nigeria natal. Le pregunté sobre las circunstancias y razones que le llevaron a tomar la decisión de abandonar Nigeria y establecerse en los EEUU. Dr. Obi explicó:

Mientras asistía a la facultad de Medicina, durante el penúltimo y último año, los intereses de la mayoría de nosotros comenzaron a cambiar al ser conscientes de las limitaciones que suponía ejercer la Medicina en Nigeria, especialmente limitaciones económicas. Era como un callejón sin salida. Así pues, comenzamos a observar a nuestros especialistas, a nuestros profesores, para averiguar cómo vivían. También comenzamos a contactar con algunas personas que se habían marchado y que ejercían en los EEUU y Europa. Así que, la mayoría de nosotros, y yo también, automáticamente preferíamos irnos. Si no hubiera llegado aquí a través de mi esposa [que es inmigrante de segunda generación y nacida en los EEUU], creo que también hubiera abandonado Nigeria por motivos puramente económicos.

A la Dra. Dehna, de 30 años y procedente de Etiopía, le apasiona la enseñanza. Tras licenciarse en la universidad de Medicina en 2004, trabajó de profesora en una institución médica con fondos gubernamentales durante un año y medio antes de inmigrar con su esposo a los EEUU tras un periodo de formación en Europa. Cuando se le preguntó por los motivos que le llevaron a abandonar Etiopía, informó:

No recuerdo exactamente en qué punto decidí que quería ejercer aquí o allí... Ya sabe, también valoro mucho ejercer Medicina en mi país; es decir, me gustaría ayudar a la gente. Allí se atiende a mucha gente, aunque hay muchos factores que afectan la práctica de la Medicina allí; es decir, los recursos son limitados. Además, nuestro gobierno es un gobierno corrupto. Hay tantos intereses políticos creados con la práctica de la Medicina. Pero, no recuerdo el momento específico en el que pensé “de acuerdo, ahora es el momento de salir de este país y ejercer en el extranjero”... Simplemente una cosa nos llevó a otra. Se sucedió una cadena de acontecimientos y por eso estoy aquí. Pero nunca planeé hacer mi especialidad aquí y nunca planeé abandonar mi país... Llegué a los EEUU como turista, y entonces, más tarde, decidí quedarme.

Cuando la doctora Dehna habla sobre los aspectos más memorables de su experiencia profesional en Etiopía, es obvio que su país natal ha perdido no sólo a una profesora apasionada, sino también a una profesional de la salud dedicada y compasiva:

Recuerdo que siendo interna durante mi último año de la carrera de Medicina, atendí a un paciente, un niño de siete años con leucemia. Como ya sabe, la leucemia es una enfermedad de la médula ósea... Su madre y su padre no creían en las transfusiones de sangre. Creían que si ellos donaban sangre, morirían o que algo peor le ocurriría a la familia... El niño tenía hermanos y hermanas, pero todos se negaron a donar sangre. Decían: Dios nos ha dado la sangre a nosotros y si ha decidido llevarse con él a ese niño, pues que así sea. Se supone que no tenemos que donar sangre porque es tabú... Solicitamos sangre del banco de transfusión de sangre pero no pudimos conseguirla. Así que yo tuve que donar sangre. Le doné mi sangre pero incluso entonces su hemoglobina tan sólo llegaba a 3; 3 es un nivel muy bajo... Su hemoglobina aumentó, quizás en 5 unidades. Sin embargo, su médula ósea era incapaz de producir más células... creo que permaneció en el hospital durante un mes, y después murió... Así que me sentí realmente muy triste y deprimida, y decidí que no me especializaría en pediatría. Soy incapaz de sobrellevar la muerte de niños.

El contraste entre los dos recuentos arriba citados proporciona algunas de las semillas con las que comenzar a trazar una interpretación eco-psicopolítica de los temas y variaciones emergentes. Como se describió anteriormente, el marco conceptual propuesto parte de la premisa de que los doctores emigrantes van en busca de liberación y bienestar.

Temas y variaciones emergentes

La búsqueda del bienestar individual y relacional

Mientras que Obi es un ejemplo del enfoque neoclásico del emigrante económico, y su historia subraya la importancia de la agencia individual como factor determinante de la migración médica, el perfil de Dehna difícilmente encaja en el del *homo economicus*. Un detalle interesante de la historia de Obi es que él se casó con una ciudadana de los EEUU mientras vivía en Nigeria. En otras palabras, ya formaba parte de una red de migración transnacional, en la que su esposa nacida en los EEUU servía de nodo principal de la red. Para él, los incentivos económicos de trasladarse a los EEUU eran muy altos, mientras que las restricciones políticas de entrar en los EEUU eran mínimas debido a su filiación matrimonial. El suyo es un caso en el que la búsqueda del bienestar económico del emigrante se halla unida a la necesidad relacional de reunirse con su esposa en el país de destino. Tras completar el año de interno obligatorio en un hospital local, abandonó Nigeria cuando se le presentó la primera ocasión. Habría que destacar que Obi contó con cierta ventaja en comparación a su colega Dehna, que probablemente necesitó invertir en un costoso asesoramiento legal o institucional para conseguir un permiso de residencia legal que le permitiera quedarse en los EEUU. Su testimonio habla por sí mismo: “Llegué a los EEUU como turista, y más tarde decidí quedarme”.

La búsqueda del bienestar es un derecho legítimo, natural e inalienable. Sin embargo, la búsqueda del bienestar individual o relacional, independientemente o a expensas del bienestar de la comunidad es suma-

mente problemática cuando el emigrante en potencia es un médico de un país con muy pocos médicos. La versión moderna del Juramento Hipocrático enfatiza la responsabilidad social del médico: “Recordaré que soy un miembro de la sociedad, con obligaciones especiales con el prójimo, tanto con el que goza de salud mental y corporal, como con el enfermo” (Lasagna, 1964). Aunque los médicos pueden tener diversas razones para elegir cursar estudios de Medicina, “existe un acuerdo generalizado de que el interés de los pacientes tiene prioridad al interés económico de los médicos y que la profesionalidad también conlleva la prestación de un servicio a las poblaciones vulnerables y el compromiso cívico” (Rothman, 2000, p. 1284). En ese sentido, es comúnmente aceptado que la función más obvia de los médicos es ser profesionales de la salud, y que el fin último de la Medicina es estar al servicio del bienestar y la asistencia social. En su esencia, la práctica de la Medicina es simplemente solidarizarse con otros seres humanos (The Arnold P. Gold Foundation, n.d.). El neurocientífico alemán Rudolph Virchow (citado en Farmer, 1999) enfatizaba la función de los médicos de atención a los más vulnerables cuando les animaba a convertirse en los defensores naturales de los pobres.

Así pues, cuando el emigrante en potencia es un médico de un país azotado por pandemias como el VIH/SIDA y la malaria y con una grave carestía de personal médico, como es el caso de muchos países del África subsahariana, debe haber un argumento de mayor peso que las razones económicas y las necesidades relacionales. El argumento tendría que ser más convincente, ya que los doctores se trasladan con un bien que no les pertenece totalmente. En la mayoría de los casos, su preparación médica fue pagada por los contribuyentes.

La “imposición” de la formación médica como fuente de opresión

Comencé todas las entrevistas con la misma cuestión básica, preguntando al emigrante sobre sus razones para elegir la Medicina como carrera. Mientras que la mayoría informaban que sentían pasión por su profesión y que volverían a elegir la misma carrera si pudieran empezar de nuevo, una cuestión recurrente que se desprendía de sus respuestas era el hecho que, aparte de la Medicina, no disponían de muchas más opciones profesionales en su países de origen. Vale la pena señalar que en casi todos los países de África y la mayor parte del mundo, los estudiantes acceden a la facultad de Medicina directamente desde sus estudios de secundaria. En otras palabras, no tienen la posibilidad de cursar cuatro años de educación universitaria generalista que les ayudaría a ampliar el espectro de alternativas y oportunidades a su disposición. Obi describió su encuentro con la Medicina en los siguientes términos:

En Nigeria, cuando yo cursaba los estudios de secundaria, era la norma; una inercia por la que las personas que obtenían muy buenos resultados en secundaria automáticamente aspiraban a los cursos supuestamente más difíciles, los cuales incluían Medicina, Derecho e Ingenierías. Aquellos que estudiaban ciencias puras entraban en Medicina. Así que, obviamente, esa fue la principal razón o fuerza que me empujó a entrar en Medicina, por pertenecer a ese grupo.

Aunque Obi no se arrepiente de ejercer la Medicina en los EEUU y reconoce que “es difícil resistirse” a los incentivos salariales, parece evidente que una orientación profesional coherente podría haber ayudado a Obi a descubrir su verdadera vocación y realizarse profesionalmente estudiando otra carrera distinta a Medicina. Reconoció que probablemente hubiera estudiado Económicas o Empresariales si hubiera tenido la oportunidad. Oshie, oriundo de Ghana de 51 años y que ha estado viviendo y ejerciendo la Medicina de urgencias en los EEUU durante los últimos 20 años expresó un sentimiento similar:

Nunca pensé que me gustaría convertirme en médico; ... Probablemente me hubiera gustado ser matemático o músico. Simplemente, las opciones tras finalizar la educación secundaria en mi país eran muy pocas por aquel entonces. Si se obtenían buenos resultados y se tenía una inclinación a las ciencias, se podía elegir entre las Ingenierías, la facultad de Medicina, o quizás Magisterio. No quería ser profesor. Mientras que yo era muy bueno en Matemáticas, mis profesores de Matemáticas en 6º grado no parecían serlo... Así que, tomé una decisión consciente y puse todo mi empeño en no fallar. Así es como elegí hacer Biología. Así es como acabé en la facultad de Medicina.

Es importante resaltar que casi 20 años separan a estos dos médicos tanto en edad como en su acceso a la formación y práctica de la Medicina. Además, uno de ellos se formó en Nigeria, mientras que el otro recibió su formación en Ghana. Sin embargo, ambos describieron unas experiencias y unos contextos sorprendentemente similares. Esto nos lleva a recordar el comentario de Bronfenbrenner (1979) de que “dentro de una cultura determinada, los escenarios [u organizaciones] de un determinado tipo tienden a parecerse mucho, mientras que entre culturas son significativamente diferentes” (p.4). Vale la pena destacar esta observación porque se puede considerar que el sistema educativo y la cultura de Nigeria y Ghana son pertenecientes a un mismo conjunto. Esta suposición es aplicable a todos los países anglófonos del África subsahariana, y hasta cierto punto a toda la región del África subsahariana, y nos sirve de guía en el presente estudio.

Los sentimientos de los que se hacen eco Obi y Oshie no son necesariamente los más extendidos. Sin embargo, son profundamente elocuentes en el sentido en que ambos doctores rehuyen cualquier conveniencia social y reconocen sus motivos poco relacionados con la salud que les llevaron a convertirse en médicos. El reconocer estos motivos, en efecto, podría ser un síntoma de crecimiento (Siegel, 2009). Admitieron sin vacilar que el deseo de aliviar el dolor, de confortar a los afligidos y curar a los enfermos no fue el principal motivo que les llevó a ejercer la Medicina. Usando las propias palabras de Obi, la Medicina se les “impuso” porque eran buenos, y probablemente muy buenos, en ciencias. Hay que reconocer que “el principal imperativo de un médico es tener experiencia en la ciencia médica (Groopman, 2006, p. xiii). Sin embargo, si una facultad de Medicina admite a estudiantes exclusivamente por su rendimiento académico sin comprobar las aptitudes, valores y motivos ulteriores del candidato, podría verse comprometida la sagrada misión de curación.

Esto no significa necesariamente que Obi y Oshie carezcan de importantes atributos como la compasión, la empatía y la solidaridad, los cuales en combinación con la curación son las marcas distintivas de la Medicina. Más bien sugiere, al menos en parte, que la limitada cantidad de opciones profesionales a su disposición al terminar la educación secundaria creó un contexto de privación de posibilidades de elección que los forzó a elegir un destino profesional que ellos admitieron no haber querido elegir. Si pudieran comenzar su carrera profesional de nuevo, un médico se convertiría en ingeniero y el otro en músico. A juzgar por sus palabras, la Medicina fue simplemente un recurso que eventualmente les sirvió como pasaporte para expatriarse.

Así mismo, el contexto de privación de posibilidades de elección descrita por los médicos emigrantes nos obliga a reconocer la realidad de la opresión/violencia estructural tan extendida en muchos escenarios del África subsahariana. La violencia estructural afecta a las condiciones sociales y económicas que determinan quién está en riesgo de experimentar una disminución significativa de calidad de vida y quién se halla protegido de estos ataques (Farmer, 1996). Así mismo, unas oportunidades económicas mermadas son la característica más sobresaliente de la violencia estructural. Muchos de los médicos emigrantes a quienes entrevisté reconocieron que el capital económico fue un determinante muy importante en su decisión de marcharse y un factor disuasor incluso más fuerte contra un potencial regreso. Dadas las amplias necesidades médicas en todos los países del África subsahariana, ninguno de ellos estaba en el paro en el momento de la emigración. Pero esto no quiere decir que no estuvieran privados económicamente. Infiero de sus distintas afirmaciones que consideraban que estaban subempleados y que eran relativamente pobres en comparación a los burócratas políticos.

Dr. Yao (hombre, 47 años, ejerció durante seis años en Ghana, inmigró hace 14 años):

Creo que debería regresar a mi país. Esa es la razón por la que, cuando me preguntó acerca de nacionalizarme en los EEUU, no estaba seguro de si quería nacionalizarme aquí... Me gustaría regresar y ayudar a mi país.

Entrevistador: ¿Y por qué?

Dr. Yao: ¡Umm! No me veo convirtiéndome en un norteamericano y quedándome aquí el resto de mi vida. Fui educado en Ghana y necesito devolverle algo de lo que me dio... Al menos, si no puedo hacer trabajo de clínica en los últimos años de mi vida [tras mi regreso], puedo al menos enseñar en alguna facultad de Medicina.

Entrevistador: Por sus respuestas, parece obvio que realmente cree que tiene alguna responsabilidad social que debe devolver al país que lo formó, pero ¿qué importancia le otorga a esa responsabilidad?... Supongo que siempre hay que renunciar a algo [es decir, algo que perder]. La mayoría de los emigrantes pueden decir que quieren regresar, pero llegado el momento, los seguiremos viendo por aquí 25 o 40 años más tarde. Es decir, ¿Qué importancia le otorga a sus deseos de volver?

Dr. Yao: Sí, le doy mucha importancia a mi responsabilidad social. Se contradice un poco con las razones por las que vine aquí. Me necesitaban en Ghana cuando me fui. Pero por aquel entonces mi economía estaba fatal, y lo que ocurría es que los políticos, alguien con un nivel educativo bajísimo y que no tenía mucho que ofrecer, sólo por el hecho de entrar en política... se les prestaba mucha más atención que a los doctores que estaban realmente trabajando en el terreno. Así que fue me vine aquí por frustración y por motivos económicos... Cuando comencé a tener hijos y facturas del colegio y no pude pagarlas, decidí venirme. Lo más indignante es que estos políticos que no sabían nada de nada, sólo porque les bailaban el agua a los príncipes en el poder, tenían dinero aquí y allí y lo malgastaban. Así que, cuando uno se para a pensar en ello, yo estoy en pie trabajando día y noche y, sin embargo, al final no puedo ni tan siquiera pagar el colegio de mis hijos, entonces, ¿de qué me sirve estar aquí? Me necesitáis aquí, pero parece como si no me quisierais aquí. De esa forma, las prioridades del país estaban totalmente equivocadas.

Descontento con el liderazgo político

La privación salarial y el cinismo frente al liderazgo político manifestados por Yao en el anterior intercambio son evidentes. No es el único que expresó resentimiento contra los burócratas políticos. Dehna fue incluso más contundente. No disimuló su desagrado por el status quo político. Le hice la siguiente pregunta: “¿Qué parte de Etiopía no echas de menos en absoluto?”. Ella respondió sin reservas y dando un respingo exclamó: “¡El gobierno!”. Y a continuación se explicó en mayor profundidad, hablando de Meles Zenawi, el actual jefe de gobierno de Etiopía:

¡Ese tipo es un delincuente!... Recuerdo que en una ocasión el primer ministro estaba dando una rueda de prensa para algunos medios de comunicación internacionales, y le interpellaron: ‘Ya sabe que muchos doctores huyen del país porque no se les paga mucho. Para conseguir algún tipo de incentivo de dinero público se necesita realizar un servicio de 10 a 14 años, y para cuando terminan ese servicio ya les ha llegado la vejez’. Así pues, le preguntaron si se podía hacer algo para evitar que esto siguiera ocurriendo, y él dijo: ‘Oh, me parece bien. Mi país no necesita doctores. Se pueden marchar todos a donde quieran’. Sí, eso es lo que le dijo a la prensa internacional... Lo que quiero decir es que, si nadie te reconoce el trabajo, si no se recompensa lo que haces, entonces ¿de qué sirve quedarse?... Si me pregunta en este mismo instante si me iría a Etiopía y me dice que me pagaría millones, le diría que no voy, porque quiero que se termine ese gobierno. No hay libertad en mi país... Nuestro entorno político actual no es lo que yo quiero para mí. No puedo vivir en ese tipo de ambiente.

El mordaz comentario de Meles Zenawi, primer ministro de Etiopía, acerca de que ese país no necesita médicos está documentado (véase p.ej., AndyMedia). Sin embargo, podría ser una exageración concluir que no existe voluntad política en Etiopía para mitigar la grave carestía de profesionales de la salud en el país. Tan recientemente como el pasado mes de abril de 2011, un reportaje de investigación de la BBC Health Check revela que el gobierno etíope ha estado realizando inversiones importantes a través del *Programa de Fomento de Salud de Etiopía* para reclutar, formar y contratar a “trabajadores de fomento sanitario” (es decir, trabajadores sanitarios en las comunidades) para llevar la sanidad a las comunidades rurales de toda Etiopía. Se sabe que el gobierno de Etiopía está diseñando un programa para que los trabajadores de fomento de salud finalmente lleguen a convertirse en médicos de cabecera tras varios años de experiencia y servicio profesional. El programa se inició en 2003 y ya se han formado a 32.000 mujeres locales (dos mujeres en cada pueblo) para

asesorar sobre las prácticas sanitarias de inmunización y prevención, para diagnosticar casos de tuberculosis y malaria, y para actuar de comadronas en los partos (Health Check, 2011).

A pesar de lo impresionantes que puedan parecer estos esfuerzos, los últimos datos del Observatorio Global para la Salud indican que en 2007 había a penas tres trabajadores comunitarios de sanidad por cada 10.000 etíopes. En 2005 sólo el 6% de los nacimientos en Etiopía fueron asistidos por personal médico preparado, mientras que más del 50% de niños menores de cinco años padecía raquitismo. Así mismo, en 2009 más del 10% de los niños murió antes de su quinto cumpleaños (WHO, n.d.). Hay contabilizados 3 millones de casos de malaria en Etiopía. Entre los adultos (15-49 años de edad) con infección por VIH avanzada, 45% no recibían ninguna terapia antirretroviral en 2009. Así pues, negar la importancia y necesidad de doctores en Etiopía no sólo denota insensibilidad sino flagrante irresponsabilidad por parte del jefe de gobierno. Además, para que el *Programa de Fomento de Salud* de Etiopía sea viable y sostenible a largo plazo, los médicos necesariamente deben implicarse personalmente en su desarrollo, porque ellos son los responsables de formar a los formadores de trabajadores de fomento sanitario.

Opresión estructural macrolinternacional

El análisis de datos cualitativos depende de la capacidad de inferir el significado apropiado de las afirmaciones. Una interpretación alternativa de las declaraciones de Meles Zenawi podría ser que el gobierno de Etiopía no puede hacer mucho para evitar las poderosas corrientes de la globalización y convencer a los médicos de permanecer en el país. Etiopía es, en efecto, un país muy pobre que compite por formar y retener una fuerza viable de profesionales médicos con todas las de perder en un contexto global repleto de disparidades y desigualdades. La globalización y los avances tecnológicos han comprimido el tiempo y el espacio hasta el punto que las fronteras geográficas de las naciones-estado se han vuelto manifiestamente permeables para la economía/comercio. Hablando acerca de la extralimitación opresiva de la economía, Rowe (2000) afirmó acertadamente:

En la economía no existe el concepto de suficiente: sólo un ansia crónica por más, un hambre que no puede ser saciada. Esto requiere que toda vida sea convertida en un producto a la venta. El resultado es un proceso implacable de reclusión... [el cual] invade todos los aspectos de nuestros seres individuales y colectivos... Pagamos a cirujanos para mejorar nuestro aspecto, a las empresas farmacéuticas para mejorar nuestros estados mentales, a nuestros 'clubs' deportivos para aportar actividad a nuestros cuerpos (para 11-12)

En efecto, la salud es tratada como un bien de consumo en los EEUU y los proveedores de atención médica son cada vez más demandados en todo el mundo debido a las necesidades médicas de las poblaciones envejecidas del mundo occidental. El médico etíope es muy consciente de este hecho.

A menos que se utilice la coacción física y se violen flagrantemente los derechos humanos por gobiernos autoritarios, no hay posibilidad de evitar que los médicos abandonen sus países de origen si están decididos a hacerlo. Y si el médico etíope emigrante en potencia no puede llegar a los EEUU, siempre puede marchar a Botswana o Sudáfrica. La comercialización de la sanidad junto a una relativa carestía de profesionales de la salud en Norteamérica es un fuerte factor de atracción en la base de la fuga de cerebros del sector médico en el África subsahariana.

Ante la restricción de recursos, un nivel mínimo de sacrificio sería de esperar por parte de todos los actores sociales, incluyendo los médicos. Así pues, cuestioné a los participantes para que dieran su punto de vista sobre la falta de patriotismo percibida de las generaciones más jóvenes de médicos del África subsahariana en comparación a las generaciones anteriores. Un participante ahondó en su reflexión y reconoció la influencia de las fuerzas económicas globales, es decir, las instituciones financieras internacionales (IFIs). Dr. Sannu, oriundo de Kano, al norte de Nigeria, tiene 40 años y actualmente ejerce Medicina ocupacional y salud pública en Middle Tennessee. A principios de 2011, se nacionalizó estadounidense. Tras acabar sus estudios de Medicina, trabajó durante siete años en Nigeria antes de emigrar a los EEUU. Aportó su punto de vista sobre las raíces de las desigualdades sanitarias, salariales y de recursos médicos de la siguiente manera:

Todavía hay mucho patriotismo. Pero la diferencia es, digamos que eres un médico nigeriano, te formaste en el Reino Unido en los años 70 y vives allí, tu salario es, digamos, 1.000 libras al mes; y regresas a Nigeria y tu salario es de 1.000 Nairas al mes, lo cual es un sueldo similar porque el Naira y la Libra estaban casi a la par por aquel entonces. Por aquel entonces, no tenías ningún motivo para querer irte a vivir al extranjero. La electricidad era estable; en cuanto a los avances tecnológicos, las diferencias no eran tan marcadas; los protocolos médicos que prevalecían en Europa eran los mismos protocolos que teníamos en nuestro país. Pero, ¿qué ocurrió en los 80? Las cosas se precipitaron cuesta abajo. Pasamos a un cambio de 1 Naira-0.75 peniques, a 150 Nairas-1 penique. Así pues, de repente, el hombre que decidía ir a los EEUU podía ganar 100 veces más que sus colegas en Nigeria. En cuanto a los adelantos médicos, de repente los países occidentales continuaron progresando mientras que nosotros incluso retrocedimos. Cuando realicé las prácticas en Obstetricia/Ginecología en 1994, tenía que hacer guardias cada tres días. No pasaba ni un solo día que no perdiera algún paciente debido a causas totalmente evitables, preclampsia, eclampsia, o sangrado tras el parto, o septicemia... ¡Causas completamente evitables! La paciente llega, presenta síntomas de placenta retenida; ... De hecho, se ponen las cosas tan mal en el quirófano que el paciente tiene que pagar su propia anestesia antes de la operación; así que, si no pueden pagar esos 20 dólares, sólo por 20 dólares, la mujer de parto muere, ¿y qué puedes hacer?... Yo no podía hacer nada porque todo el sistema estaba en quiebra.

Sannu no mencionó directamente los controvertidos Planes de Ajuste Estructural (Structura Adjustment Plans, SAPs). Sin embargo, es evidente que su relato es toda una denuncia contra estos. En una conversación con Mullan (2007), Paul Farmer, un destacado defensor de la igualdad sanitaria global, expresó un sentimiento similar al de Sannu. Reflexionando sobre la fuga de cerebros en el sector médico, declaró:

Muchos profesionales de la salud no se irían si tuvieran las herramientas necesarias para desempeñar su trabajo. Hablo en particular de las pruebas de laboratorio y medicamentos. Estos deben estar disponibles a los pacientes según las necesidades y no en la capacidad de pagar. En muchos países estos bienes y servicios solían ser proporcionados por las clínicas públicas. La principal razón de existir del sistema de salud público era poner en disposición de los pobres los frutos de la Medicina moderna y la salud pública. Esa filosofía fue sabotada durante el periodo de ajuste estructural y sigue siendo socavada hoy en día (p. 1065).

Los Planes de Ajuste Estructural (SAPs) eran un conjunto de condiciones a cambio de créditos impuestas a los países endeudados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial a comienzos de la crisis de endeudamiento del Tercer Mundo en los años 80 (véase, p.ej., Adepoju, 2004; MacLean, Quadir, y Shaw, 1997). Las medidas incluían, entre otras, la devaluación de la moneda, privatización, desregulación, eliminación de subsidios, y cobro por todos los servicios públicos hasta entonces gratuitos, incluyendo la educación primaria y los servicios de salud. Las consecuencias de los Planes de Ajuste Estructural para el desarrollo humano fueron nocivos e invasivos, y sus detractores los han rechazado tanto desde un punto de vista político como moral (véase, p.ej., Lewis, 2005). Los Planes de Ajuste Estructural fueron probablemente el catalizador más importante que permitió el presente escenario de una cultura de emigración de mano de obra cualificada desde el África subsahariana (véase, p.ej., Adepoju, 2004). Una vez iniciada la migración médica, se hizo autosostenible a lo largo de los años gracias a las redes de médicos emigrantes, la demanda de personal sanitario en Occidente, y la consiguiente cultura de migración médica (véase, p.ej., Hagopian et al., 2005).

Discusión

Señalé al principio que el presente estudio es un análisis preliminar y no pretende abordar todas las cuestiones que emergen a partir del modelo tri-dimensional. De hecho, ni siquiera la tesis en la que este breve artículo se inspira lo pretende. Sin embargo, el examen preliminar de este artículo arroja algo de luz sobre el modelo de validez eco-psicopolítica como un paradigma valioso para la investigación sobre la migración. La

validez epistémica del análisis multinivel aquí abordado puede ser evaluado mediante las siguientes preguntas:

A nivel micro/individual: ¿Explora el análisis los motivos individuales y subraya la agencia de los médicos emigrantes en la toma de su decisión a emigrar? ¿Identifica las posibles presiones ejercidas sobre los futuros médicos emigrantes por miembros familiares y los otros significativos?

A nivel meso/organizativo: ¿Identifica el análisis las posibles formas de resistencia de los gobiernos locales a controlar los flujos de migración o a reponer el vacío laboral creado por la emigración de médicos? ¿Analiza qué medidas están tomando los ministros de salud de los países afectados para responder a la crisis creada por la continua emigración de los escasos recursos humanos del sector sanitario?

A nivel macro/individual: ¿Reconoce el análisis la influencia histórica de las dinámicas económicas globales que se dan al inicio de la fuga de cerebros en el sector médico del África subsahariana?

Aunque no se han explorado de forma exhaustiva, el presente estudio, en efecto, aborda todas las cuestiones arriba mencionadas, reflejando tres lugares principales de intervención: el emigrante individual y su red social, el liderazgo político en los países de origen, y el sistema macro-internacional. Una limitación importante, sin embargo, es no haber logrado obtener los puntos de vista de aquellos que no se marcharon. Pero esto no es tanto una limitación del modelo como un fracaso del investigador. Existe un proyecto en marcha para entrevistar a colegas establecidos en el África subsahariana o seguidores de los médicos emigrantes que participaron en la investigación.

En resumen, la libertad de agencia que los médicos “poseen individualmente se halla inevitablemente determinada y limitada por las oportunidades sociales, políticas y económicas [e incluso físico-ambientales] a su disposición” (Sen, 1999, p. xi-xii). Un estudio crítico como el sugerido aquí debe examinar necesariamente las crecientes desigualdades globales entre los países de origen y de destino, y así identificar los procesos económicos globales y las fuerzas de opresión política que estructuran estas disparidades y perpetúan la emigración continuada de médicos desde el África subsahariana. Sin embargo, el concepto de transformación contenido en la dimensión temporal del modelo refleja la idea de que las organizaciones, las instituciones y otros procesos estructurales no son impermeables al cambio social. Los individuos pueden propiciar un cambio sistémico a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la tarea de detener e invertir los flujos de migración de médicos precisa de la total participación de los principales agentes: los médicos emigrantes. Los participantes aportaron importantes ideas para el desarrollo y las políticas de inmigración, aunque no puedan ser discutidas en este artículo por cuestiones de espacio.

Conclusión

En un mundo de desigualdades sociales y económicas, en el que los poderes raciales y geográficos frecuentemente determinan quiénes corren un mayor riesgo de experimentar los peores efectos de la violencia estructural y quiénes están protegidos de esos ataques, cualquier privación de recursos escasos a aquellos que más los necesitan debería ser considerada, con toda justicia, un delito. Sin embargo, cuando el recurso en disputa es un ser humano adulto bien informado y competente, que elige libremente y por propia voluntad ejercer su libertad a desplazarse con total conocimiento de que tal desplazamiento podría ser nocivo para su comunidad de origen, se hace necesario examinar con detenimiento no sólo el contexto ecológico complejo y los procesos políticos que estructuran las cada vez mayores desigualdades de riesgos y amenazas entre personas y comunidades, sino también explorar atentamente el significado personal que los médicos emigrantes asignan a sus expatriaciones. Ese es el reto que se le plantea a la investigación sobre migración médica. El presente artículo ha intentado responder a ese reto adaptando un enfoque crítico y multidisciplinar raras veces empleado en la investigación sobre migración. El modelo tridimensional adaptado ilustra los esfuerzos realizados en estudios comunitarios para emplear las herramientas analíticas que mejor reflejen la complejidad de los fenómenos sociales. La complejidad del modelo impulsa a los estudiosos a trascender los cómodos ámbitos de sus especialidades y a tomar prestadas las perspectivas y enfoques de otras disciplinas con el fin de abordar algunas de las cuestiones éticas y sociales más apremiantes de nuestro tiempo. La migración internacional de médicos del África subsahariana hacia Occidente es, sin duda, una de esas cuestiones.

Referencias

- Adepoju, A (2004). Trends in international in and from Africa. In D. S. Massey and J. E. Taylor (Eds.), *International migration: Prospects and policies in a global market*. New York: Oxford University Press.
- American Medical Association (2011). *American Medical Association Physician Professional Data*. Chicago, IL: Author.
- AndyMedia (2007, March 7). *Ethiopia's Prime Minister: "We don't need doctors"*. Retrieved from: http://www.ethio-media.com/articles/we_do_not_need_doctors.html
- Akhtar, S. (1995). A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1051-1084.
- Arango, J. (2004). Theories of international migration. In D. Joly (Ed.), *International migration in the new millennium: Global movements and settlements*. (pp. 15-35). Burlington, VT: Ashgate Publishing Limited.
- Baker, R. & Wright, H. (1955). *Midwest and its children: The psychological ecology of an American town*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- Bartky, S. L. (1990). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of domination*. New York: Routledge.
- Beine, M., Docquier, F., & Marfouk, A. (2007). Measuring international skilled migration: A new database controlling for age of entry. *The World Bank Economic Review*, 21, 249-254. doi:10.1093/wber/lhm007.
- Beine, M., Docquier, F., & Rapoport, H. (2008). Brain drain and human capital formation in developing countries: Winners and losers. *The Economic Journal*, 118, 631-652.
- Berry W. J., Phinney, S. J., Sam, L. J., & Vedder, P. (2006). Youth immigrant: Acculturation, identity, adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 303-336.
- Bhagwati, J. & Partington, M. (1976). *Taxing the brain brain: A proposal*. North Holland Co: Amsterdam.
- Borjas J. B. (2000). *Issues in the economics of Immigration*. Chicago: NBER.
- Boyd, M. (1989). Family and personal networks in international migration. Recent developments and new agendas. *International Migration Review*, 23, 638-670.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Castles, S. (2002). Migration and community formation under conditions of globalization. *International Migration Review*, 36, 1143-1168.
- Cheng, L. & Yang, P. Q. (1998). Global interaction, global inequality, and migration of the highly y trained to the United States. *International Migration Review*, 32, 626-653.
- Christen, B. & Perkins, D. (2008). Transdisciplinary, multilevel action research to enhance ecological and psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36, 214-231.
- Fanon, F. (1963). *The wretched of the earth*. New York: Grove Press Inc.
- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: A view from below. *Doedalus*, 125, 261-283.
- Farmer, P. (1999). Pathologies of power: Rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89, 1486-1496.
- Federal Bureau of Investigation (2009). *Head of English language school sentenced to federal prison for immigration fraud conspiracy*. Retrieved from: <http://www.fbi.gov/atlantapress-releases/2009/at1083109.htm>
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Herder and Herder.
- Fryer, D. (2008). Power from the people? Critical reflection on the conceptualization of power. *Journal of Community Psychology*, 36, 238-245. doi:10.1002/jcop.20234
- Groody, D. G. (2009). Crossing the divide: Foundations of a theology of migration and refugees. *Theological Studies*, 70, 638-667.
- Groopman, J. E. (2006). Foreword. In S. Pories, S. H. Jain, & G. Harper (Eds.). *The soul of a doctor: Harvard medical students face life and death* (pp. XI-XIV). New York: Algonquin Books of Chapel Hill.
- Grubel, H. G. & Scott, A. (1966). The international flow of human capital. *American Economic Review*, 56, 268-274.
- Hagopian, A., Ofosu, A., Fatusi, A., Biritwum, R., Essel, A., Gary, H. L., & Watts, C. (2005). The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science & Medicine*, 61, 1750-1760. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.027
- Health Check (2011, April 13). *How Ethiopia is getting health care to rural areas by training local women to provide*

- it. Is it improving the nation's health?* Retrieved from: http://www.bbc.co.uk/iplayer/episode/p00fvn5q/Health_Check_13_04_2011/
- Health Check (2011, April 6). *Why hundreds of Ethiopia's doctors are leaving to work abroad. What's drawing them away, can they be encouraged to stay and what's the impact on the country's health?* Retrieved from: http://www.bbc.co.uk/iplayer/episode/p00fv15n/Health_Check_06_04_2011/
- Hollifield, F. J. (2004). The emerging migration state. *International Migration Review*, 38, 885-912.
- Hopper, J. (2011). Immigration officials: Tri-Valley U and students involved in visa scam. *Abc News.com*. Retrieved from: <http://abcnews.go.com/US/immigration-officials-tri-valley-university-sham-selling-student/story?id=12974636>
- Johnson, H. (1965). The economics of the 'brain drain': The Canadian case. *Minerva*, 3, 299-311.
- Kapur, D. & McHale, J. (2005). *Give us your best and brightest: The global hunt for talent and its impact on the developing world*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Kothari, U. (2001). Power, knowledge and social control in participatory development. In B. Cooke & U. Kothari (Eds.), *Participation: The new tyranny?* (pp. 139-152). New York: Zed Books.
- Krissman, F. (2005). Sin cayote ni patron: Why the migrant network fails to explain international migration. *International Migration Review*, 39, 4-44.
- Lasagna, L. (1964). *The Hippocratic Oath-modern version*. Retrieved from: http://www.pbs.org/wgbh/nova/doctors/oath_modern.html
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewis, S. (2005). *Race against time*. Toronto, ON: Anansi.
- Lomnitz, L. (1977). *Networks and marginality*. New York: Academic Press.
- Maclean, S. J., Quadir, F., Shaw, T. M. (1997). Structural adjustment and the response of civil society in Bangladesh and Zimbabwe: A comparative Analysis. *New Political Economy*, 2, 149-164.
- Mar'i, S. K. (1988). Challenges to minority counselling: Arabs in Israel. *International Journal of the Advancement in Counselling*, 11, 5-21.
- Martinez, E. (2011). Tri-Valley University raid: Feds probe Calif. "sham university" for immigration fraud. *CBS News.com*. Retrieved from: http://www.cbsnews.com/8301-504083_162-20030216-504083.html
- Massey, S. D. & Taylor, J. E. (2004). *International migration: Prospects and policies in a global market*. New York: Oxford University Press.
- Massey, D (1990). Social structure, household strategies, and the cumulative causation of migration. *Populations Index*, 56, 3-26.
- Mattoo, A., Neagu, C. I., Ozden, C. (2008). Brain waste? Educated immigrants in the US labor market. *Journal of Economic Development*, 87, 255-269.
- Mullan, F. (2007). Health, equity, and political economy: A conversation with Paul Farmer. *Health Affairs*, 26, 1062-1068. doi 10.1377/hlthaff.26.4.1062
- Murray, H. A., Barrett, W. G., & Homburger, E., Langer, W. C., Meekel, H. S., Morgan, C. D., ... Wolf, R. E. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York: Oxford University Press.
- Ozden, C. & Schiff, M. (Eds.), (2006). *International migration, remittances & the brain drain*. Washington, DC and New York: The World Bank & Palgrave Macmillan.
- Paterson, T. R. & Keley, R. D. G. (2000). Unfinished migration. *African Studies Review*, 3, 11-45.
- Perkins, D.D. & Procentese, F. (2010). Disordine percepito, paura, o xenofobia? Un modello globale di ricerca - azione con le comunità di immigrati [Perceived disorder, fear or xenophobia? A comprehensive model for action research on immigrant communities]. *Rivista di Psicologia di Comunità* (special issue on ecological models and migration), 6, 25-39.
- Portes, A. & Bach, L. R. (1985). *Latin journey: Cuban and Mexican immigrants in the United States*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- Portes, A. & De Wind, J. (2004). A cross-Atlantic dialogue: The progress of research and theory in the study of international migration. *International Migration Review*, 38, 828-851.
- Portes, A. & Walton, J. (1981). *Labor, class, and the international system*. New York: Academic Press.
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: An integration of psychological and political dynamics. *Journal of Community Psychology*, 36, 116-136.

- Ravenstein, E. G., (1885). The laws of migration. *Journal of the Royal Statistical Society*, 48, 167-227.
- Rapoport, H. (2002). *Who is afraid of the brain drain? Human capital flight and growth in developing countries* (Policy brief, April 2002). Stanford, CA: Stanford Institute for Economic Policy Research.
- Rothman, D. J. (2000). Medical professionalism-focusing on the real issues. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1284-1286.
- Rowe, J. (2000). Eat, sleep, buy, die. *The New Internationalist*. Retrieved from: <http://www.newint.org/features/2000/11/05/eat/>
- Sassen, S. (1988). *The mobility of labor and capital: A study in international investment and labor flow*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saxenian, L. A. (2005). From brain drain to brain circulation: Transnational communities and regional upgrading in India and China. *Studies in Comparative International Development*, 40 (2), 35-61.
- Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital: American Economic Association presidential address. *American Economic Review*, 51, 1-17.
- Semple, K. & Manrique, J. (2009). Cuomo widens a probe into immigration fraud. *The New York Times*, online edition. Retrieved from: <http://www.nytimes.com/2009/05/29/nyregion/29immigration.html?scp=1&sq=%22Cuomo%20Widens%20a%20Probe%20Into%20Immigration%20Fraud%22&st=cse>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Anchor Books.
- Schiff, M. (2006). Brain gain: Claims about its size and impact on welfare and growth are greatly exaggerated. In M. Schiff & C. Ozden (Eds.), *International migration, remittances, and brain drain*. (pp. 201-225). Washington, DC & New York: World Bank & Palgrave Macmillan.
- Siegel, B. (2009). *Forward*. In Spiegel, J. (Ed.), *The mindful medical student: A psychiatrist's guide to staying who you are while becoming who you want to be*. Hanover, NH: Dartmouth University Press.
- Smail, D. (2002). Psychology and power: Understanding human action. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 2, 1-10.
- Tilly, C. (1990). Transplanted networks. In V. Yans-Mclaughin (Ed.), *Immigration reconsidered* (pp. 79-95). New York: Oxford University Press.
- Todaro, P. M. (1969). A model of labor migration and urban unemployment in less developed countries. *American Economic Review*, 59, 138-148.
- US Census (2009). Table 1: Annual estimates of the resident population for counties of Tennessee: April 1, 2000 to July 1, 2008 (CO-EST2008-01-47). Retrieved from: <http://www.census.gov/popest/counties/tables/CO-EST2008-01-47.xls>
- Vertovec, S. & Cohen, R. (1999). *Migration, diasporas, and transnationalism*. Cheltenham, UK and Northampton, MA: Edward Elgar Publishing Limited.
- Wallerstein, I. (1974). *The modern world system: Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. New York: Academic Press.
- World Health Organization (n.d.). *Global health observatory data repository*. Retrieved from: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=country>

Nota del autor

Benjamin Siankam está en el Programa de Grado de Investigación y Acción Comunitaria del Departamento de Desarrollo Humano y Organizacional, de la Universidad de Vanderbilt.

Esta investigación fue financiada en parte con una beca de ayuda de tesis doctoral de la Escuela de Postgrado de la Universidad de Vanderbilt. El estudio está basado en datos de la investigación en curso de la tesis doctoral. El autor desea agradecer a Helena Dagadu su ayuda en la supervisión editorial de los primeros borradores de este artículo.

Correspondence concerning this article should be directed to Benjamin Siankam, Department of Human and Organization Development, Peabody College #90, Vanderbilt University, Nashville, TN 37203-5701 USA. Email: benjamin.siankam@vanderbilt.edu