



FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

INCORPORACIÓN LABORAL Y CULTURAL DE LOS MÉDICOS MIGRANTES
EN LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE SANTIAGO

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE SOCIÓLOGO

CRISTIAN GONZALO ANDRADE CÁRDENAS

PROFESOR GUÍA:
JORGE CHUAQUI KETTLUN

ÍNDICE

I. FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	5
1. Planteamiento del problema	5
II. OBJETIVOS	9
2.1. Objetivo General	9
2.2. Objetivos específicos	9
III. ANTECEDENTES	10
3. Antecedentes	10
IV. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO	17
4. Aspectos generales asociados al estudio de las migraciones	17
4.1. Sobre el concepto de migración	17
4.2. Causas atribuidas a las migraciones.....	18
4.3. Tipos de migrantes.....	19
4.4. Los momentos de las migraciones	20
5. Recorrido teórico de las migraciones	21
5.1. La visión de la economía neoclásica.....	22
5.2. <i>La visión de la nueva economía de las migraciones</i>	23
5.3. <i>La visión de la teoría de los mercados de trabajo segmentados</i>	23
5.4. <i>La visión de la teoría de los sistemas mundiales</i>	24
5.5. La visión de la teoría del capital social.....	24
5.6. <i>La visión de la teoría de la causación acumulativa</i>	25
5.7. <i>Síntesis teórica</i>	25
6. La incorporación de los migrantes a la sociedad de llegada	28
6.1. La integración desde la perspectiva de la sociedad de acogida	30
6.2. La incorporación de los migrantes desde la perspectiva de los migrantes: estrategias de integración.	31
7. Las profesiones y la profesión médica	36
7.1. Profesión y profesional.....	36
7.2. La profesión médica.....	39
7.3. Migración del recurso humano calificado.	43
7.4. La migración médica	44
V. MARCO DE REFERENCIA METODOLÓGICO	47
8. Estrategia metodológica	47
8.1. Tipo de estudio.	47
8.2. Técnica de producción de datos	47
8.3. Muestra	48
8.4. Estrategia de análisis de la información.....	49
8.5. Capitulación	49
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	50
9. Emigración: la decisión de dejar el lugar de origen	50
9.1. Expectativas formativas, la motivación por el desarrollo profesional	53
9.2. Expectativas de ingresos, la búsqueda de bienestar	56
9.3. Los incentivos para abandonar el país de origen: los factores de expulsión.....	57
9.4. Los incentivos para elegir el lugar de llegada: los factores de Atracción	60
9.5. El proyecto profesional, un proyecto familiar	64

10. Inmigración: Proceso de reorganización de la vida en el lugar de llegada y reestructuración de los lazos con la sociedad de origen	66
10.1. Proceso de Asentamiento: Estadía, condiciones del primer empleo y validación del título.	67
11. Percepción del proceso de incorporación sociolaboral al país.	72
11.1. La empleabilidad del médico extranjero en Chile.	72
11.2. Los ingresos esperados y el salario recibido.	74
11.3. El reconocimiento de las competencias	76
11.4. La adaptación a su trabajo	77
11.5. El trato de los pacientes	77
11.6. Relaciones con compañeros de trabajo y la autonomía en las funciones	81
11.7. La estabilidad y seguridad laboral	83
11.8. Las oportunidades de aprendizaje	86
12. Incorporación sociocultural.	90
12.1. El vínculo con los cercanos: la relación con familiares y amistades residentes en el país de origen	91
12.2. Las redes y la vida social en Chile.	96
12.3. Aspectos culturales: el idioma, las prácticas religiosas y la mantención de las costumbres.	98
12.4. Discriminación o diversidad cultural.	101
12.5. Participación cívica y acceso a bienes sociales	102
13. Perspectivas futuras	106
13.1. Valoración por lo público y expectativas de permanencia en Atención Primaria de Salud.	106
13.2. Retorno al país de origen	109
VII. CONCLUSIONES	112
VIII. BIBLIOGRAFÍA	115

I- FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

1. Planteamiento del problema

Aun cuando Chile en términos históricos ha sido un país preferentemente de inmigración, en el último tiempo los desplazamientos migratorios han aumentado considerablemente en relación a movimientos anteriores. Aquello tiene como componente adicional el hecho de que no corresponde a un desplazamiento suscitado exclusivamente desde lugares limítrofes y tiende a ser más diverso en su procedencia, incorporando a migrantes cuya procedencia, aun cuando pertenezca al continente americano, provienen de lugares que se encuentran más allá de las fronteras inmediatas. Esta condición de aumento en diversidad de origen, aplica también al tipo de migrante, por lo que es riesgoso hablar de un sujeto migrante con características homogéneas, vale decir, que tenga las mismas motivaciones para tomar la decisión de emigrar y conserve iguales conductas al interior la sociedad de llegada. El migrante que ha llegado a Chile, al contrario de lo que comúnmente se piensa, no corresponde necesariamente a mano de obra no calificada que se desempeñan en el trabajo pesado y una cantidad importante de ellos corresponden a profesionales que se encuentran trabajando en distintitas áreas de la sociedad, prueba de ello es que casi casi el 80% que se encuentran en Chile al año 2017, cuentan con 10 o más años de educación (CEPAL, 2017)

En los últimos años un número importante de médicos extranjeros, motivados tanto por expectativas de orden profesional como salariales, tomaron la determinación de dejar sus respectivos países de origen y eligieron a Chile como nuevo país de residencia, como lugar en el cual vivir y poder cumplir con algunos de sus anhelos personales y familiares. En los hechos, estas expectativas han sido correspondientes a los requerimientos propios del sistema de salud, donde la escases de profesionales médicos en ciertos sectores del sistema ha llevado a que la contratación de médicos extranjeros sea una respuesta paliativa y alternativa a este déficit, siendo una posibilidad real de ampliación de la capacidad de atención de pacientes. Esto ha quedado de manifiesto en que la gran mayoría de los médicos que han arribado a Chile se encuentran ejerciendo profesionalmente independiente de los procesos de regularización de estadía o validación del título (Torres-Quevedo, 2016).

Más allá de todo lo anterior, la incorporación laboral de los médicos migrantes no ha sido extensiva a todos los niveles de atención y se ha localizado preferentemente en la Atención Primaria de Salud, lo que coincide con que es el sector que presenta una brecha mayor. Para los médicos chilenos, ya sea por razones de orden económico o debido a las menores posibilidades de desarrollar

una carrera profesional, la Atención Primaria de Salud resulta ser un sector poco atractivo por lo que terminan optando por desempeñar labores en la atención hospitalaria para acceder a alguna especialización o en el sistema privado porque perciben mayores ingresos. Este vacío ha sido progresivamente ocupado por médicos extranjeros y, según los datos entregados por la Superintendencia de Salud, al año 2017 ya representan cerca de un 33% de los profesionales habilitados para atender pacientes en los consultorios de salud y centros de salud familiar del país.

Vale considerar que la migración médica no solo tiene efectos sobre la sociedad de llegada, que se tiende a ver beneficiada por la ampliación de las prestaciones de salud, sino que también tiene consecuencias sobre el país de origen y el sujeto migrante. En el caso del país de procedencia, el efecto inmediato es que la sociedad pierde a un número no menor de médicos que, a lo menos en el corto plazo, no van a prestar atención de salud en el país en el cual se formaron profesionalmente y del cual son originarios. Mientras que para el sujeto migrante, implica un cambio no solo desde el punto de vista del entorno laboral o profesional, sino que también en los distintos ámbitos en los cuales se sitúa la cotidianidad, vale decir en el plano económico, político, social y cultural, teniendo cierta significación en el tiempo y relocalizando su ubicación en la sociedad.

La siguiente investigación tiene por objeto analizar el proceso migratorio desde la perspectiva del médico migrante, en los distintos momentos que contempla la migración, analizando en la inserción profesional y la incorporación sociocultural los médicos extranjeros que se encuentran radicados en Chile y cumplen funciones en la Atención Primaria de Salud. A partir de lo anterior, formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se ha desarrollado el proceso de **incorporación en el ámbito laboral y cultural** por parte de los **médicos extranjeros** que se encuentran desempeñando funciones clínicas en los Centros de Salud Familiar de la **Comuna de Santiago** durante el año 2017?

Para responder a esta interrogante, partimos de la consideración que el proceso de incorporación a la sociedad chilena contempla la interacción con valores, modos de vida y las visiones de mundo dominantes en Chile, y que se expresan en las distintas esferas en las que se desenvuelven. Dentro de ello, la incorporación laboral y condición profesional, desempeñan un rol preponderante en el proceso de incorporación social, pues es preferentemente en el ejercicio de su actividad profesional el lugar desde donde los médicos migrantes establecen relaciones cotidianas con pacientes y con personal de la salud de origen nacional, y que significa la generación de relaciones y la combinación de valores culturales en el

marco de la prestación de salud. Ello supone un proceso en el cual pueden aceptar o rechazar dichos patrones, en razón de la complementariedad o el conflicto con las pautas arraigadas y que son propias del sujeto, opción de la cual va a depender el modo de relacionarse socialmente. De existir una actitud positiva respecto a las pautas de la sociedad de llegada y en la medida que esto no implique un rechazo a las propias del lugar de origen, predominará una actitud de integración. Aquello se verá potenciado en la medida que exista un contexto inmediato favorable a la inclusión, es decir, que los distintos actores pertenecientes al grupo dominante mantengan una predisposición positiva y de apertura frente al grupo minoritario

Mencionado todo lo anterior, sostenemos la hipótesis que, en los médicos extranjeros residentes en Chile que ejercen funciones en la comuna de Santiago, prima una actitud de integración, toda vez que constituyen un grupo que cuenta con ciertas condiciones socioeconómicas y profesionales que favorecen su proceso de incorporación a la sociedad chilena, y que se tiende a ver potenciado si existe una actitud de inclusión de parte de su entorno laboral inmediato. Todo ello contemplando la interrogante de si acaso los médicos pasan a incorporar un grupo social específico de la sociedad de acogida o llegan a formar parte de una nueva categoría social. Vale aclarar que si bien el foco de la investigación va a estar centrado en las experiencias de los médicos una vez ocurrido el viaje de desplazamiento del lugar de origen y efectuado el asentamiento en Chile, también es interés de esta investigación abordar el problema migratorio en sus fases ex ante y ex post. Ello tendrá lugar a partir del análisis de las causas y los efectos de la migración médica, considerando a esta última como un fenómeno que contiene determinantes de tipo social que influyen tanto al momento de tomar la decisión de dejar el país y elegir a otro de residencia; como también en la evaluación respecto al cumplimiento de las expectativas que dieron origen al movimiento migratorio. Además de contemplar las proyecciones de permanencia en el país desde las perspectiva y/o de retorno al lugar de origen.

En términos teóricos, la presente investigación tiene como ventaja el hecho de tratar un problema que no ha sido del todo abordado en el campo de la sociología, principalmente por ser un fenómeno más bien emergente, por lo que el estudio de la migración profesional y/o médica puede ser de gran utilidad. La mayoría de los estudios migratorios han enfatizado en un determinado grupo de migrantes, no profundizando respecto a la migración calificada y de sectores de migrantes que se incorporan laboralmente en lugares que cuentan con ingresos por sobre la media y desempeñan labores de gran reconocimiento social. Dicho lo anterior, esta investigación puede contribuir desarrollar aspectos no considerados en estudios anteriores y propiciar desde la sociología una mirada respecto a un fenómeno que va en claro aumento. En lo práctico, al ser un problema de investigación que tiene

una dimensión próxima y referir a un tema que ha ido tomando relevancia en la esfera pública, permite generar insumos que den una mirada más amplia a este fenómeno, incorporando los distintos momentos que lo constituyen y a los actores que intervienen. En cuanto a su dimensión metodológica, al existir pocos estudios relativos al problema de investigación que vamos a abordar, el modo de recolección de datos a emplear y la sistematización de la información aquí analizada, puede servir como contribución para estudios posteriores que traten acerca la incorporación laboral y cultural de los médicos migrantes.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Precisar el modo en que se ha efectuado la incorporación laboral y cultural de los médicos extranjeros que desempeñan funciones en los Centros de Salud Familiar pertenecientes a la comuna de Santiago durante el año 2017.

2.2. Objetivos específicos

- Generar una aproximación respecto a los distintos momentos de la acción migratoria.
- Determinar el modo en que ha operado el proceso de incorporación de los médicos migrantes en el ámbito laboral y cultural, y en otras esferas de la vida social.
- Conocer las proyecciones profesionales y de permanencia en Chile y/o regreso al país de origen que manifiestan los médicos extranjeros que desempeñan funciones en la Atención Primaria.

III. ANTECEDENTES

3. Antecedentes

Desde un punto de vista histórico, la migración corresponde a un fenómeno de larga data dentro la historia. En el caso de la historia moderna, Douglas Massey (2004) señala que la migración ha pasado por diversos momentos, los que pueden ser clasificados de acuerdo causas, su volumen y su direccionalidad, en relación al estadio de desarrollo del capitalismo. Así, identifica tres periodos migratorios distintos: El primero corresponde al periodo mercantil, que comprende entre 1500 y 1800, en el cual los movimientos migratorios fueron consecuencia de los procesos de colonización, teniendo como origen a Europa y destino a los continentes de América, África, Asia y Oceanía, siendo de gran volumen y permitiendo poblar y dominar grandes zonas del mundo. El segundo desplazamiento histórico corresponde al “periodo industrial” que abarca entre 1800 y 1925, cuyo punto de partida fueron los países industrializados de Europa hacia América y Oceanía, considerado como el desplazamiento de mayor magnitud, cuya interrupción vino dada como consecuencia de la primera guerra mundial. El último de estos periodos corresponde al post-industrial”, que tiene por inicio la década de los sesenta y está caracterizado por la globalización de los flujos migratorios, generando un giro en los patrones anteriores marcado por la diversificación de los lugares de origen y de llegada, y donde los desplazamientos fueron hacia zonas densamente pobladas y mayormente desarrolladas.

En lo que refiere al continente americano, una vez que se constituyen los Estados independientes, el tipo de desplazamiento migratorio característico correspondió al intrarregional, propio entre lugares fronterizos que, más allá de la separación geopolítica, compartían lazos e identidades de largo origen. Esta dinámica migratoria fue predominante luego de la independencia, pero se vio modificada a partir de los años 50 cuando toma fuerza la emigración hacia los países desarrollados, preferentemente hacia Estados Unidos. El perfil del migrante durante este tiempo, corresponde mayoritariamente a trabajadores no calificados que se encuentran en situación de desempleo o de bajos salarios. Durante los años 70 este patrón se ve alterado por la migración de una gran número de profesionales y técnicos que migraron hacia otros países como resultado de la diversidad del panorama económico entre los países latinoamericanos y la situación política de algunos de los países del cono sur (Pellegrino, 2003).

En la actualidad, una de las principales consecuencias de la aplicación del proyecto neoliberal en América Latina, ha sido el desamparo y la desprotección en que se encuentra un número importante de la población, quienes no han podido mejorar su calidad de vida. La evaluación respecto a la situación propia, contrasta con la

imagen que se tiene respecto de las condiciones en las que se vive en el extranjero. Dicha proyección aparece sobre todo “entre los jóvenes, y entre aquellos, jóvenes o no, que han concluido una carrera universitaria. La sociedad y el sistema que la sustenta no les pueden dar una respuesta a sus necesidades, ya sean estas laborales, económicas o políticas” (Aruj, 2008). América Latina se ha ido constituyendo como un continente de emigración neta, con mayor cantidad de emigrantes que inmigrantes. Ello, ha marcado una ruta de migración bien definida, y que corresponde a la migración que ocurre de sur a norte, cuestión que no implica que la migración sur-sur sea pequeña. (Solimano, 2013)

En lo que respecta a Chile, Tijoux plantea que aun cuando, en términos históricos, no puede ser caracterizado como un país de inmigrantes, pues su proporción migratoria ha oscilado entre el 1% y el 3%, sí ha contado con corrientes migratorias bien definidas. La primera de ellas, ocurre desde comienzos del siglo XIX y se prolonga hasta mediados del siglo XX, caracterizada por la presencia de inmigrantes provenientes de Europa y que fue promovida por el Estado, y cuyo propósito era el poblamiento de las tierras mapuches del sur, promover el desarrollo del país y un mejoramiento de la raza. La segunda, abarca desde 1973 hasta finales de los años 80, refiriendo a la emigración de chilenos por razones de tipo políticas, debido al periodo dictatorial, o a raíz de problemáticas de tipo económica. La última corriente migratoria, se inicia en los años noventa y dura hasta nuestros días, está marcada por el retorno de la democracia y por el desarrollo económico neoliberal (Tijoux, en Stefoni, 2011). Desde principio de los años noventa, Chile ha aumentado considerablemente el volumen de inmigrantes, como consecuencia de la imagen-país que ha proyectado en el extranjero, donde destaca por la estabilidad política y el rápido crecimiento económico que ha alcanzado en los últimos años, posicionándose como uno de los principales países receptores de inmigrantes en la región (Yaksic en Rojas y Vicuña, 2014).

La imagen que ha proyectado Chile en el extranjero coincide con los deseos o anhelos de residentes de otros lugares. Según Thayer, el bienestar, la autonomía y la certidumbre respecto al futuro, son parte importante de las expectativas que motivan la decisión migratoria y dan sentido a las trayectorias de estas (Thayer en Rojas y Vicuña, 2014), Chile destaca en la región por ser un país que ofrece oportunidades de trabajo y la posibilidad de acceder a niveles de vida, por sobre a los que podían optar en sus países de origen, posicionándose como una alternativa de residencia en un contexto donde países como Estados Unidos y otros pertenecientes a la Unión Europea han optado por ir cerrando sus fronteras (Rojas en Rojas y Vicuña, 2014)

Se ha ido articulando una imagen y Chile resulta atractivo debido a una condición económica y política divulgada como exitosa, que lo sitúa como país seguro (y

cercano), logrando que estos hombres y mujeres vengan a insertarse – cuando lo logran- principalmente en nichos laborales precarios” (Tijoux & Cordova, 2016, p.42). Esta imagen de prosperidad, no necesariamente coincide con la situación real que padecen los migrantes radicados en el país, quienes generalmente terminan por insertarse laboralmente en sectores secundarios del mercado y ocupando empleos de menor calidad. Diversos autores señalan que en la realidad ha existido un contraste entre las expectativas que orientaron la decisión migratoria y las experiencias vividas en el país, debiendo sortear dificultades de distintos tipos, y que se expresan sobre todo en el ámbito laboral.

De acuerdo a los datos generados por la CEPAL, Chile es uno de los países de América Latina que ha experimentado una tasa de crecimiento más acelerada en materia de inmigración, alcanzando un 4,9% de incremento en su volumen entre los años 2010 y 2015. Aun así, el número de inmigrantes no se eleva por sobre la media y es menor que la emigración, contando con 320 mil inmigrantes, que corresponde a un 1,9% de la población; versus los 429 mil emigrantes que equivale un 2,5% de la población total. Por estos motivos que Chile, pese a aumentar el volumen de la inmigración en relación a otros años, no es considerado como un país de emigración, debido a que, desde un punto demográfico, la relación entre inmigrantes y emigrantes todavía da un saldo negativo, siendo aún considerado un <<país de emigrantes>> (Tapia en Rojas y Vicuña, 2014, p.35). Continuando con estos datos, un elemento a considerar respecto al perfil del migrante en Chile, tiene que ver al perfil migratorio de quienes arriban al país, de los cuales 45,6 son hombres y 54,6% son mujeres. Un rasgo diferenciador viene dado por los niveles de estudios de los migrantes, pues a proporción de migrantes con 10 o más años de estudios corresponde a un 79,4% del total de migrantes en Chile. Ello constituye una cifra elevada al ser comparada con el tipo migrante que predomina en otros países de Latinoamérica, en los que predomina la migración no calificada. En Chile, los profesionales extranjero representan el 4,1% de profesionales del país y un gran número de estos migrantes se insertan laboralmente, donde el 75% de los migrantes que tienen 15 años o más de estudios se encuentra activos laboralmente.

Un número importante de estos profesionales pertenecen al sector salud. Ello forma parte de una tendencia internacional, en la cual el flujo de la migración del Recurso Humano en Salud, se ha incrementado progresivamente. Lo que se debe a la intervención de dos factores: en primer término, la internacionalización y liberalización del mercado sanitario; y en segundo término, producto del déficit de trabajadores que tienen sistemas de salud para atender los requerimientos de salud de la población. (Freire & Masanet, 2013). La demanda de salud en los países céntricos o semi periféricos ha ido en aumento debido principalmente al envejecimiento de la población, lo que ha traído consigo una extensión progresiva

de los requerimientos de salud de los habitantes de estos países, crecimiento que no ha sido proporcional al experimentado los sistemas de formación de profesionales de la salud, los cuales han tenido un ritmo menos acelerado (Masanet, 2010).

Antes de abordar la migración médica en Chile, es importante realizar una breve contextualización respecto al marco jurídico, considerando dos aspectos: por una parte, el marco jurídico que rige la migración, y por otra, los requisitos para validar el título en Chile:

En primer lugar, en materia de migración y extranjería, el actual ordenamiento jurídico que rige a Chile en esta materia está contenido en la Constitución Política de la República; el Decreto Ley N.º 1.094; las Normas sobre extranjeros en Chile; y Reglamento de Extranjería, Decreto Supremo N.º 5.142 de 1960, sobre Nacionalización de Extranjeros. Según lo establecido por el artículo N.º 1 de la Constitución, se parte de la base del principio de igualdad sobre el cual “las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. No obstante ello, el Decreto Ley N.º 1.094, constituye uno de los principales instrumentos jurídicos vigentes que norman a los extranjeros e inmigrantes en Chile, el cual surge durante la dictadura militar y tiene por propósito restringir y contrarlar el ingreso de extranjeros al país, en razón de la doctrina de seguridad nacional. Así, por ejemplo, en su artículo n.º 64, señala que se pueden rechazar solicitudes de visas “por razones de conveniencia o utilidad nacionales”, respectivamente, lo cual deja abierta la puerta para rechazar las solicitudes de manera unilateral. En cuanto al procedimiento migratorio, se establece que la visación refiere al permiso otorgado por la autoridad competente que, estampado en el pasaporte, autoriza al portador el tiempo máximo de permanencia en el país. Existen tres tipos de visa: a) turista, cuya duración máxima es de 90 días y cuyos fines son no-remunerativos; b) residencia, que presenta una duración mayor, pudiendo ser sujeto a contrato, por estudios, temporario, asilo político, refugio o de permanencia definitiva; c) residencia oficial, que corresponden a las visas diplomática para funciones oficiales. En el caso de los médicos extranjeros, la forma de visación común, corresponde a la residencia en su forma temporaria o permanente. La primera, es extensible a aquellos extranjeros que tengan la intención de radicarse en Chile, ampliable a los integrantes de su grupo familiar con quienes reside, y se otorga acreditando nexos de la familia o cuya permanencia en el país pueda ser considerada como útil. La segunda, de permanencia definitiva, es continuidad de la anterior, y se otorga a quienes tengan la disposición de permanecer en Chile.

En segundo lugar, respecto al proceso de validación del título para los médicos extranjeros. Aquí vale consignar dos aspectos, por una parte, el Examen Unico de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), y por otra, el acceso a la especialidad. En cuanto al EUNACOM, éste se crea luego de ser aprobada la ley 20.261, que

crea al EUNACOM, en cuanto examen que mide los conocimientos en medicina y constituye un requisito de ingreso para los cargos o empleos de médico cirujano en los Servicios de Salud, en los establecimientos de carácter experimental y en la atención primaria de salud, pudiendo solo contratar a médicos cirujanos hayan aprobado dicho examen, y es diseñado y administrado por la asociación de facultad de medicina de Chile, (ASOFAMECh). De igual manera, la aprobación de dicho examen revalida automáticamente el título profesional de médico cirujano, sin necesitar cumplir ningún otro requerimiento para este efecto, y Antes de la existencia de este examen, el proceso de validación era de mucho menos dificultad, y existían una serie de tratados con distintos países, a cuyo ciudadanos se les reconocía los estudios sin la necesidad de acreditar conocimientos.

En lo que respecta a la especialidad médica, se entiende que ella es una rama de las ciencias de la salud y su propósito es que quienes la ejerzan, posean los conocimientos y habilidades para desempeñarse en ellas. El organismo que las rige corresponde a la La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), compuesto la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Asociación de Facultades de Medicina de Chile, Colegio Médico de Chile A.G. y las Sociedades Científicas Médicas de Chile, y su función es certificar a los prestadores individuales de las 24 especialidades médicas bajo decreto exento n° 399. Para acceder a una especialidad es necesario contar con el título de Médico Cirujano otorgado por las universidades chilenas o la autorización legal para ejercer la profesión en Chile en caso que el título fuera otorgado por universidades extranjeras. Para este último caso, se debe acreditar la equivalencia entre el programa correspondiente al centro formador que proporcionó dicha especialidad con el impartido en Chile, ello en términos de duración, contenidos, pertinencia, requisitos, evaluaciones, etc. Concedida y aprobada su equivalencia del programa, quienes aspiren a acceder a la especialidad deben aprobar un examen teórico y práctico.

Dicho todo lo anterior, en Chile, de acuerdo a lo indicado por el Registro de Prestadores Individuales en Salud, durante el periodo correspondiente Abril del 2009 y Septiembre del 2017, se encontraron inscritos 483.656. entre funcionarios habilitados para ejercer en la labores asistenciales o de apoyo asistencial, sean estos profesionales y técnicos auxiliares. De ellos, 470.005., correspondiente al 97% del total funcionarios, son de nacionalidad chilena; mientras que los 13.653 restante, es decir, el 3% de origen extranjero. Los médicos habilitados para ejercer en Chile, cuyos títulos se encuentran validados por universidades, ministerios, seremis o EUNACOM, corresponde a un total de 43.446 médicos. La densidad de Médicos, en relación a la número de habitantes, es aún insuficiente en términos de oferta, si esto se compara con otros países pertenecientes a la OCDE, Chile se encuentra lugar 33 de 34 países, contando con 1.7 médicos por cada 1,000 habitantes en 2012, frente a un promedio de 3.2 en los países perteneciente

a este organismo. Del total de médicos certificados, el 54% de ellos cuenta con algún tipo de especialidad, mientras que en los países de la OCDE, estos representan un promedio el 62% del total. De ellos, tan solo el 43% tiene contrato en el sistema público y el resto ejerce funciones en la atención privada, existiendo además una distribución poco equitativa de los especialistas pues el 50% de los médicos atiende 2.000.000 de usuario como es en el caso del sector privado, mientras que el otro 50% debe atender a los 15.000.000 restantes. A ello se suma, una desigual distribución geográfica donde el 57,8% de los médicos se concentra en la región metropolitana, seguido por 9,5 y 9,4% en la V y VIII (Torres-Quevedo, 2016, p.68).

Todo lo anterior da cuenta de que la oferta de médicos en Chile, tanto de médicos cirujanos como de especialistas, es aún limitada. En ello, tiene un impacto directo en la capacidad que cuenta el sistema público para atender las necesidades y requerimientos de salud de la población. Frente a esta situación de déficit de profesionales médicos, las políticas que ha impulsado el Ministerio de Salud en el último tiempo, han apuntado en la dirección de ampliar la matrículas de las carreras de medicina y retener a médicos en el Sistema Público mediante el otorgamiento de incentivos financieros y/o formativos, y facilitando el ejercicio de su profesión. Según el Informe de Brechas de Personal de Salud, elaborado por el Ministerio de Salud, entre los años 2007 y 2015, la tasa de evolución de la matrícula de primer año para la carrera de Medicina aumentó un 14%, pasando de 1802 estudiantes de primer año el 2007, a 2061 estudiantes para el año 2015. A esto se suma que la carrera de medicina ha ido creciendo en cuanto a su tasa de titulación, comparada en relación a las demás carreras de salud, llegando a contar con un promedio de 93,7% de titulados por generación. La combinación entre un aumento de matrícula y una alta tasa de titulación, permite proyectar que el país cuente con aproximadamente 2.000 nuevos médicos cirujanos al año hasta el 2020. Ahora bien, a estos antecedentes se debe agregar que un número importante de médicos son hombres que tienen 70 años y más, por lo que en el corto plazo es difícil proyectar la superación de la brecha médica. Respecto a los incentivos formulados para retener a los médicos generales en el sistema público, se ha apuntado a ello tanto por el aumento de la renta bruta de los médicos especialistas y del sueldo para los profesionales recién egresados; así como también otorgando mayores flexibilidades administrativas y estímulos profesionales para el ejercicio de las funciones médicas. De acuerdo a los informes ministeriales, el reclutamiento y la captación de médicos ha sido una tarea prioritaria para alcanzar un acceso y una cobertura universal de salud y dar cumplimiento a los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.

Todo lo anterior indica que la demanda de médicos en Chile es alta y está lejos de disminuir considerablemente en los próximos años, motivo por el cual la contratación de médicos extranjeros es una opción que se ha ido empleando. Así,

del total de médicos habilitados para ejercer en Chile, un 16% del total, vale decir, 7017 médicos son de nacionalidad extranjera. Si bien, el porcentaje es alto, se encuentra por bajo la media de los países de la OCDE, cuyo promedio alcanza un 17% del total. Uno de los factores que ha influido en que el número de médicos extranjeros no sea aún mayor son los largos procedimientos de validación de su título profesional a los que están sometidos lo que, en efecto, constituye “una barrera de entrada a los mercados de trabajo locales” (Solimano, 2013, p.175). La dificultad para aprobar el EUNACOM, ha sido un motivo por el cual no se ha expandido progresivamente la cifra de médicos extranjeros. Así, al año 2016, de los 4524 profesionales que rindieron el examen, 2.782, es decir, más del 60% eran profesionales titulados en el extranjero versus 1.742 de médicos titulados en Chile, existiendo una tasa de reprobación de un 73% de médicos extranjeros y 3,4% profesionales chilenos (Goldstein, 2017).

La alta tasa de reprobación de los médicos extranjeros, ha tenido como consecuencia en los hechos de que esta prueba constituya un filtro o una barrera de ingreso al sistema público, llevando a que el Ministerio de Salud o el Congreso, en más de una ocasión hayan buscado modificar o dar flexibilidad al carácter habilitante de este mecanismo, encontrando como principal oposición al Colegio Médico quienes han sostenido que “nosotros queremos acogerlos en el Colegio Médico, pero si al médico chileno le piden un examen, ¿por qué no lo van a pedir al extranjero?” (Enrique París, Presidente Colegio Médico 2017). Así también, el Estado de Chile cuenta con limitaciones para proyectar una política que otorgue mayor flexibilidad en la captación y/o retención de profesionales médicos en el país, considerando que la Organización Mundial de Salud (OMS) considera que al año 2030, los sistemas de salud de cada país, su dotaciones no debieran superar el 50% de recursos humanos de origen extranjero. Hoy por hoy, del total de médicos que se encuentran ejerciendo en Chile, más del 90% corresponde a médicos de origen latinoamericano y el 61% de ellos acreditan tener residencia en la Región Metropolitana, concentrándose 1 de 4 médicos en la comuna de Santiago.

IV. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO

4. Aspectos generales asociados al estudio de las migraciones

4.1. Sobre el concepto de migración

Desde un punto de vista demográfico, cuando se hace alusión a la acción de migrar se suele referir al traslado de un lugar a otro, que implica un cambio de residencia y el cuál es motivado por la búsqueda de mejores condiciones de vida. De tal manera que la migración corresponde a un desplazamiento entre un área geográfica y otra durante un periodo de tiempo. Por tanto, es condición para que ocurra la migración, la existencia de dos lugares de referencia, por un lado, un “lugar de origen”, que corresponde al lugar de procedencia, y por otro, un “lugar de llegada” que indica el lugar de destino; los que, de una u otra forma, se terminan por conectar a través del migrante cuando se produce el acto migratorio (León, 2015, p.116).

El proceso migratorio contiene implicancias sociales para uno u otro lugar, cuestión que ha despertado interés para la sociología y otras disciplinas que, dada su importancia creciente, sobretudo para los países de destino, han ido otorgando un espacio mayor en las investigaciones. Cristina Blanco (2006), en un intento de situar el impacto de la migración, señala que corresponde a todos “los cambios de residencia que tengan como consecuencia para el migrante un cambio social, político y/o administrativo significativo, así como la necesidad de reorganizar su vida en el nuevo entorno” (p.3). De este modo, para la ocurrencia de la migración sería condición necesaria un cambio en el contexto en el cual el individuo lleva adelante su cotidianeidad, teniendo que resituar la forma en que se establece la relación con la sociedad. Ello implica que la migración incluya cierta duración en el tiempo, no contemplando a aquellos desplazamientos por actividades de tipo transitorias, como por ejemplo los viajes de tipo turístico, puesto que por su corta duración no significan un cambio de entorno, ni menos la interrupción de las actividades previas.

La clasificación de la migración puede variar en razón de sus alcances, y va a depender del lugar al cual haga referencia. Así, se denomina inmigración, al cambio de residencia de un individuo o grupo de individuos de una región o país a otro, tomando como punto de referencia el lugar de llegada; y a la inversa, se llama emigración al cambio de residencia si se hace alusión al lugar de origen de los desplazados. En relación a su alcance geográfico, de indicar a criterios político-administrativos, se denominan migraciones internas si las personas cambian de territorio dentro de un mismo país; y externas o internacionales cuando el desplazamiento se produce entre países distintos (León, 2015). Si se alude el

traslado de residencia de un continente a otro, se hace mención a migraciones intercontinentales, mientras que si corresponden a desplazamientos dentro de un mismo continente se llaman migraciones continentales (Abu-warda, 2008).

4.2. Causas atribuidas a las migraciones

Las razones por las que ocurren las migraciones son variadas. Se tiende a atribuir especial importancia a la condición de ausencia o de carencia, lo que representaría un requisito para la ocurrencia de las migraciones. Lo anterior desde la hipótesis que el migrante representa a quién históricamente se desplaza en busca de aquello que su país de origen no le puede brindar o le niega (Aruj, 2008).

En el análisis de la migración no se debe olvidar la situación precedente que gatilló el acto migratorio (Blanco, 2006). La migración tiene como precedente situaciones y condiciones contextuales que la favorecieron y que son propias del entorno. George Ravenstein, cuyos escritos fueron elaborados entre 1885 y 1889, observó una serie de regularidades en los procesos migratorios y fue tal vez el primero en utilizar un marco analítico que incluía aquellos aspectos del entorno, propios de los lugares de salida o de llegada, que influían y alentaban la migración en su época. Estos fueron denominados como **factores de atracción-repulsión o push-pull**, refiriendo a aquellos elementos que operan de manera interconectada sobre la decisión de migrar y que, estando presentes tanto en el lugar de origen como en el de llegada, terminan por condicionar la decisión de dejar o abandonar un país, así como también la elección de radicarse en un país en específico y no en otro. En el caso de los países de origen, el estímulo a la emigración, viene dado por su dimensión negativa, y que corresponden a aquellos aspectos económicos, políticos, sociales y culturales que limitan el bienestar social e individual, y constituyen un incentivo para abandonar el país de procedencia. A ello se les ha llamado factores de expulsión y “determinan un estado de privación relativa o una incapacidad del entorno para satisfacer las necesidades de todos o parte de los componentes de la colectividad” (Arango, 1985, p.14). Mientras que se ha denominado factores de atracción para aquellos atributos positivos propios de los países de destino, y que brindan al migrante la oportunidad potencial de satisfacer necesidades y aspiraciones no resueltas en el lugar de origen (Arango, 1985). Dichas formulaciones parten de la base que la existencia de diferenciales de ingresos entre países, manifiestan desiguales niveles de vida entre países. De modo que es común entre aquellos países emisores de población migrante, cierto tipo de carencias en términos económicos, políticos y sociales, las cuales constituirían un incentivo para la emigración en algunos sectores de la población

Solimano señala que en la actualidad:

“es una regularidad empírica que los inmigrantes provienen de países y regiones con lento crecimiento económico, falta de empleo, crisis económica y financieras y turbulencias políticas y cuya gente busca encontrar en otras naciones las oportunidades de empleo, salarios y estabilidad que falta en sus países de origen” (Solimano, 2013, p.22)

La migración se produciría así, entre países con un lento desarrollo económico y con situaciones de inestabilidad política, social y económica, hacia otros que cuentan con un mejor rendimiento en estos ámbitos, lo que condiciona la existencia de rutas bien definidas para la migración y que, en el ámbito académico, se le asigna el nombre de migraciones sur-norte. En el último tiempo, los desplazamientos se han visto aumentados, en la medida que la expansión demográfica ha significado la formación de excedente de mano de obra en una situación de escasez de recursos económicos (Abu-Warda, 2008; Pellegrino, 2001). Lo que contrasta con las llamadas “economías maduras”, que presenten un déficit de trabajadores locales en los servicios, la construcción y la agricultura, y que se extiende a otros sectores que requieren mayor calificación, como es el caso de los ámbitos de tecnología de la información, el sector salud y la academia (Solimano, 2013). Las principales regiones de recepción de migrantes corresponden a las **ciudades** debido a las oportunidades de empleo, a las comodidades y las distracciones que estas brindan. No obstante, existen otros grupos de regiones receptoras, como es el caso de los centros industriales y las regiones agrícolas (Derruau, 1974).

4.3. Tipos de migrantes

Desde el punto de vista de la disposición migratoria, la migración se puede diferenciar de acuerdo a si son voluntarias, es decir, si responde a una decisión asumida libremente o por el contrario, son forzadas. En el primero de los casos se hace alusión preferentemente a motivaciones de tipo económicas, vale decir, mejores remuneraciones, condiciones de trabajo u otros beneficios; o bien porque existe algún tipo de vínculo cultural con el país de llegada. En el segundo caso, mientras tanto, la migración es arrastrada por factores involuntarios “tales como los conflictos, las guerras, las persecuciones ideológicas y políticas, originan movimientos migratorios” (Abu-Ward, 2008, p.39).

Para los miles de trabajadores que no encuentran oportunidades de empleo en sus lugares de origen o que tienen expectativas salariales más altas de las que sus países de origen pueden ofrecer, la migración se ha convertido en un medio de vida, de manera tal que mediante la migración los individuos accederían a mejores

condiciones económicas que a las que podría optar en sus respectivos países. (García y Villafuerte, 2014). Ahora bien, la mirada respecto al migrante debe ser desde su heterogeneidad, esto es desde la constatación que existen distintos tipos de migrantes y que se ha tendido a diferenciar no sólo a partir de su procedencia, según el grado de educación y/o calificación. En primer lugar, se encuentran los trabajadores poco o nada cualificados que migran en búsqueda de mejores oportunidades de empleo en otros países. En segundo lugar, los trabajadores de grado medio, que son profesionales que migran debido al excedente laboral de profesionales que existe en el país de origen. Y, por último, los migrantes altamente calificados o de elite que migran por razones de tipo económicas o políticas hacia países más industrializados (Solimano 2013, pp.41-47)

En la decisión de la emigración no solo intervienen factores de tipo externos, propios de la estructura social de los países de origen y de llegada, sino también factores internos que dicen relación con aspectos de tipo individual en su contenido presente y futuro, expresados en el plano de las expectativas, en forma de anhelos. La dimensión interna tiene que ver la dificultad o imposibilidad de realización de ciertas aspiraciones personales y la consideración individual de que estas pueden ser alcanzables en otro lugar, señala que en los factores internos están presentes un sentimiento de frustración en las expectativas de vida, la frustración en la realización personal; la disponibilidad de acceso a información respecto a las opciones en el exterior, y la convicción de la imposibilidad de la realización ético-valórica. (Aruj, 2008, pp.98-99).

La migración, de por sí, supone altos costos para el individuo debido a las implicancias personales y relacionales que lleva consigo la separación con la sociedad de origen, y que no todos los miembros de una determinada sociedad están en disposición a asumir, cuestión que explica en parte por qué la población migrante corresponde a una excepción en relación al número de población no migrante. Ello debido a que supone una transformación profunda en el modo de vida y una ruptura con el imaginario sociocultural desde su contenido futuro, una oposición entre el discurso hegemónico y una realidad concreta, que termina por quebrar con las expectativas de tipo económica, política y social.

4.4. Los momentos de las migraciones

La migración suele aludir a un proceso complejo que está compuesto por distintas fases o etapas para el migrante individual o colectivo. Cristina Blanco (2006) señala que dada la extensión en el tiempo y en el espacio que tiene el proceso migratorio, abarca tres subprocesos, a saber, emigración, inmigración y retorno (p.3). Bonilla, en una dirección similar, plantea que a lo menos se puede dividir en tres fases: “emigración o salida del lugar de residencia habitual; inmigración o entrada; y

proceso de reorganización de la vida en el lugar de llegada y reconstrucción de los lazos con el lugar de origen” (Bonilla, 2012, p.23).

Milcota (2005, p.62), tomando lo señalado por Jorge Tizón García, describe tres momentos intermedios en el proceso migratorio. Uno, es de preparación, que es anterior al de la emigración propiamente tal, en la cual las personas y sus grupos familiares, se informan y realizan una valoración entre lo que se tiene y se espera obtener con el desplazamiento. Otro momento corresponde al acto migratorio, que corresponde al desplazamiento como tal, es decir al traslado entre el lugar de origen y llegada. Por último, agrega el de asentamiento, que comprende al periodo entre que se produce el acto migratorio hasta que se logra resolver los problemas mínimos de subsistencia.

Los desplazamientos no suponen necesariamente un cambio permanente de lugar de residencia y puede implicar retorno al lugar de origen, por lo que hay que diferenciar entre aquellos desplazamientos que son temporales y los que son definitivos. En caso que el acto migratorio no contemple un momento de retorno al país de origen, se hace alusión a una migración de tipo definitiva; mientras que, si ocurre retorno se habla de una migración que es temporal. Las migraciones temporales son medidas de acuerdo al lapso de tiempo que se extiende entre el momento en que se produce el acto migratorio y el retorno al lugar de origen.

5. Recorrido teórico de las migraciones

A juicio de García y Villafuerte (2014), ha sido recurrente que no exista un marco común o un modelo teórico convenido para abordar la investigación de las migraciones. De este modo, al interior de las ciencias sociales, cada disciplina ha dado su propio tratamiento al fenómeno migratorio, estableciendo sus propios énfasis y enfoques particulares. La demografía lo ha analizado desde la perspectiva del cambio en la estructura de población; la geografía, enfatizando en la distancia territorial y en cuanto a resultado de redes espaciales; la historia, prestando atención a las continuidades o discontinuidades histórica; la ciencia política, considerando los conflictos políticos y los marcos normativos de cada país; la psicología, estudiando las motivaciones y las consecuencias individuales que acompañan el acto migratorio; la antropología, abordando la interacción cultural entre lugar de origen y de destino; la sociología, tomando en consideración el cambio de posición social, rol y status; la economía, situándola como una decisión económica que implica optimizar beneficios, ésta última es quizás la que más influencia ha tenido en los estudios migratorios (González, 2001). La heterogeneidad presente en el análisis de las migraciones, da cuenta de la complejidad que reviste el fenómeno migratorio, cuestión que viene dada por sus

implicancias en diversos aspectos, pues involucra elementos sociales, económicos, demográficos, políticos, culturales y cívicos (Casasa, 2008).

A pesar de la diversidad de contenidos existentes, las teorías de las migraciones se les ha tendido a clasificar por corrientes de pensamientos y/o de acuerdo a la importancia otorgada al individuo o a la colectividad en el estudio del fenómeno. Así, en el análisis de las causas y los efectos de la migración, se ha caído en polarizar entre aquellas teorías que, como factor común, asignan preponderancia a los intereses y motivaciones de tipo individual con aquellas que dan mayor fuerza a las variables propias del entorno local, nacional e internacional para explicar el proceso migratorio. A las primeras se les suele denominar como teorías de enfoque “individualista” o “micro”; mientras que a las segundas se les considera como teorías de enfoque “histórico-estructural” o “macro” (González, 2001).

En un intento por sintetizar teorías migratorias existentes, Douglas Massey (2004) parte por describir las principales corrientes existentes en el ámbito de las migraciones y, de acuerdo a sus postulados, las agrupa de la siguiente forma: teoría económica neoclásica, teoría de la nueva economía de la migración, teoría de los mercados laborales segmentados, teoría de los sistemas mundiales, teoría del capital social y teoría de la causalidad acumulativa. Esta clasificación, con matices, ha sido considerada por varios autores que han estudiado el fenómeno migratorio (Arango: 2003; Gómez: 2010; Micolta: 2005). Tomando la clasificación antes mencionada, daremos cuenta de los planteamientos levantados por las disidentes corrientes.

5.1. La visión de la economía neoclásica.

Los postulados planteados por la Economía Neoclásica, aun cuando su periodo de apogeo es durante los años 60' y principio de los 70', son quizás los que han tenido mayor influencia en el estudio de las migraciones. Su principal foco de análisis corresponde al individuo y la decisión migratoria, para ello incorporando en el análisis criterios aplicado por esta escuela al ámbito de la economía, tales como la elección racional, la maximización de la utilidad, los rendimientos netos esperados, la movilidad de factores y las diferencias salariales (Arango, 2003, p.3). Desde esta mirada, la migración corresponde a una elección de tipo individual, racional e informada donde el individuo asume la decisión de emigrar buscando reducir los costos y maximizar sus beneficios obtenidos mediante el salario. Ello en base al convencimiento que la migración es ante todo una decisión económica y, en consecuencia, refiere a un acto individual, gestado voluntaria y racionalmente luego de evaluar las ganancias que se esperan obtener. Si bien el fundamento principal de esta teoría se localiza en los factores individuales de tipo microeconómico, contiene agregada complementariamente una dimensión

macroeconómica cuyo sustento es la diferencia comparada entre ciertas zonas y/o países, lo que permitiría explicar la direccionalidad de los flujos migratorios. Todo ello desde la premisa que el mercado de trabajo influye en la selectividad de las migraciones y las decisiones que adopta el individuo, existiendo un claro recorrido migratorio desde los países que presentan rentas bajas y alta oferta laboral, hacia aquellos de rentas altas y baja oferta de trabajo. A la larga, se tendería a igualar los salarios y a provocar así una situación de equilibrio, que terminaría por favorecer a los países de origen y de llegada (Massey, 2004).

5.2. La visión de la nueva economía de las migraciones

La Nueva Economía de las Migraciones corresponde a una corriente que emerge a mediados de los años ochenta y con posterioridad a la teoría neoclásica. Tiene como principal influencia la demografía histórica y la nueva historia social de origen estadounidense, que fija su atención en la historia familiar y los ciclos de vida. A diferencia de la economía neoclásica, su mérito consiste en que, otorga una dimensión más amplia al análisis de las migraciones, situando, de este modo, el foco de análisis en el grupo familiar, compuesto tanto por los integrantes que emigran, como también por aquellos que quedan en el país de origen y para los que, de uno u otro modo, el acto migratorio tiene repercusiones” (Arango, 2003, p.12). De este modo la migración sobrepasa la órbita exclusivamente individual e involucra a la familia, la que puede verse beneficiada desde los siguientes aspectos: en primer lugar, las remesas o envío de dinero; en segundo lugar, agrega una dimensión más amplia que el salario, incorporando el factor de la incertidumbre y de carencia relativa de ingreso; en tercer lugar, sitúa a la migración como consecuencia de los desequilibrios en los mercados, no solo internacionales, sino también locales (Gómez, 2010). Así, la migración no tendría como finalidad exclusiva la maximización de ingresos sino más bien la diversificación de su proveniencia y la disminución de los riesgos asociados. (Massey, 2004)

5.3. La visión de la teoría de los mercados de trabajo segmentados

La teoría de los mercados de trabajos duales o segmentados tiene como principal exponente los aportes de Michael Piore. Su atención, a diferencia de las corrientes anteriores, no tiene como centro la etapa decisional-individual, y más bien intenta explicar las migraciones desde los requerimientos de fuerza de trabajo que demandan las sociedades avanzadas para copar ciertos sectores o segmentos específicos del mercado que se encuentran vacantes, influyendo así, en la decisión migratoria elementos que son requerimientos propios de las sociedades receptoras y que incentivan la migración. Estos elementos dicen relación con la ausencia de trabajadores nacionales para algunos empleos que cuentan con

menor valoración social. A largo plazo, son más decisivos los factores de atracción que los de expulsión en el desarrollo de las migraciones, debido a que estas se producen de acuerdo a las necesidades propias (García Abad, 2003)

En términos generales, Piore señala que en las economías industriales avanzadas coexisten dos sectores, uno primario, en el que hay una circulación extensiva de capital, con otro secundario, extensivo en trabajo y con niveles productivos bajos. Las labores en el sector secundario son rechazadas por los trabajadores autóctonos porque “confieren una posición social baja y escaso prestigio, ofrecen pocas posibilidades de movilidad social y no resultan motivadores” (Arango, 2003, p.14). Una forma de hacer más atractivo este sector sería mediante el aumento de salarios, lo cual no se podría realizar debido a que generaría una situación de inflación estructural ya que supondría elevar los salarios proporcionalmente en todos los niveles: “subir los salarios en la base de la escala social podría alterar las relaciones social y culturalmente definidas entre estatus y remuneración” (Massey, 2004, p.15).

5.4. La visión de la teoría de los sistemas mundiales

A ésta corriente adscriben los trabajos de Alejandro Portes, Elizabeth Petras, Saskia Sassen y Esa Morowska, y su formulación principal es que la migración es consecuencia de la expansión del capitalismo a escala planetaria, desde los países pobres hacia aquellos que concentran el dominio político y económico. Presenta la influencia de dos vertientes teóricas anteriores, la teoría de la dependencia, con especial auge durante los años 60 y 70, y las formulaciones de Immanuel Wallerstein quien, de acuerdo a los tipos de dependencia de los países capitalista, clasificó los países del sistema mundial entre aquellos que eran céntricos, semiperiféricos y periféricos. (Massey, 2004, p.19-20). Dado el desarrollo del capitalismo a escala mundial, existe una desigual distribución del poder político y económico, lo que lleva a la configuración un orden económico estratificado donde la migración es consecuencia de la desigualdad internacional, reportando beneficios para los países céntricos, y efectos negativos para los países periféricos o semiperiféricos traería efectos negativos tendiendo a reproducir relaciones de dominación definidas.

5.5. La visión de la teoría del capital social

La teoría del capital social o de las redes migratorias, fue desarrollada mayormente a partir de los años ochenta. Toma la idea de capital social, formulada inicialmente para el campo de la economía por Glen Loury, pero que alcanza mayor relevancia luego que Pierre Bourdieu empleara dicha categoría para un análisis de la

sociedad en general (Massey, 2004, p.24). Aquí, capital social se entiende como “el conjunto de recursos actuales o potenciales ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento (...) porque se fundan sobre intercambios indisolublemente materiales y simbólicos cuya instauración y perpetuación suponen el reconocimiento de esta cercanía.” (Bourdieu, 2013, p.221). En el ámbito de las migraciones, ha sido empleado para explicar los vínculos interpersonales y las interconexiones que existen entre uno y otro lado, por parte los emigrantes actuales o que han tenido una experiencia migratoria, con aquellas personas que aún se encuentran residiendo en el país de origen, sean estos familiares, amigos y/o compatriotas. Cada evento migratorio cuenta con la capacidad de generar capital social y va en crecimiento toda vez que existan nuevas migraciones, lo que propicia la creación circuitos migratorios más o menos duraderos, o la constitución de cadenas migratorias. (Massey, 2004, pp.25-26). De modo que la existencia de estas redes de cooperación facilitaría la realización de migraciones, pues reduce los costos y riesgos asociados a ellas, convirtiéndose en un recurso para el asentamiento y posterior incorporación a la sociedad de llegada mediante la asistencia en el lugar de destino y la inclusión al mercado de trabajo, vale decir, permitiendo ciertas condiciones de bienestar (Arango, 2003)

5.6. La visión de la teoría de la causación acumulativa

Otro modelo de análisis existente ha sido el de la causación acumulativa, que tiene como principales propulsores a Gunnar Myrdal y ha sido profundizado por Douglas Massey. Plantea que las migraciones tienden a perpetuarse en el tiempo de manera sostenida debido a que cada acción migratoria produce un cambio en el contexto que incentivaría la realización de nuevas migraciones. Al igual que la teoría de las redes sociales, sostiene que cada acto migratorio contribuye a reducir los costos, los riesgos y las incertidumbres de próximas migraciones. Los beneficios adicionales que son percibidos por quienes no migraron y se mantuvieron residiendo en los países de origen, permite a ellos diferenciarse de otros grupos, lo cual termina por constituir un incentivo para efectuar otros desplazamientos. Ello debido a que el movimiento migratorio al extenderse al interior de una determinada población, logra transformar las percepciones culturales que se tiene respecto a esta decisión, constituyendo un factor que estimula su realización (Massey, 2004)

5.7. Síntesis teórica

Las críticas hacia los enfoques antes mencionados han sido persistentes. En el caso de las teorías que presentan un enfoque individual e individual-familiar, como es el caso de la escuela neoclásica y de la nueva economía de las migraciones,

los cuestionamientos se han situado en que su atención estaría centrada casi exclusivamente en la decisión migratoria y no atendería otros aspectos de las migraciones; por la excesiva importancia otorgada al salario; debido a cierto individualismo metodológico para abordar las migraciones y, en consecuencia, entender al individuo alejado de los factores de tipo social, cultural, histórico y político (García Abad, 2003, p.342). Lo mismo ocurre con las teorías que tienen una visión más macro, las cuales también han sido objeto de críticas: En el caso de la Teoría de los Mercados Segmentados se ha debatido respecto a su especial fijación por los factores propios de la sociedad de llegada y su desestimación de los factores propios de la sociedad de origen como variable que alimentan la migración (Arango, 2003, p.15). En cuanto a la Teoría de los Sistemas Mundiales, se ha criticado su visión demasiado generalista y el que ahonde poco en las particularidades de los procesos históricos y en los tipos de migraciones existentes, además se le objeta el hecho de considerar al inmigrante como un sujeto pasivo y no otorgarle importancia en los desplazamientos migratorios. Las teorías que se han emplazado en una posición intermedia, vale decir, que han bregado por la interconexión entre los aspectos micro y macro, de igual modo han tenido reprimendas. Así, a la Teoría de las Redes Migratorias y de la Causación Acumulativa, se les ha cuestionado el hecho de no considerar el sentido de utilidad del lugar y su distribución desigual en el lugar de llegada, a la vez que no consideraría la proveniencia desigual incluso entre un mismo país de origen. (Glick en Sole, et al., 2008).

La diversidad de visiones que existen respecto a las migraciones, ha llevado a que la discusión refiera a la necesidad y/o posibilidad de formular un marco de análisis unitario que establezca puntos conceptuales de encuentro, permitiendo integrar de este modo los modelos explicativos existentes. En este sentido, las posiciones están divididas entre aquellos que sostienen que, tomando como punto de partida las múltiples teorías existentes, es viable avanzar a una teoría de gran alcance y con carácter multidisciplinario; en contraparte a quienes apelando a la complejidad del fenómeno, niegan que sea posible formular una teoría general que permita explicar la totalidad de los aspectos que contiene la migración.

En la primera posición se encuentra Massey, quien luego de efectuar un diagnóstico de las teorías existentes en torno a las migraciones, llega a las siguientes consideraciones: en primer lugar, constata la ausencia de una teoría única y congruente de las migraciones; en segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, señala que el estado actual del campo teórico de las migraciones se limita a ser un conjunto de teorías fragmentadas y aisladas unas de otras, lo que es insuficiente para realizar un análisis exhaustivo del proceso migratorio; en tercer lugar, y en forma de conclusión, señala la necesidad de impulsar una teoría sistemática que vincule a las distintas disciplinas y agrupe a las teorías existentes. Todo ello con el propósito de alcanzar una síntesis entre las dimensiones macro y

micro, vinculando de este modo, las teorías de enfoque centrado en los aspectos individuales con aquellas que dan mayor realce a los procesos colectivos y propios del entorno. Para establecer una teoría unitaria señala los siguientes criterios:

“una explicación teórica satisfactoria de la migración internacional tiene que contener al menos cuatro elementos: a) un tratamiento de las fuerzas estructurales que promueven la emigración desde los países en desarrollo; b) una caracterización de las fuerzas estructurales que atraen migrantes hacia las naciones desarrolladas; c) tomar en cuenta las motivaciones, objetivos y aspiraciones de quienes responden a estas fuerzas estructurales, y d) considerar las estructuras sociales, económicas y culturales que surgen para para conectar las áreas de origen y de destino de la migración. Cualquier explicación teórica que se apoye en uno sólo de estos elementos necesariamente será incompleta y engañosa, y proporcionará bases equivocadas para la comprensión de la migración internacional” (Massey, 2004, p30)

En la segunda posición se encuentra Alejandro Portes, el cual considera que, dada la complejidad del fenómeno migratorio, las propuestas teóricas son muy heterogéneas y buscar agrupar a todas ellas, las elevaría a un nivel de abstracción infructífero para los fines explicativos, por lo que propone desarrollar conceptos de alcance medio que tengan un marco de flexibilidad empírica y se vayan adaptando durante la investigación. De este modo se descarta la posibilidad de articular mega relatos y, por el contrario, dispone aprehender ciertas partes de la realidad mediante la elaboración intermedios, que tengan forma de conjetura y se empleen como guía de orientación en la investigación, pero que se modifiquen en razón de su capacidad explicativa. Sin embargo, se ha planteado que los conceptos de mediano alcance señalados por Portes pertenecen a una visión teórica más amplia y el riesgo de aislarlo de su matriz teórica es el de quedar reducidos a un nivel descriptivo (García y Villafuerte, 2014)

Sin embargo, distintos autores se han inclinado por valorar positivamente la complementariedad entre las teorías existentes, aludiendo que los focos, conceptos y dimensiones del análisis no son dicotómicos, y pueden permitir otorgar una dimensión más amplia al estudio de un problema complejo como es el proceso migratorio.

“Ninguna teoría por sí misma puede explicar el fenómeno, por lo tanto, se debe recurrir a todas ellas para extraer los elementos centrales que puedan servir para el tratamiento particular dentro de cada contexto y su dinámica, debido a que la migración tiene causas muy variadas y algunos efectos no fáciles de medir” (Gómez, 2010, p.83)

De este modo, “la interacción de un gran número de factores, de carácter macroestructural y microsocioal, conforman el mejor marco interpretativo y teórico capaz de explicar el complejo funcionamiento de las migraciones” (García, 2003, p.350) Una explicación plausible y sistemática de las migraciones debe interconectar los distintos niveles de análisis y reconocer el aporte efectuado por las distintas teorías. Estas poseen distintas dimensiones y categorías que, de manera conjunta, constituyen elementos de análisis importante para abordar el fenómeno migratorio. En cuanto a las teorías con enfoque micro, en el caso de la Teoría Neoclásica, a pesar de todos los cuestionamientos que recaen sobre ella, se puede reconocer su capacidad para explicar ciertos aspectos de la decisión migratoria en cuanto momento, y la vinculación que tiene esta con los salarios; mientras que en el caso de la Nueva Economía de las Migraciones, es posible valorar la contribución que realiza al incluir al grupo familiar como unidad de análisis y relacionar el ciclo vital de la familia con la propensión a migrar. (Arango, 2003). De igual modo las teorías macroestructurales, es valorable el aporte que realiza al incorporar a la sociedad receptora como unidad de estudio y de considerar el beneficio relativo que tiene para ella la incorporación de esta masa de trabajadores en el mercado del trabajo. Como aporte de la Teoría de los Sistemas Mundiales, por su parte, se puede subrayar el análisis histórico que realiza para explicar la persistencia de ciertos vínculos que se han establecido entre países y tienen expresión en las migraciones. Mientras que en el caso de las teorías de alcance intermedio, tanto en el caso de la Teoría de las Redes Sociales como la de Causación Acumulativa, se puede decir que ambas son de utilidad para explicar los vínculos interpersonales establecidos entre los emigrantes actuales o que han tenido una experiencia migratoria con aquellos que continuaron habitando en un determinado, explicando esta interconexión y de capacidad que tienen las migraciones para modificar el entorno sobre el cual se asumirán las migraciones futuras, incentivando su realización y ampliando el volumen de estas (Massey, 2004). Esta concatenación de enfoques y conceptos, puede ser de gran utilidad para analizar las migraciones en el contexto actual, donde se ha tendido a diluir los efectos espaciales y temporales que con antelación podían haber implicado este tipo de desplazamientos.

6. La incorporación de los migrantes a la sociedad de llegada

Los efectos que el acto migratorio tiene para el inmigrante una vez que establece su residencia en el lugar de llegada, dependerá de la relación que se constituya entre el migrante y la sociedad. Todo ello implica un proceso de reorganización de la vida al interior de la sociedad de llegada, que va ocurriendo al mismo tiempo que se reestablecen los lazos con el lugar de origen. Aquí aparece el concepto de integración, en tanto resultado específico. Aunque el concepto de integración se ha

desarrollado bastante al interior de las teorías de las migraciones, en algunos casos puede referir a ámbitos y dimensiones que difieren entre sí.

En términos generales, tal como señalaba Adela Pellegrino, se parte del supuesto de que “los migrantes no llegan a territorios vacíos y a naciones nuevas en proceso de consolidación – como sucedió en la emigración europea del siglo XIX – sino que se incorporan a sociedades fuertemente estructuradas” (Pellegrino, 2004, p.8). De igual manera, la incorporación del migrante a la sociedad de llegada ocurre en un marco jurídico de desigualdad, lo que denota un tratamiento diferenciado por parte del Estado para unos y otros, cuya base es el criterio de nacionalidad. De manera que cuentan con un rango menor de oportunidades y condiciones de autonomía más limitadas, debiendo realizar mayores esfuerzos que los demás miembros para la concreción de sus intereses y su desarrollo personal (Bonilla, 2012).

De este modo, el migrante una vez que llega al país de acogida, se enfrenta a la necesidad de ir definiendo constantemente el modo de relacionarse con la sociedad a la que se incorpora, cuyos resultados dependen tanto del migrante individual o colectivo, como también de las barreras y oportunidades que manifieste la sociedad, por lo que la disposición de estos, va a depender de la interacción cotidiana, situada en dinámicas y condicionantes estructurales.

Cristina Blanco, ha sido una de las autoras que más ha desarrollado el análisis la integración de los migrantes, abordándolo como un asunto que involucra tanto al individuo migrante como a la sociedad de llegada, y cuya etapa culmine es la formación de una identidad y sentido de pertenencia por parte del migrante, en la medida que existen condiciones de equidad entre unos y otros:

“(La integración corresponde a) un proceso de incorporación de los inmigrantes a una sociedad dada que tenga como resultados una estratificación social no basada en el origen, raza, etnia o religión de las poblaciones integrantes, culminando el proceso con el desarrollo de un sentimiento de pertenencia a la comunidad de la que se trate” (Blanco, p. 223, 2001).

Por su parte Phennix y Matinello, postulan que la integración corresponde al trayecto que recorre el migrante “por el cual se convierte en una parte aceptada por la sociedad”, agregando que no existiría algún requisito de entrada, pudiendo ofrecer resultados temporales y finales (citado en Sole, et al., 2008). Dicho todo lo anterior, la integración corresponde al proceso mediante el cual el inmigrante se incorpora socialmente y que, desde el punto de vista propio, implica reconocerse como integrante de la comunidad receptora; mientras que, desde la mirada sociedad

receptora, refiere a la aceptación que esta expresa hacia los nuevos inquilinos. Ahora bien, como veremos más adelante, la integración no es el único resultado posible de este proceso de interacción.

El enfoque teórico que ha prevalecido en el análisis de la integración ha tomado como foco preferente a la sociedad de acogida, enfatizando en los aspectos políticos y normativos que rigen a cada país, a fin de clasificar y comparar los modelos jurídicos que regulan la migración, primando en ello una visión política-normativa. La otra mirada de la integración, más acorde al interés de esta investigación, toma mayor atención a la perspectiva del migrante y las estrategias de adaptación empleada, entendiendo a este proceso como parte de una respuesta adaptativa que deriva de la valoración que realiza en relación a la comunidad mayoritaria, desde un plano socio-cultural.

6.1. La integración desde la perspectiva de la sociedad de acogida

Rodríguez, 1979, p.99 de una cultura a otra, teniendo como pre condición el abandono de la identidad cultural propia del grupo minoritario. Ello desde la premisa que la sociedad receptora ejerce un poder coercitivo sobre los migrantes, orientando la conducta del grupo minoritario de acuerdo a las pautas culturales dominantes y donde el despojo o desarraigo de la cultura de origen constituye una condición necesaria para la integración (Segura y Bijit, 2014). Aquí prima el presupuesto ideológico de que la comunidad es culturalmente uniforme y, en consecuencia, existe una sola cultura e identidad nacional al interior de la sociedad, considerando el proceso de asimilación como precondition de la cohesión social y la estabilidad política, así como también, para permitir la inclusión y no discriminación (Kimlycka, 1996), . En este sentido, la responsabilidad de incorporarse a la sociedad recae de manera casi exclusiva en el inmigrante, dado que se subentiende que la sociedad al tener incorporada una cultura homogénea, no experimenta mayores cambios en la interacción con los nuevos grupos que se agregan a la comunidad.

Como reverso de esta posición se encuentra el Multiculturalismo, que surge en Canadá y los Estados Unidos a principio de los años setenta. Al contrario de la vertiente asimilacionista, toma la idea de la diversidad cultural y reconoce la posibilidad de coexistencia entre distintas culturas al interior de las sociedades, descartando con ello al “despojo” como condicionante de la inclusión en la sociedad. Al contrario, persiste la idea que en los migrantes está presente el deseo de mantener sus culturas de origen, razón por la cual se ha de promover el resguardo de las identidades nacionales y la autonomía de los grupos étnicos, mediante el respeto y entendimiento entre todas las culturas que cohabitan en un mismo lugar. El deber del Estado es entonces generar un marco jurídico-normativo

que pueda garantizar la incorporación de todas las culturas a la sociedad (Retortillo, et.al, 2006). Si bien esta concepción reconoce la existencia de culturas distintas y valora su coexistencia y entendimiento, una de las críticas que se ha formulado a este modelo, es el de restringir la cultura de origen a la esfera privada, no extendiéndose del todo a los ámbitos públicos.

La descripción de ambos enfoques permite situar la discusión respecto a la integración, dado que, en su uso, se ha tendido a identificar a este último con el de asimilación, estableciendo como condición para la incorporación y la aceptación social la pérdida de la cultura de origen. Ahora bien, en ambos casos ha prevalecido una perspectiva de análisis más global, entendiendo a la integración como una categoría de gran alcance y al migrante de manera poco diferenciada entre sí.

6.2. La incorporación de los migrantes desde la perspectiva de los migrantes: estrategias de integración

Otra perspectiva de análisis de la incorporación de los migrantes, corresponde al desarrollado por la psicología social, la antropología y la sociología, que han centrado su atención en la incorporación individual o grupal, enfatizando en el sujeto migrante y su relación con la sociedad receptora. Aquí se incluyen como variables aspectos propios de la personalidad; las relaciones interpersonales y grupales; y el entorno social, todo ello desde la visión que la incorporación de los migrantes a la sociedad de llegada no es un proceso cuyas características sean iguales para todos los migrantes, ya que puede significar la adopción de estrategias migratorias que difieren unas de otras. Ello porque los inmigrantes no expresan una misma secuencia de adaptación, lo que queda de incluso en aquellos grupos de igual procedencia se tiende a manifestar de manera distinta.

El concepto de adaptación ha sido mayormente tratado desde el ámbito de la psicología social, considerando que refiere a un proceso de ajuste de tipo psicológico y socio-cultural, que involucra tanto a los ámbitos de bienestar, la autoestima personal, el sentido de identidad, el éxito y la satisfacción en el nuevo contexto; así como también a las capacidades que manifiesta el individuo para superar los obstáculos y aprovechar las oportunidades propias del entorno, desde las distintas esferas de acción. (Blanco, 2001). En este sentido, se ha señalado que el tipo de respuesta adaptativa del migrante, puede ser evaluado por la debilidad o fortaleza que denota de la identidad psico-social o por la adscripción a grupos de referencia o pertenencia de origen y/o de llegada (Retortillo y Rodríguez, p.21, 2010). En una línea similar, Mondaca (2015) plantea este tipo de respuestas contempla al mismo tiempo la identificación con las comunidades y las instancias recurridas para mantener la cotidianidad con los suyos, así también

las estrategias de adaptación o supervivencia empleadas por el migrante para insertarse en el país de acogida. (p. 3).

Las respuestas adaptativas asumidas por el migrante, son manifestación de su experiencia en los ámbitos sociales y culturales luego de la interacción, tanto con la sociedad de origen como la de llegada. La combinación de estos factores, deviene en estrategias de incorporación distintas, que van variando según cada migrante o grupo de migrantes. Desde el ámbito de la Antropología a este proceso le ha denominado aculturación y que, en su contenido, refiere al resultado del encuentro y contacto entre individuos que tienen culturas diferentes. El alcance de este concepto es extensible tanto para la esfera individual como colectiva, y refiere a los cambios que ocurren en los comportamientos, modos de vida, valores e identidad, una vez que ocurre el evento migratorio. (García Vásquez, 2008).

Retortillo y Rodríguez (2010), tomando el modelo de psicología intercultural desarrollado por Berry, señalan que existen cuatro estrategias distintas entre los migrantes, las que permiten precisar su conducta de adaptación en la sociedad de acogida o de aculturación

- a) **integración**, cuando se manifiesta la disposición de congeniar la práctica de las propias culturas de origen a la vez que se participa de la sociedad de llegada;
- b) **asimilación**, cuando prevalece la opción de no mantener su cultura de origen y se adopta la cultura mayoritaria;
- c) **separación**, cuando sobrevaloran su cultura de origen y rechazan el contacto con la cultura del grupo mayoritario;
- d) **marginación**, cuando el interés por mantener su cultura de origen y relacionarse con la comunidad de acogida es pequeño (pp. 189-190, 2008).

En continuidad con lo anterior, Ruiz de Lobera (2004) agrega que cuando se presenta una valoración positiva respecto a la cultura mayoritaria, existirá una actitud de integración o asimilación; mientras que cuando es negativa, será de separación o marginación. La identificación de estas estrategias adaptativas permite visualizar los modos de incorporación a la sociedad receptora, considerando que no tiene igual manifestación para todos los inmigrantes y contempla tanto la adscripción hacia algunos elementos culturales, como el rechazo de otros, desde la perspectiva que se “selecciona, reinterpreta y refuncionaliza estratégicamente aspectos de la cultura original y de la cultura que se hace propia” (Casasa, 2008, p.44).

En suma, tomando al migrante como unidad de análisis, se puede señalar que estos adoptan estrategias de incorporación distintas al interior de la sociedad de

llegada, las que dependen de la disposición a mantener o modificar ciertos aspectos que son propios e incorporar atributos característicos del grupo mayoritario los que, en un contexto que presenta barreras u oportunidades de incorporación, deviene en el empleo de determinadas respuestas adaptativas o estrategias de incorporación.

El proceso de incorporación es dinámico y varía de acuerdo al ámbito de la realidad sociocultural al que refiera. García (2008), compartiendo el modelo de respuestas adaptativas, señala que, en un mismo individuo o grupo de migrantes, pueden coexistir más de una estrategia de incorporación en función del ámbito de interacción al que corresponda. Así, divide la realidad sociocultural en nueve dimensiones distintas: socioeducativa, sociolaboral, socio sanitaria, inclusión y bienestar social; equipamiento, vivienda, y alojamiento; cultura, ocio y participación; familiar; formas de pensar; y religioso. Estas se agrupan en dos áreas, por una parte, aquellas que corresponden a los ámbitos centrales, es decir, aquellos aspectos que se encuentran más internalizados, es decir, la familia, las formas de pensar y las creencias religiosas; mientras que las dimensiones restantes, se clasifican como ámbitos periféricos. La hipótesis que se sostiene es que, en el caso de los migrantes, en los ámbitos periféricos, primaria la asimilación e integración, mientras que en los ámbitos más centrales se inclinan por la separación. (García, p.123, 2008).

Cristina Blanco (2001), de igual modo extiende la mirada de la integración, señalando que no ocurre de manera unilateral y de acuerdo al mismo patrón, y que se da en distintas dimensiones de la vida personal o colectiva.

De este modo, diferencia cuatro dimensiones de la integración y que son: estructura socioeconómica, social, cultural e identitaria.

- a) **Estructura socioeconómica:** La estructura socioeconómica está determinada por el lugar que pasan a ocupar los migrantes al interior de la sociedad en términos de adquisición de poder y status, donde el ámbito laboral juega un papel central y, en gran medida, delimita las oportunidades de movilidad social individual y familiar. La incorporación de los inmigrantes al mercado de trabajo, estará condicionada por “el contexto económico de la sociedad receptora, la existencia previa de enclaves étnicos, el tipo de inmigración (espontánea/reclutada) así como el origen de la inmigración, además de las cualificaciones profesionales de los inmigrantes.
- b) **Vida social:** Distingue cuatro ámbitos de la vida social que son relevantes para determinar los niveles de integración: en primer lugar, familiar-primario, que puede ser abordado mediante el criterio que prima en la conformación familiar por (endogamia/exogamia) y en el origen de las amistades; en segundo lugar, residencial, que guarda relación con las condiciones del lugar

de residencia; en tercer lugar, el cívico o social, en cuanto a adscripción a organizaciones cívicas; y, por último, político, que tiene que ver la adhesión grupos o ideologías políticas.

c) Cultural: Parte por considerar que la cultura no puede ser abordada como un sistema monolítico cerrado y debe incluir el anclaje que tiene la cultura de origen en la población migrante. En este sentido, advierte que la lengua es uno de los elementos objetivos culturales más importantes que sustentan la identidad colectiva.

d) Identidad colectiva: Refiere al proceso de orientación referencial de un colectivo humano que se expresa en el sentimiento de pertenencia a él. Las etapas de este proceso son las siguientes: a) reconocimiento de la comunidad y de su singularidad, b) definición de los elementos propios y criterios de inclusión, c) evaluación (positiva o negativa), d) adhesión (en caso que lo anterior sea positivo) y e) reciprocidad en el sentimiento de pertenencia. En todo este proceso interviene tanto como el sujeto individual, así como el conjunto de representaciones colectivas. Las estrategias de *auto identificación* pueden ser distintas (pp.227-231).

Autores como Retortillo & Rodríguez (2008), han planteado en sus estudios el vínculo existente entre las actitudes de incorporación de los migrantes con la percepción que existe de parte de ellos hacia el trabajo que realizan en la sociedad de acogida, ello en el entendido de que el trabajo no solo significa una fuente de ingreso sobre para el individuo, sino que constituye una actividad de gran trascendencia en la vida de las personas y de la cual depende la concreción de una serie expectativas a nivel individual y social. Herzberg identificaba que en el ámbito del trabajo habían dos tipos de factores, por una parte, aquellos extrínsecos, que correspondían a dichos aspectos que están representados por las condiciones de trabajo en el sentido estricto de la actividad laboral,. Y por otra parte, los factores intrínsecos, que son aspectos derivados o consustanciales al trabajo mismo del trabajo mismo.

En cuanto a la relación de las estrategias individuales o grupales con los efectos que tiene para la sociedad de acogida, Cristina Blanco plantea que en caso de existir una valoración positiva en relación a los aspectos culturales mayoritarios, los resultados pueden ser de asimilación, melting pot y pluralismo cultural.

- Asimilación: Si del contacto entre grupos que tienen culturas diferentes genera transformaciones adaptativas solo en los migrantes
- Melting pot: Si del contacto entre grupos que tienen culturas diferentes genera transformaciones adaptativas tanto en los inmigrantes como en la comunidad de acogida generando algo diferente.

- Pluralismo cultural: Si del contacto entre grupos que tienen culturas diferentes se mantienen las particularidades propias de la cultura de cada grupo y se genere de una identidad colectiva común

Por el contrario, si lo que prima es una valoración negativa en relación a la cultura mayoritaria, hace alusión a dos dinámicas de separación: en primer lugar, marginación, cuando los migrantes se desenvuelven en posiciones y mantienen relaciones diferentes al resto de la sociedad; y, en segundo lugar, segregación o yuxtaposición, cuando existe una estructura socioeconómica propia al interior de otra más grande, que cuenta con una dinámica propia y tiene poca relación entre ellas (Blanco, 2001). Por su parte, García Vásquez (2008), agrega que cuando la separación viene dada por el entorno sociocultural, es decir, existe una dinámica de exclusión, se hace referencia a segregación; en cambio, cuando es consecuencia de la disposición del grupo minoritario, se refiere a marginación.

Ahora bien, para analizar la actitud que adoptan individual o grupalmente los migrantes respecto a la sociedad receptora, en tanto respuesta o consecuencia adaptativa, se han de considerar los espacios de inclusión que se encuentran incorporados socialmente, que dependen de los requerimientos internos de los países. Así, el nuevo entorno puede manifestar oportunidades o barreras para la integración, cuya optimización o superación no va a ser igual para todos los migrantes, estando asociado a factores individuales, familiares o sociales que orientan su conducta. De modo tal que en la conformación de una actitud determinada influye “la historia de la constitución migratoria, el rango y nivel cultural y socioeconómico, las fantasías dominantes en el imaginario colectivo sobre el otro” (Aruj, 2008, p.106,). En consecuencia, la capacidad de adaptación es distinta entre los migrantes, estando condicionada por el origen social y cultural de estos,, que se desprenden de la posición del actor en las distintas esferas del sistema social, además del interés latentes o manifiestos asociados la edad, sexo, familia, religión, clase, raza y etnicidad. En la medida que varios individuos adscriben o se identifican con iguales intereses, estos asumen una dimensión colectiva.

La sociedad a la cual se integra el inmigrante presenta desigualdades y diferenciaciones entre individuos, grupos, clases y etnias que son propias de su desarrollo histórico y social. En este sentido, Martínez (2011) desarrolla el concepto de desigualdad estructural, entendiéndola como aquellas injusticias estructurales que sustentan la distribución diferenciada de recursos, autonomía, e incluso de autoestima a partir de ejes de jerarquía y de privilegio, donde la ubicación social que ocupan en la estructura social viene dada por características de origen. Esto se tiende a manifestar en dos ámbitos centrales que no aparecen en lo discursivo. En primer lugar, a partir del racismo, del cual se desprende la estratificación laboral, estratificación social y segregación residencial, en razón que se asigna determinados tipos de trabajo, formas de trato y lugares de residencia

respectivamente, en relación a características físicas y/o pertenencia a determinados grupos étnicos. En segundo lugar, a partir de la normalización, que designa las expectativas respecto al comportamiento en razón de una asignación de valor, catalogando a algunas personas o algunos comportamientos más válidos que otros. Ello ocasiona estigmatización de quienes no suscriben y desventajas sistemáticas para acceder recursos que permitan desarrollar habilidades y capacidades. En términos prácticos, su consecuencia es que se tiende a interiorizar y marginar al otro; a la vez que existe una suerte de autoafirmación identitaria. Si bien es cierto que la mayoría de los migrantes dejan sociedades marcadamente desiguales y se incorporan a otras en que persisten las desigualdades, se debe hacer la salvedad que, aun cuando sea la generalidad, no todos los migrantes provienen de los estratos más bajos de la sociedad de origen, ni se integran a los segmentos socioeconómicos más bajos.

A modo general, podemos señalar que en las formas de incorporación empleadas por los migrantes para incorporarse a la sociedad de llegada, influyen tanto los factores estructurales que definen a la sociedad de llegada, como las características individuales y sociales propias del sujeto que migra, constituidas en condiciones históricas determinadas. Tal como las sociedades en su configuración pueden contar con oportunidades y barreras para la integración, las estrategias de incorporación o adaptación no son las mismas para todos los migrantes. Ello debido a que son diversas en su composición, perteneciendo a distintos grupos sociales, étnicos, religiosos, etc, no constituyendo así un proceso único. De igual manera, los resultados son disimiles dependiendo de la esfera de interacción a la que refiera y la centralidad que tenga esta para el individuo. No obstante ello, en lo que respecta a la adaptación del individuo, es importante el rol que se asigna a la cultura o al trabajo.

7. Las profesiones y la profesión médica.

A continuación, abordaremos lo que se entiende por <<profesional médico>>, distinguiendo con ello las características y determinantes que lo constituyen en su dimensión social. Con este propósito desarrollaremos una aproximación a los conceptos <<profesión>> y <<profesional>>, con el fin de identificar su localización y tipo de relaciones sociales, para posteriormente abordar lo que se entiende por profesional médico.

7.1. Profesión y profesional.

Al hablar de profesión, generalmente se hace alusión a un término que refiere a una ocupación que habilita a ciertas personas respecto a conocimientos y aptitudes en un área determinada, y que las faculta para desarrollar cierto tipo de labores que

son retribuidas económicamente. Desde el ámbito de la sociología, aquello que es entendido por profesión, se aborda tanto desde su función misma, así como también, por la relación e interacción que establece ella con la Sociedad y el Estado.

Varios autores se han referido al concepto de profesión, así Max Weber (1985) enfatizó en sus aspectos individuales y económicos, señalando que la profesión corresponde a la “*actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia*” (p.82). Por su parte, Cortina (2000), señaló que las profesiones han de ser consideradas como una actividad humana, de tipo social, que corresponde a un resultado de la acción de personas por la cual se efectúa la prestación de un servicio a la sociedad de manera institucionalizada. En cuanto a los servicios que presta, señala que estos han de ser únicos, definidos e imprescindibles: único, en cuanto existe exclusividad para ser prestado por tal profesión; definidos, en cuanto son prestaciones o actividades claramente delimitadas y conocidas por los clientes; y por último, indispensable, es decir, de los cuales la sociedad no puede prescindir sin verse afectada

La profesión se va definiendo, en tanto actividad socialmente construida, a partir de sus determinaciones y características propias, junto con la interrelación con la sociedad y los requerimientos que emanan de ésta. De este modo, Browne, et al (1984), desarrollan el concepto de profesión señalando que contiene ciertas características propias y, por las cuales, el Estado otorga determinadas prerrogativas o compensaciones. Contando de este modo, con mayor cantidad de derechos que otras ocupaciones, como parte del resultado de un proceso de negociación política que les permite alcanzar un espacio de dominio sobre determinados aspectos de la realidad, cierto estatus profesional y la posibilidad de autogobernarse. Estas prerrogativas corresponden a autonomía, monopolio y autoridad, las que pueden estar presentes en un grado mayor o menor, dependiendo del tipo de profesión a la que corresponda. Por autonomía se refiere a la libertad con la que cuenta una profesión para auto-organizarse en razón de sus objetivos, y determinar los mecanismos y procedimientos que la regulan. En cuanto a monopolio, se expresa en tres dimensiones: monopolio de la oferta, que refiere la preferencia práctica que tiene respecto a cierto tipo de actividades; monopolio de la denominación, que dice relación con la posibilidad de acceder a apelativos profesionales; y monopolio de restricción, respecto a la capacidad de definir los modos de acceso y el número de miembros. Mientras que por autoridad, hace alusión a la localización en la organización del trabajo, de ciertas profesiones en relación a otras ocupaciones complementarias, existiendo así algunas profesiones que dirigen y otras ocupaciones que son dirigidas, derivando en una relación asimétrica entre ellas. Las libertades y facultades con las que cuentan las profesiones no son iguales entre sí, contando con una distribución de derechos y

atribuciones que varía según las características de cada cual (Browne et al., 1984).

Así como el trabajo, en la forma de estatuto de empleo, permite la integración social, las grandes categorías profesionales otorgan al individuo un lugar en la sociedad y permiten distinguir su ubicación social.

“En las sociedades modernas, nuestra posición es definida por nuestras actividades profesionales más que por nuestras herencias patrimoniales. Esas posiciones nos confieren derechos sociales y sobre todo, sostienen nuestro sentimiento de pertenencia a una comunidad social medida por el criterio de igualdad (...) pero el trabajo no es sólo un estatus social, una posición, es también un intercambio entre una fuerza de trabajo” (Dubet, 2007, pp.91-92)

Estas categorías, basadas en el lugar que ocupan las profesiones en la división del trabajo, permiten diferenciarse de otras ocupaciones, aspirando a acercarse al estrato superior y distanciarse del estrato más bajo, “cada categoría socio profesional gana cierta mejoría en su situación, al tiempo que por lo general estima que no obtuvo lo suficiente” (Castel, 2010, p.19)

En cuanto a lo que es entendido por profesional, en estricto rigor corresponde al individuo que ejerce una profesión. Considerando la definición de profesión antes tratada, se puede añadir que entre la profesión y el profesional, existe una relación integrada, de modo tal que la profesión constituye al profesional y viceversa.

“El profesional se define por su estatus, es decir por su posición relativa que determina su posibilidad de influenciar los demás gracias a los recursos vinculados a esta posición (...) En esta lógica, las relaciones profesionales son definidas en términos de competición, de rivalidad según los intereses individuales o colectivos. Los actores elaboran estrategias, aprovechan las oportunidades, juegan con los demás, concluyen alianzas con adversarios. La profesión «es percibida como un sistema de intercambios competenciales en una competición para obtener bienes preciados como el dinero, el poder, el prestigio, la influencia, el reconocimiento» “ (Urteaga, 2008, p.189).

Vale destacar que el actuar de los profesionales no está sólo condicionado por la profesión, sino también por otros aspectos sociales que derivan de cada experiencia en el entorno, dado que la acción profesional también se orienta de acuerdo a la relación que el individuo establece con la sociedad, y la pertenencia de éste a un grupo y/o clase social, por lo que para fines analíticos, deben ser

considerados los vínculos establecidos entre sus miembros y de ellos con el resto de la sociedad.

El hecho de que exista un sentido de pertenencia al interior de una profesión no elimina la existencia de competencia interna y persiste una comparación constante respecto al reconocimiento entre pares, donde las desigualdades son justas cuando estas aseguran la igualdad entre los colegas de modo de saber si su mérito se encuentra debidamente recompensado

“(Existe una) comparación permanente entre colegas que realizan las mismas tareas pero cuyos ingresos difieren o, más a menudo incluso, entre colegas cuyos estatus e ingresos son idénticos pero cuya actividad, competencias y buena voluntad son demasiado diferentes (...) el mérito se juega particularmente en los asuntos de promoción y recompensa”
(Dubet, 2007, p.95)

7.2. La profesión médica

No todas las profesiones cuentan con igual cantidad de derechos y prerrogativas que posee la profesión médica. La importancia social que se asigna a la función médica y el prestigio que ha alcanzado al interior de la sociedad, la ubica en una posición privilegiada en relación a otras profesiones.

“La profesión médica (...) es la profesión por antonomasia. Su gran lucha por diferenciarse del hechicero y del sacerdote, se vio premiada a partir de la Edad Media por el reconocimiento por parte del Estado de un status especial. La propia profesión era la única con derecho exclusivo a poner en tela de juicio su práctica curativa, y la única legalmente permitida para auto educarse y decidir sobre las personas que la irían a ejercer”
(Rodríguez, 1979, p.95)

En el último tiempo, los avances científicos y tecnológicos han significado un aumento en la capacidad de la medicina para dar respuesta a los requerimientos de salud de la población, permitiendo a los sistemas de salud aumentar sus capacidades de prevención y resolución sanitaria. Ello sumado a que el mayor grado desarrollo social y económico alcanzado a nivel mundial, junto con el envejecimiento de la población, ha permitido un aumento progresivo de la demanda en salud de la población. En la medida de que el requerimiento de salud de la población se va incrementando, el papel social de la profesión médica también va en aumento, extendiendo con ello su poder al interior de la sociedad.

Las prerrogativas con las que cuenta derivan de un contrato social que ella establece con la sociedad y los poderes públicos. Del vínculo que se establece entre los conocimientos con los que cuenta la medicina y el poder político, deriva

el reconocimiento y consolidación de mecanismos de autogobierno profesional para impulsar las decisiones propias de su quehacer (Hernández, 2012). Es la profesión médica la única facultada para determinar lo que la sociedad entiende por enfermedad y salud, por lo que su labor no sólo está circunscrita a labores de tipo preventivo y curativo, imponiendo socialmente sus propios criterios respecto a lo que es normal y anormal.

“Es ella quien define lo que constituye enfermedad y salud, y los límites entre estas dos condiciones, cosa que ya no es un problema netamente técnico sino un asunto de gran envergadura social. Entraña un conjunto de relaciones muy complejas; derechos y obligaciones entre el individuo y la sociedad y, por implicancia, una imagen del tipo de organización social que se debe tener para promover lo que se ha definido como la salud de la población.” (Browne, et.al, 1984, p.24)

De este modo, las facultades que delega el Estado en la profesión médica se expresan de la siguiente forma:

En primer lugar, la profesión médica goza de plena autonomía profesional, pues logra ejercer control en torno a la delimitación de los contenidos y los límites de su trabajo. Aun cuando ésta condición de autonomía se expresa en su quehacer técnico, tiene una clara condición política puesto que depende del poder que alcanza la profesión al interior de la sociedad y cuya expresión manifiesta es mediante el grado de libertad que concede a ella el Estado para delimitar su trabajo y el modo en que este se ejecuta y organiza.

“La autonomía técnica, o sea el control profesional sobre el trabajo, es un elemento definidor de profesión (médica). Este control tiene un carácter netamente político, pues surge de la relación con el Estado y es producto del interés de éste en el establecimiento y mantenimiento de la profesión (...) el Estado deja en manos de la profesión el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo, y sobre la organización social y económica del mismo (Rodríguez, 1979, p.98)

En segundo lugar, la profesión médica cuenta con el monopolio del ejercicio de la profesión, toda vez que como profesión, tiene exclusividad para proveer de salud a la población constituyéndose como “la única autoridad confiable para proporcionar atención médica, y (ha) presionado al Estado para que autorice dicho monopolio” (Carrillo, 1998, p.151). Junto con el monopolio respecto a la oferta, dicha condición también se extiende en la facultad de poder determinar quiénes legítimamente pueden ejercer la profesión médica, estableciendo los requisitos, las restricciones y mecanismos de acceso a la profesión.

“No es únicamente el control sobre su práctica sino además el control sobre la organización y división del trabajo lo que hace que la medicina sea distinta de otras profesiones (...) Las características formales de la profesión de la medicina son su derecho al control de su propio trabajo, y el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y como debiera realizarse éste ” Rodríguez, 1979, p.99)

En tercer lugar, otra prerrogativa de la profesión médica corresponde a la condición de autoridad con la que cuenta la profesión médica. Esto se expresa en la organización del trabajo, donde la profesión médica asume el control y la orientación de todo el sector salud, conduciendo así al conjunto de la organización sanitaria. La ubicación jerárquica en la organización del trabajo y la confianza social respecto a su quehacer, le permite alcanzar cierto grado de independencia en relación a la estructura organizativa y de autoridad de los establecimientos de salud.

“El médico se encuentra en el hospital independiente de su práctica individual. Planteando demandas, aludiendo al bienestar del paciente, invocando amenazas sobre su vida y proclamando su capacidad para evaluar y solucionar los problemas, es lo que permite al médico enfrentarse y no quedar subordinado por la línea de poder administrativo y jerarquizada del hospital (...) La medicina logra un status especial al convertirse en predominante en una compleja división del trabajo” (Rodríguez, 1979, p.99)

Ello también se expresa en las relaciones de cooperación que se constituyen entre la profesión médica y el resto de las profesiones y/u oficios, con las que comparte labores asistenciales. La profesión médica, al estar ubicada en el estrato más alto de la organización del trabajo en salud, tiene como consecuencia que la relación establecida con otras ocupaciones complementarias sea de orden asimétrica

“A menudo se confunden dos niveles de análisis: no es lo mismo la relación entre Medicina y Enfermería (nivel institucional) que las relaciones entre médicos y enfermeras (nivel funcional) (...) la medicina es el interlocutor natural en aspectos de carácter general y el resto de las profesiones sanitarias, incluida la enfermería, meros consultores a tiempo parcial en aspectos específicos que conciernan estrictamente a sus respectivas profesiones.”(Hernández, 2012, p.14)

Estas prerrogativas comunes con las que cuenta la profesión médica, corresponden a derechos de tipo profesional, y representan el grado de poder

que detenta esta al interior de la sociedad y en el ejercicio de sus labores. El resguardo de la posición social alcanzada por parte de la profesión es un aspecto de interés profesional que se aspira resguardar de manera individual o mediada por algún organismo de representación.

Más estas características compartida lo distinguen social y laboralmente a la medicina respecto a otras profesiones, existen diferencias profesionales entre sus miembros que surgen por la cercanía o distancia con el poder o bien por su ubicación laboral. Freidson señala la existencia de tres estratos al interior de la profesión médica, a saber, los médicos de base, la elite del conocimiento y la elite administrativa. Esta estratificación, aun cuando presenta una distinción entre pares, no necesariamente se extiende socialmente dado que se antepone el interés profesional y el poder que no es empleado por los médicos de base, no se distribuye hacia otras ocupaciones (Cascon, et.al. 2017) También se puede establecer una distinción respecto al modo de ejercicio de la práctica profesional, pudiendo ser de tipo individual con dependencia en el paciente o de cooperación con colegas y dependiente del trabajo colectivo, ocurriendo esta ésta última, en la práctica privada o hospitalaria. (Rodríguez, 1979). Sin embargo, la distinción principal al interior de la profesión médica viene dada a partir de la proliferación de las especialidades y subespecialidades clínicas, lo que ha generado un “absoluto distanciamiento cultural entre médicos de atención primaria y especialistas hospitalarios, que hace que casi pueda hablarse de dos profesiones diferentes; y por otro, una tendencia a la que ningún país ha sabido o podido oponerse de multiplicación de especialidades hospitalarias (Hernández, 2012)

“La profesión médica, por su importante papel relacionado con la sociedad (su labor de asistencia curativa) es uno de los elementos más claros de estratificación social. En los países en los que prava la práctica individual y privada, sobre la pública su dedicación a las clases pudientes de la sociedad es palpable. (...) la distribución regional señala que los intereses mayoritarios del médico están ligados a la población que posee recursos económicos” (Rodríguez, 1979, p.97)

Por otra parte el desempeño propio de la profesión, presupone la existencia de vocación de servicio que sustenta una relación de confianza de los ciudadanos en su médico, desde la consideración de que en las decisiones propias de la profesión médica, tiende a primar el interés superior del paciente antes que los intereses propios, combinando altos nivel de conocimientos con un elevado sentido de responsabilidad y un espíritu de servicio . Más allá de todo lo anterior, la experiencia histórica indica que los sectores profesionales no se han encontrado en una situación de extraterritorialidad “ desligados de la estructura de clases y de los intereses arraigados en ella” (Browne, et.al, 1984, p.20)

7.3. Migración del recurso humano calificado.

La migración del Recurso Humano Calificado, ha sido un tema recurrente y sobre el cual no existe un total acuerdo respecto las consecuencias que contiene para los países de origen y llegada. Si lo analizamos desde una perspectiva política-normativa, la tendencia internacional se ha orientado formular políticas restrictivas que han buscado reducir el volumen de los flujos migratorios, lo que no se extiende de igual manera a la migración calificada la que, dadas las necesidades propias de los países, la que ha contado con mayores facilidades de incorporación por parte de los países que requieren de trabajadores calificados en ciertas áreas, generando un proceso de inmigración selectiva y tendiendo a reproducir la diferenciación dada al interior de los las sociedades de origen entre quienes son profesionales y aquellos trabajadores no calificados.

“Los países ricos han optado por establecer sistemas selectivos de visa para diferentes categorías de migrantes, privilegiando la entrada de personas con altos niveles de habilidades, educación, experiencia y conocimiento (...) el inmigrante pobre y trabajador no tiene prioridad en el otorgamiento de visas y muchas veces debe vivir y trabajar en forma indocumentada en el país receptor.” (Solimano, 2013, p.28)

En la misma dirección García y Villafuerte (2014), señalan que la migración posee una doble connotación “la mala, asociada a lo ilegal, lo irregular, lo peligroso, y la buena, relacionada con la emigración de empresarios y profesionales altamente calificados”. Para los países emisores de emigrantes calificados en cambio, dicho desplazamiento es visto como pérdida, por lo que el énfasis ha estado puesto en el diseño de políticas de retención y retorno de profesionales (Pellegrino, 2001).

Algunos autores abordan este desplazamiento considerando que constituye una pérdida de recurso humano y un déficit en la capacidad de desarrollo de los países emisores, toda vez que no existe retribución de la inversión pública efectuada en la capacitación profesional, donde el país de origen pierde “el tiempo y los recursos invertidos en la formación profesional y después pierde al profesional mismo.” (Araujo, 2015, p.152). Otros, por su parte, desde una visión más liberal, postulan que estos movimientos van en beneficio tanto del país de origen como de llegada y, por tanto, se debe propender a la circulación libre del recurso humano (Pellegrino, 2001). Dentro de los efectos positivos consideran “el flujo de remesas, la producción de bienes de un contenido tecnológico (...), la transferencia de nuevas tecnologías e ideas y el establecimiento de nuevos contactos y mercados en países avanzados” (Solimano, 2013, p.85).

Situándonos en las causas, los factores que explicarían este tipo de migración en los países de origen, se encontrarían preferentemente en el ámbito educativo y laboral. En cuanto los sistemas educativos se expanden, existe una sobreoferta y/o subutilización de profesionales en relación a la capacidad del mercado para absorber dicha oferta. La combinación de una reducida demanda de trabajo y una elevada competencia, da mayores libertades de elección a los empleadores, afectando en el monto de los ingresos y en las condiciones de trabajo, buscando países que otorguen mayores recompensas a su especialización (Martínez, 2010). No obstante ello, se ha cuestionado la relación entre la disposición migratoria y la ubicación que ocupan los profesionales y técnicos en sus países de origen, en base al argumento de que los salarios constituyan la razón principal de la migración (Pellegrino, 2001).

7.4. La migración médica

La migración del recurso humano en salud, es un fenómeno que se ha expandido en el último tiempo, debido a que ha sido vista como una solución provisoria para aumentar la dotación de personal médico en el sistema público en general y en algunos subsectores del sistema en los que este déficit es más patente. En los distintos países, existen lugares que no resultan atractivos para los médicos nacionales puesto que presentan condiciones laborales más precarias, cuentan con menores posibilidades de desarrollo profesional, poseen niveles de ingresos más bajos y poco prestigio profesional. En estos lugares se concentra el déficit de personal médico, contando con una brecha superior al resto del sistema y donde se han ido incorporando mayormente los profesionales extranjeros. El aumento de los pacientes de origen extranjero y de la cobertura de salud para la población migrante, es también un factor que favorece en su incorporación y que permite acortar la diferencia cultural entre médicos y pacientes. En cuanto a las razones con las que se asocia este tipo de emigración, se vincula a situaciones de tipo laboral y de desarrollo profesional, es decir, requerimientos de mayores ingresos, menor carga laboral y mejores condiciones de trabajo y oportunidades laborales. De este modo, los médicos que adoptan la decisión de emigrar de sus países, ven en este acto una oportunidad para mejorar su situación laboral y profesional.

“Las ocupaciones que tienen un valor social importante, pero cuya remuneración es comparativamente modesta no atraen a una adecuada cantidad de talento doméstico, a pesar del alto valor social de sus actividades. En tal caso, para los inmigrantes como médicos y enfermeras estas posiciones si resultan atractivas” (Solimano, 2013, p.179).

Se debe considerar además que un aspecto recurrente en la migración médica ha sido la formación especializada en áreas de la medicina, y a la que se opta ya sea por presentar una mayor facilidad de acceso o por ser considerada superior en términos de calidad de la enseñanza que en sus países de origen. La forma de estructuración del mercado de trabajo médico está compuesto por un conjunto de sub mercados segmentados por especialidades, por lo que el médico al contar con una especialidad mejora substancialmente sus oportunidades de ingresos económicos” (Masanet, 2010, 249).

Dentro de los factores que inciden en la elección de un país por sobre otro, se encuentra presente la mediación realizadas por algunos actores públicos o privados, la mayor oferta formativa que presenta un determinado país, la cercanía cultural o geográfica y las políticas de visa y validación de título profesional (Freire & Masanet, 2013). Vale considerar que si bien los inmigrantes médicos poseen mayores facilidades administrativas, legales e institucionales que otros grupos de inmigrantes, esta situación no garantiza una real incorporación laboral.

Ahora bien, lo que puede representar una solución para los países de llegada y un beneficio para el médico que opta por emigrar, constituye un problema para los países emisores, y que se enfrentan muchas veces a la situación de tener que contar con mayor cantidad de egresos que ingresos en términos de profesionales de la medicina. Solimano profundiza esta idea al señalar que los emigrantes médicos provienen principalmente de países pobres y que estos Estados se deben enfrentar un doble problema: por una parte, la menor cobertura médica con la que quedan los países de origen una vez que se produce la emigración y que puede repercutir en el tratamiento de enfermedades de alta consideración; mientras que por otra, el gasto adicional en formación profesional que deben incurrir estos países. (Solimano, 2013; Sotomayor, 2007). Todo lo anterior señala un conflicto respecto al beneficio privado de la emigración en relación a los costos sociales que reporta el acto migratorio para el país de origen, sobre todo considerando que las estadías asociadas a la migración médica no suelen ser cortas.

V. MARCO DE REFERENCIA METODOLÓGICO.

8. Estrategia metodológica

El interés principal de esta investigación consiste en conocer el modo en que, desde un plano individual como grupal, ocurre la incorporación de los médicos extranjeros a la sociedad chilena. Se optó porque el enfoque metodológico que orientara la investigación sea de tipo cualitativo pues permite establecer un acercamiento mayor con las percepciones del otro, entregando una comprensión más amplia respecto del modo de pensar y actuar de las personas a las cuales se investiga en el contexto particular en que se sitúan. Ello porque “la investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (Hernández, et al., 2010, p.17). Brinda la posibilidad de desarrollar un conocimiento más exhaustivo y con mayor profundidad respecto a los actores sociales, favoreciendo llegar “a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad” (Taylor y Bogdan, 1987, p.21)

8.1. Tipo de estudio

Dadas las características propias del objeto de investigación, el tipo de estudio más adecuado es de modo exploratorio y descriptivo. Es exploratorio porque su objeto de estudio refiere a un ámbito sobre el cual aún existe escasa producción científica en Chile por ser un fenómeno relativamente nuevo, esto es porque “los estudios exploratorios se abordan campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado” (Jiménez R., 1998, p.12). Mientras que a su vez, es de tipo descriptivo porque el propósito de la investigación es especificar las características y dinámicas de incorporación de un grupo específico que, en este caso, corresponde a los médicos extranjeros que se encuentran ejerciendo en la comuna de Santiago. Lo anterior tiene como fundamento que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, et al., 2010, p.80)

8.2. Técnica de producción de datos

La técnica recolección de información corresponde a la entrevista y que refiere a “la interacción entre dos personas (...) que obedece a un objetivo, en la que el entrevistado da su opinión sobre un asunto y, el entrevistador, recoge e interpreta

esa visión particular” (Pantoja, 2015). Se optó por la entrevista semi-estructurada pues permite comprender de manera más extensiva la percepción que tienen los entrevistados respecto a la experiencias propias de la cotidianidad. La entrevista semi estructurada, en este caso, se sostiene en base a una guía de temáticas de interés para el investigador en razón de los objetivos del estudio y asigna a él un marco considerable de flexibilidad para modificar y agregar preguntas a fin de profundizar en ciertos temas e incorporar otros que no hayan sido previstos (Hernández, 2010).

8.3. Muestra

Se empleó una muestra homogénea dado que el universo muestral correspondió a médicos extranjeros provenientes de países de América Latina, cuya formación y titulación fuera realizada en sus respectivos países de origen, y que actualmente se encontraran ejerciendo funciones en Centros de Salud Familiar localizados en la comuna de Santiago durante el año 2017. Fueron criterios muestrales que los entrevistados contaran con un mínimo de residencia en Chile por un periodo de a lo menos dos años continuos a la fecha de la entrevista y que cumplan funciones en jornada completa, a honorarios o contrata, en consultorios de la comuna.

Todos los médicos entrevistados al momento de la entrevista cumplían funciones en Centros de Salud Familiar de la comuna de Santiago y provenían de Bolivia, Ecuador, Colombia, Venezuela Cuba, con una estadía en el país que fluctuó entre los 2 y los 19 años. Estas entrevistas fueron realizadas entre los meses de marzo y diciembre del año 2017 en los Centros donde habitualmente ejercen funciones, abarcando cuatro de los CESFAM existente en la comuna de Santiago.

En la definición del número de casos, los inconvenientes enfrentados tuvo que ver con la accesibilidad para la realización de las entrevistas, debido a las dificultades para identificar los casos y obtener aceptación de las entrevistas. Cuando fue aceptada la realización de la entrevista, otra dificultad fue la coordinación de los tiempos en los que se efectuaba ella, debido tanto a la poca disposición a que esta fuera realizada con posterioridad al término de la jornada laboral como también por lo rígido de la agenda de atención. A ello se agrega la distancia en los tiempos de residencia de los entrevistados, dada la disparidad temporal entre los entrevistados y que tiene influencia en la experiencia migratoria.

En las entrevistas hubo una distribución paritaria de género realizada existió relación entre los entrevistados en los criterios de edad, años en Chile y aprobación de EUNACOM.

ANCEDENTES DE LOS ENTREVISTADOS						
N°	Nominación	Género	Edad	Años en Chile	Especialidad	Eunacom
1	(Médico, Cuba)	Femenino	35	2	Si/No*	Aprobado
2	(Médico, Ecuador 1)	Masculino	51	15	No	No aplica**
3	(Médico, Ecuador 2)	Masculino	27	10	Si	No aplica**
4	(Médico, Bolivia)	Masculino	56	19	Si/No*	No aplica**
5	(Médico, Venezuela)	Femenino	34	2	No	Aprobado
6	(Médico, Ecuador 3)	Masculino	47	10	No	No aplica**
7	(Médico, Colombia 1)	Femenino	32	2	No	Aprobado
8	(Médico, Colombia 2)	Femenino	33	2	No	Aprobado
* Con especialidad no validada						
** Ingreso previo al 2009.						

8.4. Estrategia de análisis de la información

La estrategia utilizada para analizar la información producida correspondió al análisis de contenido, considerando a esta como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff en Andreu, J, 2001, P.3). Corresponde, de este modo, a una forma de codificación e interpretación de información, la que debe ser situada en un entorno específico y donde el propósito es ordenar de manera clara los mensajes contenidos.

Para dicho efecto se emplearon las siguientes técnicas:

- Obtención, captura y registro de la información a partir de la realización, grabación y transcripción de las entrevistas
- Codificación de las entrevistas mediante la reducción de los datos a códigos y posterior establecimiento de relaciones y ordenación de la información.
- Selección de las frases y conceptos a desarrollar.

8.5. Capitulación

La investigación contará con una capitulación, desarrollo y desenvolvimiento de los conceptos y categorías de análisis en base a los objetivos específico

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados de la investigación, abordaremos el proceso migratorio teniendo como referencia de que corresponde a un proceso que implica tres partes o momentos distintos: emigración o salida; inmigración o llegada; y retorno o regreso. Con la finalidad de ahondar más en el análisis, estudiaremos el proceso migratorio prestando especial atención en el médico migrante, esto es, tomando en cuenta la propia experiencia de ellos, considerada aquí, en su dimensión temporal y espacial:

En primer lugar, para el periodo correspondiente a la emigración, se hará referencia al periodo previo al desplazamiento, a fin de describir el modo en que ocurrió la decisión migratoria, considerando en ello las expectativas, los factores contextuales y la importancia que tuvo en ello la familia. En segundo lugar, respecto a la inmigración, será entendida ésta como el proceso de reorganización de la vida en el lugar de llegada y reestructuración de los lazos con la sociedad de origen, resaltando los momentos de asentamiento, incorporación sociolaboral e incorporación sociocultural. Por último, en lo concerniente al retorno, visto esto desde una mirada más amplia, se abordará como parte de un proyecto futuro sus perspectivas de vida en el mediano y largo plazo, en términos sociales, laborales y culturales. En todo lo anterior, se conjugan los aspectos individuales y sociales, micro y macro, que han influido respecto al proceso migratorio.

9. Emigración: la decisión de dejar el lugar de origen

La emigración, tal como se mencionó anteriormente, toma a la sociedad de salida como principal punto de referencia del desplazamiento. Aquí el énfasis estará puesto en aquellos aspectos, individuales y/o sociales, que condicionaron e influyeron en la decisión migratoria y dispusieron a que individuo asumiera la voluntad de alejarse de lugar de origen y buscar un nuevo lugar donde desarrollar su vida. En este sentido, se abordarán los fundamentos que orientaron dicha decisión, tanto en términos de expectativas, vale decir, los anhelos o deseos individuales y/o familiares que pretendieron ser alcanzados mediante el acto migratorio; así como también, aquellos factores estructurales que promovieron y atrajeron la migración de un país hacia otro. Debemos considerar que el análisis de las motivaciones que encaminan la decisión migratoria, aun cuando forman parte de un proyecto de tipo individual y familiar, el entorno social tiene un papel central en la formulación de la opción migratoria que influye tanto en la determinación de partir como a qué lugar al cual llegar. En este capítulo, se abordarán las causas de la migración, considerando en ellas a los componentes de la decisión migratoria que tuvieron mayor incidencia en la decisión de emigrar.

De acuerdo a la información levantada, podemos señalar que en cuanto a la disposición de migrar, ésta corresponde a una elección de tipo voluntaria, la que es asumida como una oportunidad para optar a mejores condiciones individuales y/o familiares en el corto, mediano y largo plazo. Aquí son preponderantes los aspectos de tipo profesionales, entendidos estos en su dimensión futura y donde la búsqueda por alcanzar una carrera profesional toma un carácter orientador. De esto se infiere la correspondencia entre el deseo por ascender a un estrato superior al interior de cada profesión y la opción por migrar, dada la necesidad constante por competir y diferenciarse, y así acceder a una mejor posición en razón del papel social asignado profesionalmente. De modo que cobra sentido aquello que Castel describía como la exhortación a ser individuo, prevaleciendo así la búsqueda por el propio recorrido profesional, de manera tal de maximizar sus posibilidades al interior de la sociedad y hacer frente a las distintas transformaciones sociales (Castel, 2010, p.25).

En la decisión migratoria tiene especial relevancia las expectativas que los médicos tuvieron respecto a su proyección y desarrollo ulterior, pues mediante el acto migratorio esperaron alcanzar algún tipo de logro, entendido éste como un reconocimiento o la respuesta social proyectada en el tiempo que recompensa a la acción migratoria. De este modo, se esperó alcanzar en el futuro una mejor situación a la que se encontraban con anterioridad al desplazamiento, que derivó de la evaluación asignada a ciertos ámbitos que son de interés.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se pudo identificar la primacía de las expectativas profesionales en la alternativa migratoria. En este sentido, fueron dos los tipos de expectativas generales que encaminaron la acción migratoria y las cuales fueron aludidas recurrentemente durante las entrevistas, por una parte, las expectativas formativas, que refieren a aquellas motivaciones de desplazamiento que tuvieron por fin el acceso a una especialización médica y/o mejores opciones de capacitación y desarrollo profesional; mientras que por otra, las expectativas salariales, cuando el propósito principal fue la búsqueda de mejores condiciones de calidad de vida individual y/o familiar optando así a mayores niveles de ingresos. Todo ello desde la perspectiva que la emigración contempla una dimensión individual y/o racional, dado que corresponde a una acción que aspira al cumplimiento de ciertos propósitos que son valorados por el individuo, luego de evaluar las ventajas de dicha decisión (Arango, 2003, p.12). Estas expectativas fueron combinadas con claros componentes de tipo estructural que incentivaron dicha acción, abarcando así aspectos propios o proyectados de las sociedades respectivas, los cuales fueron o no valorados por el individuo. En el caso de aquellos factores de tipo económicos, políticos, sociales y/o culturales, propios del país de origen que en su momento fueron considerados negativamente, se denominaron factores de expulsión; mientras que aquellos

aspectos valorados positivamente y que incentivaron la elección de Chile como destino de llegada, se definieron como factores de atracción.

En suma, la opción de migrar aludió siempre a la aspiración a una mejora respecto a la situación vivida, lo que queda de manifiesto en las distintas entrevistas, toda vez que se señaló que la opción de migrar respondió a la búsqueda de mayores "posibilidades de proyección profesional, tanto en aspiraciones salariales como de especialización" (Médico, Ecuador #3)

9.1. Expectativas formativas, la motivación por el desarrollo profesional

Para los médicos la especialización ha constituido un componente fundamental de su desarrollo profesional, puesto que permitiría, entre otras cosas, adquirir mayores competencias en áreas de interés; acceder a un mayor status profesional y social; o alcanzar niveles de ingresos más elevados. La inclinación por acceder a la especialidad tiene por origen la etapa formativa inicial y es mantenida durante los primeros años de ejercicio profesional. No es de extrañar que la gran mayoría de los médicos haya identificado que la principal razón para decidir emigrar fuera acceder a una especialización, destacando que dentro de los principales incentivos y beneficios que reporta para su desarrollo profesional concierne a la oportunidad de ampliar la gama de conocimientos y la posibilidad de ejercer en un área que es de su interés dentro de la medicina.

La centralidad que tiene la especialidad y las expectativas formativas para el desarrollo profesional del médico, influye tanto en la decisión de abandonar su país de origen, así como también respecto a la selección del lugar donde residir. Para los médicos resulta de importancia el modo en que las especialidades son impartidas en los distintos países, considerando de este modo, aspectos tales como la oferta de especialidades médicas y las modalidades de acceso, financiación y retribución que tiene cada país para ellas. Sobre dichos criterios se encuentra enmarcado el periodo de evaluación respecto a la oportunidad y definición del lugar dónde migrar, siendo de especial interés aquí, la recopilación de la mayor cantidad de información en torno a dichos temas como parte del proceso preparatorio previo al desplazamiento. A esto se suma que, desde una óptica comparativa, la valoración existente respecto a la calidad y el grado de progreso alcanzado por ciertos países en algunas áreas de la medicina o por los sistemas de salud en su capacidad científica y tecnológica. Todo estos aspectos son evaluados y comparados al momento de tomar la decisión de emigrar, considerando en cada caso los niveles de perfeccionamiento alcanzado en una materia determinada; el prestigio internacional en ciertas áreas de la medicina; las oportunidades de acceso; los incentivos que se brindan a los especialistas; la

capacidad de plazas, la cercanía geográfica, las oportunidades laborales y la regularización de la estadía.

“En el caso de los colegas que son de donde soy yo, de la capital, donde la universidad es más completa en información, práctica y todo, nos interesaba más venir a mejorar nuestro conocimiento y perfeccionarme en especialidad ” (Médico, Ecuador #1)

“Yo vi a Chile como una buena oportunidad para desarrollarme profesionalmente. Valoro, según mi criterio clínico, varios conceptos y puntos de vistas que me parecen alimentadores. Por ejemplo, allá no tenemos un programa de salud mental implementado y eso es una buena experiencia...Mi prioridad principal es estudiar, si puedo hacerlo lo hare o sino buscare otras opciones” (Médico, Colombia #2)

De modo tal que durante el periodo preparatorio, la obtención de información en relación a las expectativas que aspiraron ser cumplidas con el desplazamiento migratorio, incidieron de manera directa para la concretización de este último. Otra parte que contempla al periodo preparatorio, dice relación con el tiempo que se proyectó el desplazamiento y cambio de residencia. En consecuencia con ello, cuando en la motivación migratoria tuvo centralidad el deseo de alcanzar una especialidad, el tiempo estimado de residencia en el país de llegada está sujeto a su duración, constituyendo un criterio ex ante de cuya consecución dependió la permanencia proyectada fuera de su país. Los entrevistados manifiestan que siempre existió conciencia que el proceso de acceder y concluir una especialidad demora tiempo e implica varios años de formación teórica-práctica, motivo por el cual proyectaron su estadía en el mediano y largo plazo. Ésta constatación releva la reflexión en torno a la pertinencia y preparación previa a la acción de migrar, puesto que por su larga duración y, en efecto, la gran inversión personal y familiar que conlleva, es comprendida como una decisión que contiene beneficios y costos. Al ser consultados respecto al tiempo que proyectaron estar fuera de su país de origen, la mayoría respondió que aquello estaba sujeto al éxito de los planes formativos y, por tanto, el tiempo de retorno a su país de origen se supeditó a la realización de la especialización. Todos los entrevistados sostuvieron que, una vez que asumieron la decisión de emigrar, el tiempo de estadía fue proyectado a lo menos en el mediano o largo plazo. De este modo, la migración de este tipo puede ser considerada como una “migración poli anual” dado que el desplazamiento proyectado era de larga duración, extendiéndose por varios años pero que en la mayoría de los casos no contempla la disposición de establecerse en el país de llegada (Derruau, 1974)

Así cuando el acto migratorio responde preferentemente a cuestiones de índole formativas, el tiempo de estadía proyectado está determinado por la duración de la especialización.

“El plan era estudiar siempre, el plazo que fuese necesario porque sabía que habían varios modelos para especializarse y algunos de ellos requiere pagar el tiempo, después trabajarlos, pero todo en virtud de especializarse, el tiempo que fuera necesario.” (Médico, Colombia #2)

“Más o menos por dos o tres años que es lo que dura la especialización o profesionalización en alguna área de la pediatría (Médico, Ecuador #1)

“10 años, que es lo que dura la especialización” (Médico, Ecuador #2)
“Si el primer año me iba bien me quedaba o sino me iba a regresar” (Médico, Cuba)

“Proyecté mi estadía en Chile por un par de años, dependiendo de cómo marcharan las cosas, como me adaptaba y como sería la oportunidad laboral y de seguir estudiando” (Médico, Colombia #1)

La proyección de la duración de la migración cuando se asume la decisión, tiene relación directa con las expectativas asumidas tanto individual como colectivamente. No obstante ello, esto va acompañado de un grado de incertidumbre no menor dado que, por las características propias del sistema de ingreso a especialidades de los servicios de salud de Chile, el acceso a una plaza no puede estar garantizado de manera previa al desplazamiento mismo del migrante y requiere de la validación del título mediante la rendición del Examen Único Nacional de Conocimientos Médicos (EUNACOM). De este modo, es un riesgo a asumir, el hecho de desplazarse hacia el país sin tener la plena certeza de satisfacer las expectativas formativas por la dificultad que puede revestir el proceso de validación, y que en muchos caso, en los hechos, significa la postergación de sus aspiraciones al no poder cumplir con este requisito.

En suma, las expectativas formativas influyen directamente sobre la decisión respecto a emprender el acto migratorio, la selección del lugar de residencia y la duración proyectada de esta acción. Por lo demás, resulta útil agregar que según fue indicado, y dadas las características propias del desarrollo profesional médico, donde la continuidad de estudios puede que se halle más presente, los médicos cuentan con mayor disposición que otras profesiones para efectuar la migración con fines de estudios,. Estas expectativas tienen que ver directamente con la búsqueda de un mayor desarrollo profesional, que se traduce en la demanda por

más autonomía, certidumbre respecto al futuro y bienestar impulsan la decisión migratoria (Thayer en Rojas y Vicuña, 2014).

9.2. Expectativas de ingresos, la búsqueda de bienestar

Muchas de las teorías migratorias han considerado que los factores de tipo salarial son determinantes para explicar las causas y la direccionalidad de las migraciones. En el caso de los médicos entrevistados, al ser consultados respecto a si acaso el factor económico fue preponderante para entablar la decisión de emigrar, la mayoría señala que aunque tuvo importancia no fue el criterio fundamental para asumir la decisión migratoria y de selección del país donde residir. Lo anteriormente expuesto lleva a que ellos lo identifiquen como un aspecto secundario, contando con incidencia en la decisión migratoria pero estando por debajo de las expectativas formativas en cuanto a centralidad.

“Las razones principales para venir fueron hacer especialidad antes que lo económico. Para mí y mi esposa que es médico, incluso ni sabíamos los salarios ni nada como para hacer una comparación” (Médico, Bolivia)

Sin embargo lo anteriormente expuesto puede ser un tanto confuso dado que al ser consultados de manera abierta, respecto a los aspectos propios del país de llegada que favorecieron su elección como lugar de residencia, identificaron al ámbito socioeconómico y los ingresos esperados como un aspecto central. a pesar que manifiestamente indiquen que el acceso a la especialidad fue lo que tuvo mayor preponderancia. De modo tal que aun cuando los médicos extranjeros señalaran que el objetivo formativo fuera al que asignaron mayor valor, en la disposición migratoria también estuvo presente la aspiración de aumentar su salario real y por un mejoramiento en la calidad de vida..

En aquellos casos que en la motivación migratoria primaron las expectativas de ingresos, el tiempo de estadía proyectado, en ocasión de alcanzar éxito en esta empresa y lograr efectivamente aumentar sus ingresos, también fue pensado en el largo plazo e incluso, en un caso, de manera indefinida. De manera diferenciada con quienes asignaron una importancia superior a los aspectos formativos, que cabe destacar correspondió a la mayoría de los entrevistados, el tiempo de estadía no estuvo condicionado a la consecución de una meta, como es el caso de quienes aludieron a la especialidad como aspecto clave, y más bien se ajustó al éxito o fracaso de las expectativas asociadas al empleo y los ingresos esperado,

Ahora bien, en la totalidad de los médicos migrantes existía la esperanza y un cierto grado de seguridad respecto a las oportunidades laborales y las posibilidades de empleabilidad, lo que guarda relación con el requerimiento social de profesionales

médicos. Es preciso señalar que esto se expresa en forma de creencia y en muchos casos influye la información que disponían de manera previa a su llegada donde existían claras expectativas de aumentar sus ingresos reales. En los hechos, esta situación no ocurrió necesariamente dado que ninguno de los médicos entrevistados manifiesta haber conseguido empleo con antelación a la llegada a Chile y el salario percibido, una vez que ocurre la incorporación laboral, no es el mismo que se esperaba obtener.

“En algún momento pensé en que el salario subiría, por una información un tanto sesgada en realidad. Por el señor que nos contactó, porque él nos envió información de cuántos íbamos a ganar, de lo que se gastaba en arriendo y en comida, pero creo que no sabía bien” (Médico, Colombia #2)

A modo general, se puede señalar que las expectativas de ingresos son importantes en la determinación migratoria, y estas últimas se hallan relacionadas con las expectativas formativas, aun cuando, según lo manifestado, en el periodo decisonal se asignó mayor importancia a una por sobre otra. Respecto a esto último, cabría preguntarse si el hecho que haya primado cierto grado de seguridad respecto a la empleabilidad y al aumento de sus ingresos reales, fue gravitante al momento de atribuir mayor importancia a un aspecto por sobre otro, evidenciado en la condición de temporalidad que tuvo la proyección de emigrar.

9.3. Los incentivos para abandonar el país de origen: los factores de expulsión

Como bien se ha reiterado, en la configuración de la voluntad migratoria se involucran tanto las motivaciones y expectativas individuales, como factores de tipo contextual que son propios del país de origen. Se ha denominado como factores de expulsión, a aquellos aspectos propios del país de origen que fueron percibidos negativamente por los migrantes y, en la práctica, ejercieron una fuerza de expulsión sobre ciertos individuos o alguno grupos, condicionando su disposición a migrar dado que limitaban el bienestar social e individual. En general, lo que persiste, es la sensación de que hay ciertas proyecciones o aspiraciones de tipo individual que pueden ser alcanzables en un lugar distinto al de origen, habiendo factores internos que generan un sentimiento de insatisfacción respecto a las expectativas de vida (Aruj, 2008).

De acuerdo a las respuestas obtenidas, fue posible clasificar a estos factores en dimensiones de tipo económica, formativas, sociales y políticos:

En primer lugar, los entrevistados señalaron que los aspectos económicos están vinculados a cuestiones propias del ejercicio de la profesión médica, relacionadas principalmente con el grado de empleabilidad y los niveles de salarios; así como también, a temas relativos al desarrollo económico del país. En el ámbito profesional, identificaron que el poco empleo existente en el país de origen constituye una limitante para el bienestar personal, lo que influye en la búsqueda de destinos con mayores oportunidades. De igual modo, el monto de los salarios que perciben en sus respectivos países de origen afecta sobre la opción de migrar, puesto que aun cuando admiten que en sus respectivos países, perciben ingresos que se encuentran por sobre la media de la población, no son acordes a la carga laboral y la exigencia horaria que demandan. Esto se ve alimentado con la información que fueron obteniendo respecto a las remuneraciones percibidas por médicos que ejercían funciones en otros países, aumentando la sensación de insatisfacción al compararlo con sus ingresos económicos. Al contrastar los ingresos obtenidos en otros países con el propio, estimuló un sentir de disconformidad respecto al reconocimiento y retribución profesional con el que cuentan en sus respectivos países.

“Uno trabaja mucho y a pesar que los médicos ganan bien, no alcanza para nada y sabes que no vas a tener nunca el dinero para pagar un pie de un departamento o comprarte un auto, es por eso que mucha gente se ha venido a Chile” (Médico, Venezuela)

“Los salarios son bajos y uno trabaja mucho al igual que acá, pero la remuneración es diferente” (Médico, Cuba)

En lo referido al ámbito del desarrollo económico del país, en algunos casos señalan que existen pocas expectativas de bienestar individual y/o social en sus respectivos países de origen, existiendo una percepción negativa en cuanto a la posibilidades de progreso económico y de desarrollo del país, aflorando en algunos casos, un sentimiento de que existe una situación de estancamiento económico que estanca sus proyecciones individuales, constituyendo así, una barrera en sus perspectivas profesionales futuras y de bienestar al mediano y largo plazo.

“De los que se graduaron conmigo yo diría que el 60% está emigrando y las razones son las mismas para todos, el problema socioeconómico de Venezuela que no permite progresar” (Médico, Venezuela)

“La principal razón tuvo que ver con temas de tipo económicos. En ese tiempo, aunque ahora no ha cambiado mucho, Ecuador no se encontraba en una buena situación, y en el caso de los médicos no habían muchas expectativas porque no había mucho empleo y los sueldos no eran muy altos.” (Médico, Ecuador # 3)

En segundo lugar, respecto a la dimensión formativa, representada ella en el sistema de acceso a la especialidad, también fue identificada como un factor que incitó la búsqueda de otros lugares para residir y formarse profesionalmente. Ello dice relación con que los requerimientos, cantidad de plazas disponibles, modalidades de accesos, costo y mecanismos de retribución, van variando dependiendo de cada país. De ahí que algunos de los entrevistados, consideren que el modo de impartir las especialidades haya sido una barrera para su desarrollo y proyección profesional, terminando por incentivar la búsqueda de centro formadores en otros países.

“Estuve presentándome para especializarme y, a pesar que pasaba el examen escrito, nunca pasaba la entrevista, mi limitación era mi edad y que tenía una hija. Eso no es está bien visto para alguien que se quiere dedicar, porque el modelo de especialización en Colombia es mucho mas duro que el que hay en otros países, es de dedicación completa, hay que pagar los costos de la matrícula que son muy caros, entonces una persona con una carga, que es un hijo, y mas siendo mujer, no creen que pueda. Entonces me tocó salir a buscar” (Médico, Colombia # 2)

En tercer lugar, en cuanto a los aspectos sociales mencionados en las entrevistas como factores de expulsión, se considera a la falta de seguridad como un incentivo para la migración. Esto tiene que ver con el aumento de la delincuencia común y la violencia en ciertas zonas geográficas. Si bien esto no se halla presente por igual en todos los países, debe ser considerado como una dimensión a tomar a tomar en cuenta.

*“Los problemas socioeconómicos de mi país, la inseguridad, falta de progreso tanto económico como social y todo ese tipo de cosas.”
(Médico, Venezuela)*

Vale destacar que en la dimensión social, los médicos entrevistados no mencionaron el acceso a bienes o derechos sociales como una dificultad o aspecto negativo en sus países, independiente al tipo de Estado existente en cada país.

En cuarto lugar, en lo relativo a los aspectos políticos, en más de un caso, se hace alusión a circunstancias de disconformidad con los respectivos gobiernos de turnos y la auto identificación política con la oposición. Esta respuesta estuvo presente en los migrantes provenientes de países que atraviesan procesos de cambio y/o padecen situaciones de convulsión política, como es el caso de los médicos de nacionalidad venezolana y ecuatoriana.

“Yo soy opositor al gobierno, esa también es una de las razones por la que me vine” (Médico, Ecuador # 3)

Ahora bien, a modo general, en todos estos casos, la decisión migratoria siempre correspondió a un acto voluntario, no habiendo identificándose situaciones de migración forzada, siendo la proyección profesional el factor más gravitante en la definición del desplazamiento. Es por todo lo anterior, que se ha de considerar que la decisión migratoria sin duda que se vio alentada por factores de tipo económicos, formativos, sociales y políticos, propios de cada contexto particular.

9.4. Los incentivos para elegir el lugar de llegada: los factores de atracción

La selección del país de llegada no es azarosa y responde a un proceso en el cual se analizan las ventajas y oportunidades que presenta cada lugar, en relación al cumplimiento de las propias expectativas y finalidades del acto migratorio. En este sentido, la elección de Chile como país de llegada, se vio alimentada por elementos de índole educativos y formativos, económicos, jurídicos, y geográficos, los cuales fueron valorados positivamente en forma previa al desplazamiento y en concordancia con las motivaciones que perseguía la migración. Aquí adquiere especial relevancia la información suministrada por los contactos y redes sociales, preferentemente amigos y/o colegas que ya se encontraban residiendo en Chile, y quienes pudieron dar respuesta previa a ciertas interrogantes de tipo económicas, profesionales, políticas etc. Este grupo es quizás el que ejerció mayor influencia en la selección de Chile como lugar de llegada, puesto que no solo constituyó un canal de información sino que al mismo tiempo un soporte para efectuar el desplazamiento. Quienes emigran de un área en particular, tienden a acudir a un lugar de atracción donde se morigeran variable tales como la distancia, el costo asociado al traslado, la dificultad para llegar o el grado de desarraigo que involucra (Arango, 1985, p. 19).

De acuerdo a lo que señalaron los médicos entrevistados, dentro de los aspectos destacados que incentivaron la elección de Chile como país de llegada se identifican los siguientes aspectos:

En primer lugar, tal como se menciona con anterioridad, un elemento importante correspondió al factor educativo y formativo. Las oportunidades presentadas por el país para optar a una especialidad, y el prestigio educativo de la formación médica, fueron aspectos destacados y que tuvieron importancia al momento de la selección del país al cual migrar. En consecuencia, manifestaron que valoraron positivamente de Chile, el desarrollo en ciertas áreas del conocimiento y las oportunidades existentes para acceder a una especialidad, lo que fue

complementado con otras particularidades tales como la ubicación, las oportunidades normativas y los ingresos esperados.

"Allá en Ecuador, se estudia mucho de pediatría de acá, entonces el interés mío era venir acá a ver la realidad que nosotros estudiamos allá ... era un lugar más cerca para formarnos" (Médico, Ecuador # 1)

En segundo atributo destacado corresponde al factor económico, reconociendo en Chile la fortaleza de contar con altos indicadores de desarrollo económico, brindando mayor seguridad laboral y la oportunidad de optar a mayores ingresos salariales y ventajas para el desarrollo profesional. Dado el potencial riesgo y costo de oportunidad que se asume al iniciar una experiencia migratoria, sumado al hecho de que la mayoría de los entrevistados se desplazaron en compañía de sus familias, fue gravitante la situación económica y los niveles de bienestar social imperantes en el país.

"Yo decía, bueno, me voy a ganar lo mismo, pero iba a trabajar menos... Sin embargo, lo positivo es que, bajo un poquito el ritmo, y eso era lo que yo andaba buscando." (Médico, Colombia #1)

En tercer lugar, se enfatiza en la dimensión jurídica, esto en relación al ejercicio de la profesión médica y las facilidades de residencia. De forma tal, que se hace alusión a las posibilidades de validación y reconocimiento del título al interior del país, además de las oportunidades detectadas para la regularización de la estadía. La valoración positiva de este aspecto, se encuentra, por una parte, relacionado con los convenios bilaterales que suscritos por Chile; y por otra, a las políticas de extranjerías que priman en el país. Muchos países como Estados Unidos o pertenecientes a la Unión Europea han asumido políticas migratorias más restrictivas, cuestión que en Chile aún no ha ocurrido, lo que sumado a que destaca en los indicadores de niveles de ingreso per cápita y/o en las condiciones de vida lo ubica como una alternativa atractiva (Rojas en Rojas y Vicuña, 2014, p.57).

"Opté por venir a Chile principalmente por la facilidad en la migración, ya que es muy fácil hacer el proceso inmigratorio solo con tener un título profesional uno puede aplicar" (Médico, Venezuela)

En cuarto lugar, se encuentra la cercanía geográfica. Ello se debe a que cuando el migrante adoptó la decisión de dejar su país de origen, lo hizo pensando en no separarse totalmente y mantener el vínculo con familiares, amigos y su entorno cotidiano. Así también, la cercanía geográfica permitía disminuir los costos asociados al viaje inicial, sobre todo considerando los gastos asociados al traslado

individual y familiar. En efecto, la variable de la distancia sin dudas que resulta ser de importancia respecto a la definición de un lugar particular donde residir, así como también, en cuanto al volumen o densidad de los movimientos migratorios. En cuanto los migrantes presentan menor cantidad de barreras geográficas para la migración, supera lo meramente especial e involucra otros aspectos de similitud de tipo económicos, tecnológicos, culturales, lingüístico, étnico, etc. (Arango, 1985, p.18).

“Chile era un buen lugar para trabajar porque el proceso de validación del título no era difícil... otra cosa importante era que por su ubicación en el cono sur, permitía no alejarse tanto de la familia” (Médico, Ecuador # 3)

“existía una facilidad para venir a Chile, no solo con la posibilidad de ejercer la profesión, sino también como un lugar más cerca para formarnos” (Médico, Ecuador, #1)

A modo general, existe relación entre las expectativas migratorias y los factores de atracción, puesto que se encuentran conectadas las expectativas formativas y salariales con la definición del país de acogida, ello desde la consideración de que el interés particular que gatilló la disposición migratoria podía ser satisfecho en Chile. Para la relación existente entre los factores de expulsión y de atracción, aunque en la mayoría de las dimensiones existe relación y, en consecuencia, los aspectos valorados positivamente del país de llegada son vistos de manera negativa en el país de origen, esto no ocurre necesariamente para todos los casos.

El factor porque Chile resulta atractivo en el extranjero y que lleva a un número menor de personas a elegirlo como país para residir, dice relación con los aspectos económicos y políticos que son expuestos como exitosos, ubicándolo como un lugar cercano y seguro (Tijoux & Cordova, 2016, p.42).

“La cuñada de mi mejor amiga, me contactó y me dijo que había posibilidad de trabajar acá, y como que nos iba a facilitar las cosas si queríamos venir, nos iba a ayudar tanto a mi esposo que es ingeniero como a mí. Entonces, como que se abrieron mucho las puertas, se facilitaba mucho el escenario, Argentina justo empezó con una crisis, viene cargando una crisis económica de muchos años que seguramente iba a afectar la concepción de trabajo, entonces finalmente nos vinimos para acá, Canadá dejó de buscar profesionales para buscar técnicos entonces también se dificultaba poder irnos para allá, por lo que todas las circunstancias hicieron que nos viniéramos para acá.” (Médico, Colombia # 2)

Al ser elevada la imagen que tienen los extranjeros respecto a Chile, y tomando en consideración que los procesos migratorios implican la recopilación de información sobre el país, llama la atención que ésta imagen proyectada por Chile no necesariamente coincida con la realidad.

“Había escuchado buenas referencias del sistema de salud, entonces tenía expectativa que todo funcionaba a las mil maravillas, (pero) así como hay partes críticas en Colombia aquí también las hay.”(Médico, Colombia #1)

Aquellos factores que incentivaron la elección de Chile como lugar de residencia y que fueron identificados por su fuerza de atracción que ejercieron algunos de ellos se replicaron en términos de la elección de Santiago como lugar en el cual vivir. Vale considerar que los migrantes no realizan un asentimiento totalmente desconcentrado, y por tanto no suelen distribuirse desconcentradamente en la totalidad del territorio de un país y se ubican en ciudades y barrios específicos. Tampoco proceden de las mismas localidades, lo que se explica por el hecho de que su proveniencia no es homogénea en el mismo país de origen y su distribución es más fuerte en algunas ciudades que otras. (Glick en Sole, Parella y Calcavanti, p.28, 2008).

En la elección de Santiago como ciudad de llegada, se pueden considerar a lo menos tres aspectos fundamentales:

En primer término, en cuanto a la demanda profesional, en cuanto requerimientos de profesionales o brecha de médicos en los servicios de salud pública existente en Santiago, lo que brindaba la oportunidad de lograr una situación de empleabilidad y de alcanzar cierto grado de estabilidad por sobre otras ciudades.

En segundo término, se considera la oferta de oportunidades de especialidad disponibles en Santiago en comparación a otros lugares del país, dado que las posibilidades de acceso a Centros Formadores de Especialistas y la capacidad de plazas que disponen los Servicios de Salud es mayor.

Un último aspecto, que aparece como forma de síntesis de los aspectos anteriores, tiene que ver con la utilidad del lugar, lo que refiere al grado de deseo que reporta un lugar para un individuo o grupo de individuos, que se funda en la valorización respecto a ciertos aspectos que le son atribuibles a una ciudad o a un sector de una ciudad. De forma tal que se compara un lugar con otros lugares, destacando Santiago por sobre otras ciudades a partir de la consideración aparente o real de que era más posible la consecución de las expectativas que dieron curso a la migración. En la apreciación mantenida respecto a la ciudad, influyó mucho el vínculo establecido con otros médicos residentes en Santiago, los cuales

dispusieron de información y contacto respecto a las oportunidades para insertarse laboral y ocupacionalmente en la ciudad.

“Esas personas que me contactaron, viven en La Calera, y lo que nos planteaban era vivir allá, nosotros veníamos de vivir en Bogotá, se parece un poco a Santiago, y la verdad si queríamos bajarle el ritmo, pero nunca tanto como en La calera. Elegimos Santiago porque yo tenía otros contactos, algunos colegas de la universidad que se encontraban en Santiago y habían logrado incorporarse laboralmente de buena forma y, por mi cuenta, lo que estuve averiguando fue que estaba la especialidad que yo quería cursar. Fue debido a todo eso que elegimos Santiago” (Médico, Colombia, # 2)

La utilidad del lugar se manifiesta también en la aspiración por residir e insertarse laboralmente en la comuna de Santiago, ello debido a la conectividad, el acceso a servicios, la calidad de vida y las oportunidades laborales.

9.5. El proyecto profesional, un proyecto familiar.

Se deben considerar que tanto en la formación de las expectativas y valoraciones, como también cuando se realiza el acto migratorio propiamente tal, el factor familiar tiene un papel central, influyendo gravitadamente en la adopción de la decisión de migrar, así como también, prestando apoyo y soporte una vez que ocurre el desplazamiento. Ello queda de manifiesto expresamente cuando los entrevistados señalan que durante todo el proceso migratorio la familia estuvo presente, ya sea cuando se asume la decisión de migrar o una vez que ocurre el traslado y se efectúa el asentamiento al nuevo lugar de residencia. Todos estos aspectos fueron temas asumidos familiarmente, contrayendo la responsabilidad migratoria el o la médico, de manera conjunta con él o la cónyuge.

Se debe remarcar que en más de un caso la situación que él o la cónyuge también era profesional médico, lo que vino a favorecer el proceso de adopción de la determinación migratoria, permitiendo sintonizar los objetivos que contrae el desplazamiento y disminuir los costos asociados a la migración.

“Mi esposa que es ecuatoriana también está acá y es médico en la Atención Primaria... he notado que quienes vienen para acá son profesionales mayores de 40 y que vienen con sus familias... y con un proyecto de vida de establecerse si les va bien acá (Médico, Ecuador #2)

“La decisión la tomamos en conjunto con mi esposa, que también es médico. Nos vinimos mi esposa, mi hijo y yo” (Médico, Ecuador #3)

“yo me iba a Brasil porque tengo un familiar que es médico y mi esposa, que es médico, no quiso, entonces apuntamos México, argentina y finalmente me vine a Chile” (Médico, Bolivia)

Para aquellos casos en que los cónyuges no eran profesionales médicos, de igual modo la decisión migratoria mantuvo su dimensión familiar y, la proyección profesional siguió en pie. Por ejemplo dos médicos entrevistadas plantearon esta situación, señalando que sus cónyuges, no eran médicos y uno de ellos no habría encontrado trabajo. El hecho de que el cónyuge se encuentre sin trabajo, no fue causal para abandonar el país, pues con los ahorros con los que contaban cuando arribaron a Chile, sumado a los ingresos percibidos luego que lograron incorporarse laboralmente, les permitió dar continuidad al proyecto migratorio y profesional.

“Mi esposo no ha conseguido trabajo, yo te decía que él está sin trabajo, y allá trabajábamos los dos y teníamos una calidad de vida muy buena, vivíamos muy bien. Acá no me voy a quejar, vivimos bien, estamos bien, faltan cosas. Él tiene todo en trámite, y no tiene que dar examen. Sin embargo, hay un tema con la saturación del mercado, hay varios ingenieros” (Médico, Colombia, # 2)

En los casos de aquellos médicos que se encontraban solteros y sin hijos al momento de asumir la decisión de migrar, la opinión del círculo familiar próximo también tuvo un lugar importante, sobre todo la de los padres, señalando que encontraron respaldo de parte de su familia a la opción migratoria, pues consideraron que ampliaba sus posibilidades de desarrollo profesional. Este apoyo alentó la decisión de migrar, a la vez que pudo despejar ciertas dudas que podían existir.

“lo vieron como una nueva oportunidad, en algún momento le comenté que me gusto Chile cuando vine, ya que me pareció un lugar acogedor.” (Médico, Colombia #1)

Otro aspecto a considerar en la dimensión familiar del plan migratorio, se encuentra dado por la forma de ocurrencia del viaje. Aun cuando en la mayoría de los casos el desplazamiento fue realizado por todo el grupo familiar al mismo tiempo, hubo casos en que el viaje familiar se efectuó de manera parcelada, a saber, un integrante del grupo familiar viajó primero con el fin de generar las condiciones para que luego lo hagan los demás integrantes del grupo.

“(Viajé) con mi esposo y sin hijos todavía” (Médico, Venezuela)

“ya traje a mi hijo, y he estado bien ... dependiendo como salga la visa definitiva puede ser que traiga a mi mamá” (Médico, Cuba)

Recapitulando, para los entrevistados en la idea de migrar aun cuando se antepuso la búsqueda de desarrollo profesional, fue clave el apoyo y el respaldo de sus familiares para asumir la decisión y el acto de radicarse en otro país.

En suma podemos señalar que en la decisión migratoria se involucran aspiraciones que responden a expectativas profesionales, expresadas en los ámbitos de la formación y de las remuneraciones las cuales se aspiran a alcanzar en cierto periodo de tiempo, mediante el ejercicio de la profesión médica. Ahora bien, se infiere que se terminan por combinar las expectativas formativas con las de ingresos, a pesar que manifiestamente se haya asignado mayor importancia manifiesta a una que a otra. A ello hay que agregar que la decisión migratoria se sitúa como parte de un proyecto profesional que es asumido familiarmente y tiene curso en el marco de un contexto determinado, siendo resultado del cruce entre las expectativas v/s las restricciones y oportunidades que presenta el entorno para el desarrollo profesional. En este sentido, existe relación entre las expectativas profesionales y los factores que fueron identificados negativamente por parte de los médicos, dado que en la mayoría de los casos las expectativas a futuro contrastaban con la impresión de ciertos aspectos propios del país de origen, que eran evaluados negativamente. En cuanto a los factores de atracción, estos se encuentran relacionados con las expectativas profesionales, primando en la selección del país y la ciudad de llegada, la imagen prosperidad y estabilidad preferentemente en los ámbitos formativos y laborales, entre otros aspectos valorados. Por último, hay que destacar que el proyecto profesional del médico adquiere se generaliza y pasa a constituir un proyecto familiar, lo que se manifiesta tanto en la decisión migratoria y en la llegada al lugar de acogida,

10. Inmigración: Proceso de reorganización de la vida en el lugar de llegada y reestructuración de los lazos con la sociedad de origen.

Tal como se mencionó con anterioridad, la inmigración no sólo implica un cambio de residencia sino que también un proceso en el cual el sujeto migrante, interactúa y pasa a formar parte de la sociedad de acogida. Denominaremos a este tránsito como proceso de reorganización de la vida en el lugar de llegada y reestructuración de los lazos con la sociedad de origen. En este sentido, abordaremos la incorporación de los médicos inmigrantes considerando en tres partes: primero, el asentamiento, analizando el periodo que transcurre entre la llegada y la regularización de la estadía y la inserción laboral; segundo, la incorporación sociolaboral, describiendo etapa que contempla la inclusión plena del migrante al mundo del trabajo; y tercero, la incorporación sociocultural al país, considerando la forma de relacionarse con la sociedad de acogida y los vínculos que se mantienen con la sociedad de origen.

10.1. Proceso de Asentamiento: Estadía, condiciones del primer empleo y validación del título.

Una vez que ocurre el arribo del médico a Chile, se da por iniciado el proceso de incorporación social. Aquí, la atención principal está puesta en asegurar las condiciones más urgentes de inserción al país, dentro de las se encuentra la búsqueda de arriendo, la regularización de su situación jurídica y la inserción laboral. Si bien los tiempos de resolución de estos aspectos son disímiles entre sí, en el caso de los entrevistados ninguno tenía resuelto dichos aspectos con anterioridad a su llegada a Chile, por lo que dar respuesta a estos requerimientos constituyó una prioridad de primer orden. En algunos casos, estos temas no representaron una complicación mayor dado que lo resolvieron con prontitud, mientras que en otros, trajo consigo obstáculos que pusieron en pausa el proceso de incorporación.

Un aspecto que mostró ciertas dificultades iniciales para los migrantes tuvo que ver con el arriendo de un lugar para vivir, ello debido a la documentación, los requisitos laborales y las garantías financieras solicitadas por los dueños de las propiedades para efectuar el arriendo, no siempre lograron ser cumplidas. Para hacer frente a estas circunstancias, importaron mucho las redes que contaban con antelación al viaje, dado que permitieron a quienes llegaron poder compartir o respaldar el arriendo de una vivienda. También tuvo relevancia la cantidad de dinero la que disponían una vez que llegaron al país, es decir, la cantidad de dinero que pudieron ahorrar antes del desplazamiento, puesto que el pago por adelantado sirvió para sobrellevar la falta de documentación y antecedentes requeridos para el arriendo.

“Al principio yo estaba con mis amigas, pero al independizarme fue difícil, porque cuando llegas y no tienes la documentación en regla, sin cedula y no tienes una vida crediticia te limita un poco, no es imposible, pero si te limita” (Médico, Colombia #1)

“Contamos con suerte, porque la persona que nos arrendó, aparte de ser el lugar que nosotros queremos, por la ubicación, estamos felices con el lugar, la persona fue muy amable y actuó de muy buena fe, con una promesa de trabajo nos arrendó sin ni siquiera tener el trabajo ahora, tocó pagar meses por adelantado y garantía, y en eso se fue rápidamente el dinero, mucho más fácil que la mayoría de las personas que uno comparte quienes sufrieron mucho más y no les fue bien en realidad. “ (Médico, Colombia, # 2)

La inserción laboral supuso la existencia de ciertos problemas, ya sea por la dificultad para encontrar trabajo o bien, en caso de haber encontrado, debido

a la no conformidad con el empleo encontrado. En cuanto al desempleo inicial, se debió en gran medida a que hubo retraso en el proceso de regulación de la estadía y/ o validación del título, retardo que para muchos no estaba contemplado; en otros casos, tuvo como causa ausencia de vacantes de puestos de trabajo o la no conformidad con las expectativas de cercanía geográfica o de ingresos que esperaban.

La situación de desempleo para algunos entrevistados, se prolongó por meses e incluso puso en duda la viabilidad del proyecto migratorio, pues significó asumir costos adicionales que no estaban considerados inicialmente. No obstante ello, la familia constituyó un soporte que favoreció la permanencia en el país, contribuyendo a afrontar de buena forma los eventos imponderables y dar continuidad a la experiencia migratoria. La urgencia por obtener un trabajo llevó a que algunos de los entrevistados tuvieran que optar a empleos que no eran de su total satisfacción, siendo un factor reiterado de esta disconformidad la lejanía geográfica entre la comuna donde se localizaba el lugar de residencia y el lugar de trabajo, teniendo que recorrer largas distancias dentro de Santiago y que en algunos casos representaba varias horas del día. Para ellos, esta situación significó un costo inicial que derivó en que tuvieran que redestinar los tiempos fijados para otras actividades en el traslado hacia su lugar de trabajo. Sin embargo esta situación pudo ser rectificadas con el transcurso del tiempo y cuando pudieron ser contratados en otro consultorio más próximo a su lugar de residencia,

"Al principio no fue fácil encontrar trabajo y estuve cerca de tres meses sin poder ejercer. En ese momento pensé en volver a Ecuador, y lo que me mantuvo acá fue el apoyo que nos dimos con mi esposa. Pude encontrar trabajo en un consultorio en la comuna de La Granja. Lo que no era fácil porque quedaba lejos de la casa, tenía que tomar dos micros y mi esposa estaba lejos porque había encontrado trabajo en otra comuna. Con el tiempo me fui adaptando y logré encontrar trabajo en el mismo lugar que ella, lo que permitió mejorar la situación y nuestra calidad de vida" (Médico, Ecuador #3)

"Mucha gente me decía que por qué no me había venido yo sola primero, tantear el terreno, establecerme y traérmelos a ellos, pero yo siento que fue acertado venimos los tres, apoyarnos, ha sido bueno" (Médico, Colombia, #2)

"Lo que averigüé una vez que llegué, fue que habían muchas oportunidades laborales, lo que me faltaba era el papeleo tener la visa en trámite" (Médico, Colombia #1)

El proceso de incorporación laboral presentó dos inconvenientes principales: el primero de ellos, fue que al no contar con un contrato laboral, se hizo más engorrosa la obtención de la visa de trabajo y la regularización de la residencia en el país. Ahora bien, esto no supuso igual dificultad para todos dado que algunos vieron este aspecto como un factor que favoreció la elección de Chile como lugar de destino. El segundo, que tiene cierta continuidad con el punto anterior y de mayor impacto para los médicos migrantes, fue la aprobación del examen de validación del título profesional. Dependiendo del año de arribo al país, es que el proceso de validación significó o no una dificultad para la validación. Aquellos que llegaron a Chile antes del año 2009, periodo en el cual Chile aún mantenían convenios vigentes con países a cuyos ciudadanos se les reconocía inmediatamente el título sin la necesidad de rendir exámenes que acreditaran los conocimientos médicos, el proceso de validación no significó un problema, lo que constituyó un incentivo para radicarse en el país. En cambio, aquellos que lo hicieron con posterioridad al año 2009, luego de la instauración del Examen Único de Acreditación de Conocimientos de Medicina, EUNACOM, significó una barrera de entrada para incorporarse laboralmente y dar cumplimiento a las expectativas que los trajo al país, pues retrasó el periodo de reconocimiento oficial del título profesional y de incorporación laboral en Chile.

“uno empieza con papeleos de la visa de trabajo. No tenia la tarjeta y la cedula como tal, y la documentación completa que se demora como 6 y 7 meses en los que no puedes trabajar” (Médico, Colombia #1)

“Tuve que esperar que me llegara la visa, estuve casi 5 meses sin hacer absolutamente nada, porque no se puede trabajar sin el carnet, por ejemplo para los médicos es imposible... Respecto al EUNACOM es un proceso muy largo porque uno tiene darse su tiempo de estudiar y el Eunacom, que es la forma como yo lo hice tiene una parte teórica y una práctica, yo acabo de presentar la teórica recién, aun me falta la práctica. Después de un año aprobé el teórico lo pasé la segunda vez” (Médico, Venezuela)

A modo de ejemplo, en la práctica, son muchos los médicos que estudiaron en universidades extranjeras de distinta procedencia, que rindieron y reprobaron el EUNACOM, lo que ha retrasado el proceso de validación del título, limitando su posibilidad de ejercer en el sistema público. Algunos de los que han reprobado el examen, debieron regresar a sus respectivos países de origen; otros, mientras tanto, han optado por quedarse en la perspectiva de poder aprobarlo en una siguiente oportunidad. Han podido seguir ejerciendo debido al otorgamiento de ciertas facilidades por parte del Ministerio de Salud, el cual ha extendido la prórroga para poder ejercer, preferentemente en la Atención Primaria, en espera de poder

aprobar dicho examen, sobre la base de honorarios y no pudiendo optar a becas de perfeccionamiento ni a los programas de capacitación.

A modo general, no todos expresaron haber presentado alguna dificultad al momento de llegar a Chile y establecer su residencia, habiendo casos en que pudieron resolver los requerimientos iniciales dentro de los tiempos que lo tenían previsto y de modo parecido a como lo habían proyectado inicialmente, y contaron incluso con oportunidades que no estaban previstas con antelación.

“Yo llegué en verano y el director le interesaba preparar gente para invierno porque es donde más demanda y patologías complicadas se presentan” (Médico, Ecuador #1)

Sin embargo, hubo otros médicos que si encontraron ciertos obstáculos, expresados en el surgimiento de inconvenientes para arrendar, el retraso en la regularización de la estadía, las dificultades iniciales para conseguir un empleo de acorde a sus expectativas y lo problemático de la validación del título profesional. Con excepción de éste último aspecto, todos fueron temas superados en el corto o mediano plazo, por lo que independiente de las ventajas o desventajas iniciales que hayan tenido los médicos extranjeros durante el periodo de asentamiento en Chile, todos ellos manifiestan su conformidad y/o satisfacción respecto al modo en que ha sido el proceso de incorporación social y laboral en el país, pudiendo sobreponerse a las situaciones iniciales.

Tal como se mencionó recientemente, uno de los aspectos más difíciles de sobrellevar y que ha mostrado mayor persistencia en el tiempo, corresponde al proceso de validación profesional mediante el EUCACOM. En dicho sentido, los médicos extranjeros en su gran mayoría consideran que el examen no es el mejor mecanismo para acreditar los conocimientos médicos dado que advierten la existencia de cierto sesgo en el diseño del instrumento pues es demasiado detallista y específico en la formulación de las preguntas, además de ser extenso en su contenido, lo que dificulta su aprobación. Algunos médicos van más allá y dejan entrever que el examen contiene cierta mala intención, y a la larga cumple un papel extremadamente selectivo manteniendo el tamaño reducido de la élite médica.

“Estoy de acuerdo con que haya un examen para revalidar ... pero el examen es muy subjetivo, un minuto por pregunta y 180 preguntas ... hay muchas preguntas a especialistas y otros (casos) que uno no ve cotidianamente” (Médico, Cuba)

“Me parece que tiene muchas preguntas mal intencionadas” (Médico, Venezuela)

De los consultados, a excepción de un médico, todas las personas que habrían ingresado al país con anterioridad al año 2009, tendrían aprobado el examen teórico.

Sin embargo, todos ellos consideran que el EUNACOM ha constituido la dificultad principal con la que se han tenido que encontrar los médicos extranjeros, y que junto con ser una traba para la migración de nuevos médicos es un freno para el cumplimiento de las expectativas laborales y formativas de quienes se encuentran residiendo en Chile.

“No es un examen objetivo, porque los casos no son claros, en medicina 1 + 1 no es 2, y a veces no todo aparece como un metaplasma en un libro. Entonces, eso puede prestarse a confusiones, hay muchas cosas que se evalúan en ese examen que el médico que trabaja en APS no ve, ni va a ver, porque es un examen que enfoca mucho en todas las especialidades, que obviamente como médico debemos tener el conocimiento de esas enfermedades pero no está en el día a día, entonces viendo que es una exigencia para trabajar en APS no lo vemos como muy enfocados a quien se le va a realizar.” (Médico, Colombia #1)

“el no tener el examen aprobado dificulta mucho ejercer la profesión” (Médico, Cuba)

“Una de las grandes barreras (para la emigración) ha sido el EUNACOM” (Médico, Ecuador #3)

Más allá de todo lo anterior, los entrevistados comparten la idea de que es necesario que exista un instrumento que mida los conocimientos en la medicina, es decir, consideran que deben haber mecanismos que acrediten las competencias con las que cuentan los médicos que se incorporan al sistema. Este argumento se amplifica sobre todo en aquellos médicos que arribaron al país con anterioridad al año 2009, señalando que son los médicos extranjeros quienes deben adaptarse a las condiciones y exigencias del país, y no de manera inversa

"Yo creo que es necesario que exista una prueba que evalúe los conocimientos de los médicos” (Médico, Ecuador #3)

“Uno debe adaptarse al medio donde va y si hay que darlo, hay que aprobarlo” (Médico, Ecuador #2)

De este modo, el mayor obstáculo con el que se han encontrado los médicos extranjeros ha sido el proceso de validación del título, donde la aprobación del EUNACOM I ha sido uno de los principales motivos por el cual se retrasado el cumplimiento de las expectativas formativas que determinaron el arribo a Chile.

En definitiva, el proceso de asentamiento no estuvo ajeno de complicaciones o imprevistos a raíz del retraso en la obtención de un empleo acorde a las expectativas,

la existencia de dificultades para la obtención de visa, las complicaciones para poder arrendar y los problemas para validar el título. Con excepción del proceso de validación del título, todas los problemas iniciales con los que se encontraron, fueron superando en el corto plazo pudiendo lograr un trabajo acorde, regularizar su estadía y encontrar vivienda. El EUNACOM ha sido uno de los problemas más persistente con el que han tenido que lidiar los médicos extranjeros, y ha puesto en duda el proyecto migratorio y el cumplimiento de las expectativas que dieron origen a la migración. El carácter familiar del proyecto tiene importancia central en esta etapa, dado que constituye un pilar fundamental para hacer frente a situaciones adversas y dar continuidad al proyecto migratorio.

11. Percepción del proceso de incorporación sociolaboral al país.

En la percepción y valoración que tienen los médicos respecto al proceso de incorporación laboral que han tenido en Chile, se conjugan las motivaciones que tuvieron para desplazarse, las dificultades con las que se encontraron y la evaluación general respecto al proceso de incorporación al mercado del trabajo. En este sentido analizaremos la experiencia laboral considerando en ella las diversas variantes con las que pueden evaluar su incorporación laboral: la empleabilidad, las remuneraciones, el reconocimiento respecto a las labores ejercidas, el trato con los pacientes, las relaciones con los colegas, la adaptación laboral, la estabilidad laboral y las oportunidades aprendizaje .

11.1. La empleabilidad del médico extranjero en Chile.

En éste sentido, más allá de las dificultades iniciales para lograr un empleo acorde a sus aspiraciones, la consideración mayoritaria es que, de ser comparada la situación de empleabilidad actual con la de sus respectivos países, Chile presenta mayores oportunidades de empleo para los profesionales médicos en los que se incluyen. Ello se debería, entre otras cosas, a la diversificación de la oferta laboral en salud y al déficit profesional de tipo estructural que existe al interior del sistema, lo que para ellos, en algunos casos constituye una oportunidad de inclusión laboral y empleabilidad

"(una) ventaja es que no es difícil encontrar empleo, el déficit de médicos facilita mucho lo que es la incorporación (laboral)" (Médico, Cuba)

A juicio de los médicos inmigrantes, si bien la ausencia de médicos es extensible a todo el sistema público de Chile, se localiza preferentemente en la Atención Privada. Las causas de ello, estarían determinadas, por una parte, debido a las dificultades manifestadas al interior del sector público para cumplir con el óptimo

de dotación médica disponible para un número determinado de población, y por otra, a la existencia de subsectores al interior del sistema de salud que cuentan con un déficit estructural de médicos. La ausencia de médicos al interior del sistema público, se debería, entre otras cosas, se explicaría sobre todo debido a los menores ingresos que aquí son percibidos .

“El sector publico presenta deficiencias el recurso humano, siendo una queja constante de la gente que no consiguen hora. A veces cuando le ordenas un control crónico en un mes no esta la hora disponible, el paciente tiene 3 meses, entonces todo eso hace que tengan complicaciones por la demora, pero no es culpa del paciente, del usuario que esta atendiendo, sino que no hay recurso humano, la brecha del RRHH es lo que influye en eso... podemos ver muchos pacientes que tenemos que ver en un control donde la atención debe ser mas completa, pacientes con morbilidades que requieren que profundicemos en su atención y tenerlos que ver en una consulta reducida de 15 minutos cuando tendría que ser de 40 minutos por lo mínimo. No hay la cantidad de horas suficientes para las prestaciones que el paciente realmente requiere y lo mismo pasa con los especialistas: hay un déficit de especialistas en los hospitales y obviamente retrasa mucho las atención de los pacientes... el sistema privado paga mejor, tienen más recursos y se manejan muchos modelos de salud de medicina particular” (Médico, Colombia #1)

El vacío dejado por los médicos chilenos ha sido copado progresivamente por los médicos extranjeros, pudiendo contar estos últimos con una alta tasa de empleabilidad. Lo anterior no es condición de inserción en cualquier lugar o sector del sistema de salud, tendiendo a localizarse preferentemente en los segmentos del mercado laboral asistencial en los que la oferta de médicos es más escasa que lo común, o dicho de otro modo, en los sectores de menor importancia dentro del mercado laboral, los que han sido abandonando progresivamente por los médicos chilenos. En la práctica, a ojos de los médicos chilenos, un subsector ha sido la Atención Primaria, cuyo déficit se debe a ser considerado como un sector no tan atractivo y de menor prestigio al interior del sistema de salud, debido a las rentas y la menor oportunidad de especialización. Ahora bien, los médicos extranjeros señalan la facilidad que tienen para insertarse y permanecer en este nivel de atención, y de contra cara la dificultad para ubicarse en otros sectores del sistema de salud, sobretodo en la atención secundaria o terciaria:

“Hay mucho factor, el dinero, la inversión, la falta de dotación... obviamente si todos tuviésemos la capacidad de escoger o posibilidad

de elegir donde trabajar, y nos ofrecen mejores opciones laborales a nivel de tiempo, de dinero, pues el recurso se desvía hacia un lado.”
(Médico, Colombia, # 2)

De modo tal que aun cuando la profesión médica cuenta con un número importante de prerrogativas que otras ocupaciones y profesiones no cuentan, muchos médicos extranjeros consideran que no cuentan con la total libertad para ejercer en cualquier sector del Sistema de Salud Pública, dado que un número importante al haber reprobado el examen no lo ha validado o, en caso de haberlo aprobado, la validación aún se encuentra en proceso de tramitación (Browne, tal, 1984).

En suma, la empleabilidad para los médicos extranjeros es alta, pero para su movilidad tienen como traba la validación del título, que es uno de los motivos por los cuales terminan mayoritariamente desempeñando funciones preferentemente en la Atención Primaria. Entonces, gran parte de los entrevistados consideran que cuentan con una alta oferta laboral y de ocupación como profesionales médicos, pero esto no se extiende a todo el mercado de trabajo y se limita a la Atención Primaria o la práctica médica individual.

11.2. Los ingresos esperados y el salario recibido.

Existen valoraciones distintas respecto a los salarios percibidos, las que varían de acuerdo al criterio de comparación, de tal manera tal que la percepción respecto a la volumen del salario obtenido depende con que se le compare. En tal sentido, se analizó el grado de satisfacción y/o conformidad respecto a los sueldos en Chile. En ello se tomaron dos dimensiones de análisis, por una parte, la satisfacción que existe en torno los salarios que reciben en Chile, tomando como referencia los sueldos que percibían ellos mismos antes de emigrar o son percibidos por otros médicos en sus respectivos países de origen y, por otra, la percepción de satisfacción que existe al comparar sus sueldos en relación los ingresos que perciben el resto de los médicos que se desempeñan en el sistema de salud en Chile y que ejercen labores similares.

En lo general, existe un reconocimiento compartido respecto a que los ingresos percibidos en Chile son más altos a los que podían optar con anterioridad al acto migratorio, por lo que con matices, existe cierto grado de conformidad. Ahora bien, muchos enfatizan en que esta afirmación refiere mayoritariamente al salario nominal, vale decir, a la cantidad de dinero percibido por su trabajo, poniendo en duda que sea extensible para el salario real. De esta forma, se puede cuestionar la idea de que el sueldo recibido en Chile sea mayor que el recibido en sus países respectivos, ello si la cantidad de dinero es medido en relación a los precios de consumo. Esto se evidencia en lo que fue comentado por algunos entrevistados, quienes aunque admitieron que efectivamente remuneraciones obtenidas son más altas, el costo de vida también es más elevado y, si a esto se agrega el hecho

de que existe poca presencia del Estado en la prestación de servicios y bienes públicos; a la larga, según indican, la diferencia entre los salarios de uno y otro país tienden a disminuir e incluso a igualarse.

En los casos que se logra admitir con mayor seguridad que los sueldos son más altos, esta afirmación es seguida por la constatación de que en Chile la responsabilidad asistencial y la carga de trabajo es mayor, por lo que en el ejercicio de sus funciones cuentan con más obligaciones.

“A nivel de ingresos es un poco más alto, pero la responsabilidad es mayor y la atención que uno debe brindar es más amplia” (Médico, Ecuador #2))

“El salario no es una maravilla, pero (con) los trienios que vas acumulando se gana mucho más que cuando uno entra” (Médico, Bolivia)

“Sí comparamos y hacemos una conversión, acá el sueldo es mucho mayor, pero en relación al costo de vida, me es más rentable en Colombia Yo pienso que a la responsabilidad debería ser más, sino que aquí en términos de sueldo van aumentando por tiempo o nivel, pero yo pienso que comparando el costo de vida en Chile, nos mereceríamos más sueldo.” (Médico, Colombia #1)

“Por el señor que nos contactó...creo que no sabía bien donde estaba parada, entonces todo el presupuesto que nos mandó de gastos era de una tercera parte a la mitad de lo que en realidad gastamos, por lo que siempre hay un desfase que es significativo... Igual me la sufrí, la conversión del dinero es terrible, venir con todos nuestros pesos colombianos y convertirlos en peso chileno fue muy triste, se devalúa mucho. ¡En Colombia, con toda esa plata habría hecho maravillas, aquí me la gasté en cuestión de 3 meses, porque estábamos viviendo 3 personas, que no es lo mismo, yo sé que vuelvo con esa plata y tengo un carro, el buen colegio de la niña 6 meses, y arriendo, acá me lo gasto solo en comida y en fotocopias y trámites y se fue!, porque la conversión afecta” (Médico, Colombia # 2)

Ahora bien, al contrastar las remuneraciones que reciben como médicos cuyo desempeño de funciones en el sector público y la Atención Primaria, con los ingresos que perciben los demás profesionales médicos que ejercen en el país, la percepción no es buena. Ello debido a que consideran que sus labores cotidianas son complejas y, en muchos casos, propias de especialistas y con sistemas de

turnos muy estrictos, y que no se ve traducido en el sueldo. A juicio de ellos, su nivel de ingreso mensual está por debajo de lo que se percibe en el sector secundario o terciario, y muy por debajo de lo que pagan en el sector privado, donde los sueldos son mucho más elevados. No obstante esta consideración, existe conciencia de que sus salarios son superiores a la media de ingreso del país y les permite acceder a un nivel de vida superior que el resto de la población, pudiendo acceder de manera privada a la vivienda, salud, educación y otros servicios sociales, sin la necesidad de recurrir al Estado.

“los salarios son más altos en relación al ingreso promedio... Allá no hay mucho campo laboral como hay acá” (Médico, Cuba)

“Los sueldos para los médicos nunca son malos... pero al comparar con el sistema privado, ahí ves que es bastante la diferencia” (Médico, Venezuela)

Un aspecto destacado por parte de los médicos, ha sido que el modo de trabajo para el sector público, es que al existir una ley médica permite que se establezcan regímenes horarios diferenciados, por lo que existe una flexibilidad mayor respecto que permite combinar la actividad pública con otras labores asistenciales, lo que favorece aumentar potencialmente así los ingresos mensuales y disminuyendo los efectos de estos los gastos adicionales asociados al mayor costo de la vida.

“En Chile existe la posibilidad que se pueda trabajar más en consultorio, en la tarde en sistema de turnos, entonces eso permite tener sustento económico... en Ecuador, a uno lo limitan a trabajar en un solo sitio” (Médico, Ecuador #1)

En general, los médicos extranjeros consideran que las labores que realizan en Chile son similares a las que efectuaban en su país de origen y las diferencias observadas, corresponden principalmente a las condiciones de trabajo, en específico, en los ámbitos de la empleabilidad, las remuneraciones, la responsabilidad asociada a la función y los horarios de trabajo.

11.3. El reconocimiento de las competencias

Un aspecto importante en la integración laboral, corresponde a la forma en que ellos perciben la realización de su trabajo, en tanto valorización de las labores cotidianas y de las funciones por ellos desempeñadas. En este sentido vale detenerse en la percepción de reconocimiento institucional o social que los médicos consideran se asigna a la función por ellos desempeñada.

Consultados respecto a la percepción de reconocimiento que existe respecto a sus funciones, en primer lugar, es recurrente la referencia al mérito como idea, expresado como una medida de equidad para el esfuerzo, las competencias, el sacrificio y la retribución en el ámbito del trabajo. El mérito, es empleado como criterio comparativo para determinar si acaso existe reconocimiento de parte del empleador o de la organización en cuanto a las labores desempeñadas y, entre otras cosas, es evaluado constantemente en los temas de promoción y recompensas (Dubet, 2007, p.94). En segundo lugar, se identifica al salario como mecanismo de medición, estableciendo así relación directa la percepción de reconocimiento a las labores desarrolladas y las remuneraciones obtenidas. Tal como se dijo con anterioridad, ello depende del punto de comparación. En este sentido, en los casos en que existe una percepción de no reconocimiento del mérito, se alude más a factores relacionadas con el sector en el cual ejercen labores, que a su condición de extranjeros. Es decir, consideran en general, que la profesión médica en la Atención Primaria cuenta con poco reconocimiento, y ello se traduce en que las remuneraciones son menores a las percibidas en otros sectores asistenciales. En torno a las limitaciones que pueden referir a su condición de extranjeros, en términos de desigualdad de condiciones con los médicos chilenos, los entrevistados identifican como un problema la dificultad para trasladarse a ejercer funciones a otros sectores del sistema de salud, debido a las barreras regulatorias con las que se encuentran y que retrasan el proceso de validación. Lo anterior limitaría las libertades de los médicos y condicionaría el ejercicio de funciones a un sector específico. Aquí cobra sentido lo planteado por Amartya Sen que, desde el punto de vista de la oportunidad, la ventaja de una persona se juzga menor que la de otra si tiene menos capacidad de lograr esas cosas que tiene razón para valorar. En este sentido, la oportunidad, constituye una ventaja del entorno, siendo la capacidad, la ventaja individual mediante la cual es posible lograr cosas que son valoradas individualmente. (Sen, 2009)

11.4. La adaptación a su trabajo

En cuanto a la adaptación laboral, fue analizado en el marco de la interacción a partir de sus funciones cotidianas, esto es, desde el ámbito de la prestación de salud considerando la relación establecida tanto con usuarios/pacientes como con sus colegas. La percepción que tienen los médicos extranjeros respecto a las relaciones que establecen en el contexto del ejercicio de sus funciones, importan dado que indica la percepción que tienen los demás respecto a las labores que realiza, lo que es un buen indicador evaluar el proceso de incorporación laboral de ellos.

11.5. El trato de los pacientes

Los médicos, al tratar diariamente con personas y atender una cuestión de tal requerimiento social como es la salud, la relación interpersonal médico y paciente

es central para la práctica asistencial. Sí añadimos a ello el rol preventivo y comunitario que desempeña la Atención Primaria de Salud, este vínculo es parte fundante del quehacer diario cotidiano. Los entrevistados parten por reconocer que es buena la relación cotidiana que se ha logrado establecer con los pacientes, dado que estos últimos, a su juicio, muestran alta disposición a ser atendidos y manifiestan satisfacción por la atención brindada y el trato recibido. Admiten que en general hay una buena impresión de parte de los usuarios y estos valoran su incorporación al servicio de salud, y hay una buena apreciación respecto a las atenciones que ellos efectúan, considerando que su inclusión es positiva para el sistema de salud pues permite que se cuente con mayor número de médicos para atender a la población. Además de lo anterior, los pacientes tienen una estimación positiva del trabajo que ellos realizan y sobretodo respecto al modo relacionarse con los pacientes, reconociendo frecuentemente que los médicos extranjeros muestran mejor trato y mayor preocupación hacia el usuario, destacando que con ellos es posible generar vínculos más cercanos y humanos.

“El chileno valora (...) que tiene más médicos que los que tenía antes”
(Médico, Cuba)

“muchos de ellos me han dicho que prefieren verse con medico extranjero que con medico chileno porque dicen que tenemos un poco más de empatía” (Médico, Venezuela)

Ante la consulta que de si acaso notan un trato distinto de parte de los pacientes por ser extranjeros, remarcan que su composición y características son heterogéneas y generalmente no hacen referencia a su condición de extranjeros, que ellos mencionan que lo común es que no se haga referencia a su condición de extranjero y no indiquen preferencia en la atención. Algunos señalan que la relación que se establece en los Centros de Salud Familiar, es mucho más cercana y periódica de lo que se logra establecer en otros niveles asistenciales por lo que los usuarios/pacientes, en algunas situación, si bien pueden mostrar cierta preferencia por un médico debido la cercanía que mantiene con algún médico, tienen a contar con un médico que los ha atendido durante bastante tiempo y con el cual han logrado constituir mayores lazos.

“De pronto el que ya lleva tiempo con su médico, no espera que lo atienda un médico diferente, no por dificultad de comunicación o apatía a que tú lo atiendas, sino porque ya tiene su médico hay buena relación con él.” (Médico, Colombia #1)

No obstante lo anterior, varios de los entrevistados señalan que el paciente chileno de por sí prefiere ser atendido por médicos de igual origen, dado que conciben que tienen mejor preparación que los médicos de otra procedencia. Ello implica que,

en algunos casos, los médicos migrantes, en comparación al resto de los médicos, deban realizar un esfuerzo adicional ante los usuarios a fin de ganar su confianza y demostrar que cuentan con los conocimientos y las competencias como profesionales médicos. Esta sería una actitud presente en gran parte de los pacientes durante las primeras atenciones e iría perdiendo fuerza en la medida que se va consolidado un vínculo más cotidiano y el médico se valida profesionalmente. De este modo, los médicos inmigrantes son puesto a prueba constantemente por los pacientes, debiendo confirmar que cuentan con los competencias profesionales.

“el paciente chileno tiende a preferir al médico chileno ya que considera que está mejor preparado” (Médico, Cuba)

“cuando uno demuestra todo lo que tiene que demostrar en la profesión médica... va alimentando una buena relación médico paciente” (Médico, Ecuador #1)

Lo anterior, a juicio de los médicos extranjeros, no es interpretado como un acto discriminatorio y es visto con cierto grado naturalidad, argumentando que la validación depende exclusivamente de sus méritos y competencias, por lo que el esfuerzo radica en desarrollar de buena forma sus labores. De este modo consideran que la desconfianza o preferencia expresada por algunos pacientes, es una conducta ante la cual están dispuestos a adaptarse, y prevalece la disposición a superar estos cuestionamientos mediante la práctica asistencial.

Al ser consultados respecto al origen de estas actitudes en algunos pacientes, los entrevistados señalan que se ha ido instalando comunicacionalmente la idea que los médicos extranjeros cuentan con menores capacidades técnicas o tienen una menor preparación. Ello ha estigmatizado a los médicos extranjeros, pues han colocado en duda sus competencias y los conocimientos médicos que cuenta, por su condición no chilena. Aunque esto es planteado indirectamente por algunos pacientes, es una idea que ha sido sostenida por ciertos grupos de interés profesional de médicos chilenos o, incluso, puede ser consecuencia de los resultados y la alta tasa de reprobación del EUNACOM.

“Claro es que ahí hay un tema en eso también va la EUNACOM, cuando se presentó tanta controversia, habían representantes de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) que salía a decir que tan querido que los extranjeros se caracterizan por ser amorosos pero que la calidad técnica era terrible, entonces el paciente dice “ya que amoroso, pero me estará matando?” (Médico, Colombia, # 2)

Esta conducta o predisposición de parte de los pacientes chilenos, se expresa de manera distinta dependiendo del país de procedencia del médico, ello desde la

estimación que existen países en que los médicos están mejor preparados que en otros, como es el caso de los médicos cubanos.

“Igual a todo nivel hay de todo, entonces hay personas muy agradables y agradecidas, hay otros que van preguntando a priori, yo recién llegué y tuve pacientes que cuando los saluda inmediatamente me preguntaban que de dónde era, porque si era boliviana o ecuatoriana entonces no, bueno uno dice “no soy ni boliviana, ni ecuatoriana, pero que feo”, que digan que no aceptarán la atención de alguien de algún país y sin evaluar como soy como persona, que feo, pero hay de todo. Yo les decía: “no señora, pero no entiendo porque generaliza por un país”, claro es que ahí hay un tema en eso.” (Médico, Colombia, # 2)

“Los médicos cubanos son bien aceptados “ (...) Los migrantes aceptan mejor, por su condición de migrantes” (Médico, Cuba)

Ahora bien, la apreciación diferenciada en razón al país de procedencia, se inscribe en aspectos culturales de los cuales derivan valoraciones distintas dependiendo del origen, estableciendo consideraciones y formas de relacionarse en razón de la procedencia.

Otro aspecto presente en el proceso de adaptación, tuvo que ver con dificultades existentes en la comunicación, pues a pesar de provenir de zonas que geográficamente se encuentran relativamente cercanas, hablar el mismo idioma y compartir aspectos culturales similares, significaron ciertas dificultades para la habituación al vocabulario y los modismos propios con que los chilenos suelen comunicarse. Ello se expresó en la ocupación de modismos o chilenismos en la información entregada por el paciente, que costaban ser entendidas o aprendidas con facilidad. Manifiestan que ello constituyó un problema importante durante el inicio de sus funciones asistenciales, pero que en la medida que pasó del tiempo existió mayor dominio de estas expresiones por lo que ya no es un problema.

“Una de las cosas a las que fue difícil adaptarme fue el idioma, me costó mucho entender los modismos” (Médico, Ecuador #3)

“No hubo mucho choque con el paciente, con el vocabulario solamente” (Médico, Ecuador #2)

Esta barrera comunicativa, constituye un obstáculo inicial que si bien dificulta la fluidez de la comunicación, no se tiende a prolongar en el tiempo y puede ser fácilmente superada. En todos los demás ámbitos de interrelación expresadas en el plano laboral, no identifican la presencia de un trato diferente, o presenta características desconocidas y/o difíciles de adecuarse.

Adicionalmente, algunos de ellos mencionan que también les corresponde atender a población inmigrante, con los cuales existe una relación más estrecha, no estando presentes las dudas antes mencionadas.

11.6. Relaciones con compañeros de trabajo y la autonomía en las funciones

Hay que considerar que el concepto de autonomía en el trabajo, refiere al “deseo de dominar el propio trabajo” (Dubet, 2007, p.97). Este concepto bien puede aludir a su dimensión socio profesional, es decir, en cuanto categoría colectiva; o en su dimensión individual y cotidiana. Aquí lo abordaremos a partir de la relación que establece el trabajador con su entorno, en este caso, el profesional médico con su medio laboral. Esto en consideración a la percepción de libertad que tiene el médico respecto al ejercicio cotidiano de su actividad, lo que puede ser abordado desde una mirada macro, es decir, la sensación de control respecto al quehacer individual considerada éste en relación a las prerrogativas que otorga el sistema de salud para la práctica asistencial; así como también, desde una perspectiva micro, esto es tomando en cuenta los componentes del entorno próximo, preferentemente desde la relación que se establece con la autoridad administrativa, compañeros de trabajo y pacientes.

Desde una perspectiva macro, existe la consideración que el trabajo se encuentra demasiado regulado y con mucha presencia de la organización en los procesos asistenciales, ello quedaría de manifiesto en la relación que establecen, en tanto médicos, con los pacientes que se atienden en el consultorio, y donde la formalización de los procedimientos pueden dificultar la prestación de salud.

“ Hay condicionantes en muchos sentidos, hay una forma de trabajar que para mí es bastante particular, que es el tema de las metas, y el tema de priorizar cosas en función de la dieta y no en función de las personas, eso claramente lo limita la economía, el tema es la forma en que esta diseñada el sistema, que entiendo que fue un esfuerzo que se intentó hacer, supongo, basado en principio ideológico sobre qué es lo más prevalente, lo más costoso y sacaron una lista de enfermedades que son GES, pero si tú no estás en ella es una forma de discriminar porque igual estas enfermo, igual necesitas cosas, pero como no eres GES, “lo siento mucho, no es GES, sufra su enfermedad y Ud. verá que hace”, y eso condiciona mucho mi autonomía profesional.” (Médico, Colombia, # 2)

En cuanto a una perspectiva micro, a saber, el grado de libertad transferido por parte de la organización, sus pares y con quienes trabajan cotidianamente, estos consideran que tienen plena autonomía para su ejercicio profesional toda vez que cuentan con libertad para determinar la planificación de su quehacer, precisar su

agenda asistencial y atender libremente al paciente. La organización brinda las condiciones necesarias para que puedan ejercer sus funciones, existiendo una buena valoración respecto a las condiciones que se les brinda a ellos para desarrollar sus funciones y del reconocimiento de la organización y de sus pares en torno a las labores que ellos efectúan, en la medida que presta la colaboración necesaria y brinda autonomía para el desarrollo de su actividad.

En este sentido, se puede decir que existe una apreciación positiva respecto al clima laboral y las condiciones en las que desarrollan sus funciones, dejando ver que existe apoyo y colaboración de parte de la organización, además que cuentan con poder decisional respecto a las actividades propias de su trabajo y en torno al rumbo del centro de salud. Además de aquello, sienten que de parte del consultorio, existe una preocupación respecto a la calidad de vida laboral, lo que fomenta la motivación por el trabajo y el compromiso con la organización.

“es un consultorio que nos presta atención de vida para ejercer la profesión acá” (Médico, Ecuador #1)

“hemos recibido colaboración, respeto de los colegas” (Médico, Ecuador #1)

“se me ha brindado las oportunidades para ejercer libremente” (Médico, Ecuador #2)

De la relación que se establece con los compañeros de trabajo, los médicos entrevistados consideran que durante su estadía en el país, ha existido una buena relación con los médicos chilenos con quienes han debido compartir funciones, considerando a estos últimos han constituido un apoyo para el proceso de incorporación laboral, aportando en el conocimiento respecto de las labores asistenciales y de la organización del trabajo.

“Han tratado de integrarnos y apoyarnos en la ... manera de hacer las cosas... no hemos encontrado en los médicos, algún obstáculos, ni menos impedimentos” (Médico, Cuba)

“cuando he tenido dificultades con algunas cosas, las pregunto” (Médico, Ecuador #1)

“yo siento que hay una imagen tan bonita de lo que somos nosotros en el trabajo, nos consideran personas amables, felices, agradables, que es bonito que lo resalte, porque en Colombia éramos uno más, de todos los que son iguales, en cambio cuando acá uno se porta normal, acá piensan que uno es muy amable “¡ah que eso es bonito!”, es una especie de status bonito, es agradable” (Médico, Colombia, # 2)

Es importante para el profesional extranjero sentirse incorporado e identificar al compañero de trabajo como un apoyo en el cumplimiento de su quehacer profesional. No obstante ello, la vinculación ha sido principalmente de tipo laboral y se ha circunscrito preferentemente al lugar de trabajo, en este caso al consultorio en el que los médicos extranjeros ejercen o ejercieron funciones habituales. Este tipo de relaciones de cooperación se ha establecido mayoritariamente los profesionales médicos de origen chileno que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, y no en otros niveles como en la Atención Secundaria y Terciaria.

“Aquí en consultorio, nada que decir, mucho apoyo” (Médico, Cuba)

“No he tenido ningún problema con mis pares chilenos” (Médico, Ecuador #1)

El hecho que existan buenas relaciones humanas y un clima de trabajo favorable en el entorno laboral, tiene repercusiones positivas en el desempeño de su trabajo, dado que permite ejercer libremente su quehacer e incorporarse de manera adecuada a la organización.

11.7. La estabilidad y seguridad laboral:

Existe la noción general que Chile presenta una alta tasa de empleabilidad para los médicos, lo que se expresa en que la gran mayoría de los médicos extranjeros radicados en el país, se encuentran trabajando como profesionales médicos. Ahora bien, al abordar lo que se entiende por estabilidad laboral, debemos considerar dos elementos, primero, el tipo de empleo al cual acceden los médicos migrantes corresponde mayoritariamente a contratos a jornada completa y con renovación anual; y segundo, la ubicación que ocupan en el mercado laboral que, como ya ha sido mencionado, corresponde mayoritariamente a la Atención Primaria de Salud. Estas consideraciones son formuladas con el propósito de relacionar lo que se entiende por estabilidad laboral con la ubicación de los médicos migrantes en el mercado laboral y las condiciones de empleo

Con respecto al tipo de empleo, tomaremos como referencia aquello planteado por Robert Castel, quien señala que en el mundo del trabajo existieron dos grandes transformaciones: por una parte, una desocupación masiva, expresado en el volumen y la persistencia del desempleo; y por otra, la precarización de las relaciones laborales, expresado en el crecimiento explosivo de las formas atípicas de empleos de duración limitada, para labores temporarias y de tiempo parcial. quien señala que, en el marco de la sociedad actual, aquello que se conocía como empleo cásico, vale decir, a grandes rasgos, un empleo de jornada completa y con cierta duración, era cada vez menos importante en la estructuración del salariado. (Castel, 2010).

Contrario a estas nuevas formas de trabajo, el empleo médico, a lo menos en la Atención Primaria, escapa un poco de estas formas de trabajo precarizadas y del creciente desempleo. Esto porque en primer lugar, se ajusta más a aquello que puede ser entendido como empleo clásico, dado el tipo de contrato que, independiente si el vínculo es a honorarios o a contrata, establece una jornada laboral de semanal y se extiende de manera anual. En segundo lugar, debido el actual déficit de médicos que existe en el sector público, existe una alta empleabilidad. Lo que otorga una condición distinta a la profesión médica, con respecto a otras ocupaciones en las cuales prima un empleo más inestable y precarizado, manteniendo una mayor seguridad laboral si se compara con otras ocupaciones. Ello se ve favorecido por la combinación de, por un lado, el gran requerimiento social de salud de parte de la población; y por otro, la suboferta de médicos en el mercado laboral, lo que en otras cosas, ha permitido a la profesión médica mantener ciertas ventajas en las condiciones de empleo, independiente del nivel de Atención. Retomando lo antes expuesto, producto que las condiciones de empleo son favorables y la gran demanda existente en el sistema público, existen elevados niveles de seguridad laboral en los médicos, ello en cuanto a la continuidad de funciones y la prolongación de vínculo laboral. Los entrevistados señalan que dadas las condiciones antes descritas, la estabilidad laboral depende del mérito individual, de modo que, según esta percepción, la continuidad del empleo está sujeta al desempeño de cada uno, siendo dependiente del esfuerzo y las capacidades propias.

“Si uno realiza de manera adecuada las labores de atención nunca va a faltar trabajo” (Médico, Ecuador #3)

“La estabilidad va a depender del desempeño de cada persona” (Médico, Ecuador #2)

“Existe la necesidad del médico, y por la misma necesidad que hay nosotros todavía tenemos trabajo, pero esta condicionado por el EUNACOM, entonces estabilidad plena no, pero hay una sensación de estar con calma, pero no una estabilidad plena.” (Médico, Colombia, # 2)

Respecto a la ubicación de los médicos extranjeros en el mercado de trabajo, desde el punto de vista de la estabilidad laboral, retomaremos la teoría de los mercados duales planteada por Pioré. De acuerdo a ello, aún cuando la Atención Primaria, visto desde la mirada de los médicos chilenos, correspondería a un subsector al interior de la profesión médica, en términos generales, se ubica dentro de lo que puede ser considerado como mercado interno y no como un sector secundario desde el punto de vista laboral, toda

vez que mantiene la forma corresponde a un trabajo protegido, bien remunerado y con garantías de trabajo. Por lo tanto, los médicos extranjeros que ejercen en la Atención Primaria, aun cuando se puedan ubicar en un sector laboral que no es apetecido por el resto de los médicos, mantienen su condición profesional, y al ser comparada su situación con la del resto de la población, mantienen estabilidad y claras posibilidades de desarrollo laboral y profesional.

Al hablar de estabilidad y seguridad laboral, tiene mucha importancia el vínculo contractual que vincula al médico, con la institución de salud. Ello porque muchos de los médicos extranjeros que ejercen funciones en la atención primaria, al no tener EUNACOM aprobado y/o validado el título, lo hacen en calidad de honorarios. Razón por la cual se encuentran en una situación laboral más inestable, estando sujeta su continuidad a la aprobación del examen o, en su defecto, a la extensión en la prorroga ministerial que les permite ejercer mientras no se haya aprobado dicho examen.

“Para el médico general si hay estabilidad, pienso que muchas garantías laborales no son las mejores, porque uno viene de un sistema laboral diferente, donde tiene primas, bonificaciones, otras retribuciones económicas, cesantía que acá no hay. Y en estos momentos, los médicos extranjeros estamos en el aire por el EUNACOM... eso limita, porque en algunos lugares hubo despidos masivos de médicos extranjeros a causa del Eunacom, entonces eso hace que la estabilidad no esté asegurada al menos por ahora.”
(Médico, Colombia #1)

Aquellos médicos que se encuentran con el título validado y cuentan con contratos vigentes, manifiestan un alto grado de seguridad en el empleo, dado que pueden continuar desempeñando funciones en el lugar de trabajo actual o bien encontrar un nuevo empleo que brinde mejores oportunidades para ejercer labores. Ello se ve favorecido dada la ausencia alta demanda de médicos que y en la Atención Primaria en particular, que aumenta el requerimiento social de médicos.

En suma, podemos decir que los médicos presentan un grado elevado de estabilidad laboral y que buena parte de las oportunidades de empleo se encuentran sujeto a su desempeño profesional. Ahora bien, estas competencias individuales al estar relacionadas a la regularización del título y, en consecuencia, a la situación contractual derivada generan una situación de inestabilidad respecto al futuro en algunos médicos.

11.8. Las oportunidades de aprendizaje

Como se dijo anteriormente, la continuidad en la formación profesional es una constante en la profesión médica, siendo uno de los principales objetivos acceder al estudio de especialidades y post-títulos. Interés que, aunque en menor medida, también está presente para los estudios de programas, diplomados o cursos sobre temáticas asistenciales. En el marco de su inclusión laboral, al ser consultados respecto a si el sistema brinda oportunidades formativas, señalaron que en el sistema público existe una amplia y variada oferta de capacitación, que permite al médico ampliar su gama de conocimientos en el área de la medicina.

"Siempre el medico tiene como tendencia seguir avanzando, preparándose" (Médico, Ecuador #1)

"hay acceso a capacitación y depende de lo que uno quiere hacer" (Médico, Ecuador #2)

Al ser consultados respecto a si el acceso y la distribución de los cupos era equitativa, es decir, si acaso podían optar por capacitarse por la sola condición de contar con la profesión médica, ello independientemente que su procedencia sea chilena o de otro país: de acuerdo a su propia experiencia, la mayoría planteó que en la Atención Primaria, cualquiera podía optar a los cupos de capacitación en igualdad de condiciones lo que era visto de manera muy positiva dado que consideran que constituye una fortaleza del sistema de salud del país. De acuerdo a lo anterior, la diferencia venía dada más porque existían ciertas capacitaciones que venían destinadas a ciertas funciones específicas que por algún tipo de sesgo. Las limitantes que podían encontrar para acceder a algún tipo de programa de capacitación, señalaron que una limitante venía siendo la situación contractual en la que se encontraban los médicos y la ausencia de información y conocimiento respecto de los planes y programas de capacitación que se encuentran disponibles.

"las ventajas del sistema de salud de acá, es que tiene la posibilidad de capacitarse (...) permite hacer cursos y diplomados" (Médico, Ecuador #1)

"derecho a capacitaciones tenemos todos. Pasa que hay ciertos cargos ya establecidos, como son los jefes de zonas, que ellos ya tienen ciertos programas y otras capacitaciones a las que obviamente nosotros no podemos optar, no porque seamos extranjeros, sino por cómo se organiza el programa y como los distribuyen." (Médico, Colombia #1)

“Yo creo que la oportunidad la hay, pero hay mucha ignorancia, no sabemos a que más tenemos derechos y a que no, y en alguna medida estamos acostumbrados a trabajar, y a trabajar mucho, y a no buscar otras cosas. En Colombia claramente podía estudiar, pero no había, ciertos espacios como si los hay acá como pedir las horas por ejemplo, en Chile se paga.” (Médico, Colombia, # 2)

AL ser consultados por la especialidad, existe una opinión distinta si se compara con la valoración expresada respecto al acceso a los demás programas, cursos y/o talleres de capacitación y perfeccionamiento que se ofrecen en los Centros de Salud Familiar. Es sabido que la Atención Primaria cuenta con una gama muy acotada de especialidades, por lo que para optar a una de ellas generalmente debe realizarse en los establecimientos de Atención Secundaria. En este sentido la mayoría señaló que el acceso a una especialidad no ha sido del todo equitativo y se han encontrado con algunas barreras o limitaciones.

Al ser consultados respecto a si cuentan con especialidad o están en proceso de postulación una de ellas, sólo uno había accedido y concluido una especialidad en Chile y que fue en “Medicina Familiar”, especialidad íntimamente ligada a la Atención Primaria de Salud. Otros médicos en cambio, accedieron a la especialidad ya sea en el país de origen o en otro distinto, sin embargo no han podido ejercer en Chile debido a que no la tienen validada. Los demás médicos entrevistados en cambio, queriendo acceder a una especialidad, no cuentan con una de ellas, producto de las dificultades con las que se encontraron, sobre todo aquellas derivadas del proceso de validación del título, y que han postergado su acceso. Estos obstáculos se desprenden tanto de factores externos, que son propios del entorno; como también a factores individuales, relacionados a los aspectos personales y familiares.

Respecto a los factores externos, se señala que el acceso a los programas de formación no es del todo igualitario entre chilenos y extranjeros, debido a que, por una parte, el sistema privilegia la formación y ofrece mayores oportunidades para los médicos chilenos; mientras que por otra, hay casos en los que el trato y las exigencias han ido en menoscabo de los médicos extranjeros. Algunos médicos entrevistados agregan incluso situaciones en las que se han visto afectados amigos suyos, que han demostrado inequidad el trato.

“la capacitación y formación no es equitativa entre chilenos y extranjeros” (Médico, Ecuador #3)

“son menores las oportunidades para los médicos extranjeros porque hay prioridad para las personas de Chile” (Médico, Ecuador #2)

“(Existe) restricción (de acceso) a la especialidad” (Médico, Bolivia)

“Tenemos una amiga ecuatoriana que se encontraba realizando la especialización y ella era la única extranjera. Ella sintió que las exigencias eran mayores para ella que el resto (...) ella quedó tan desmotivada que tuvo que volver a Ecuador” (Médico, Ecuador #3)

Al igual que en las instancias de capacitación propias de la Atención Primaria, ha sido una dificultad la condición contractual que vincula institucionalmente al médico con el sistema de salud. Los médicos extranjeros que se encuentran en condición de honorarios, debido a que no han regularizado y/o validado su título profesional, le es imposible optar a ciertos programas de formación y a la especialización profesional. También es una limitante de entorno, los horarios y los ritmos de trabajo propios de la Atención Primaria que demandan una jornada de trabajo mucho más intensa que la de otros niveles asistenciales.

*“la diferencia es entre los que son contrata y los que son honorarios”
(Médico, Venezuela)*

“es el tiempo (es una limitante), ya que en la Atención Primaria el trabajo es permanente, se entra a las 8 de la mañana (...) y (hay que) retirarse a las 17 hrs” (Médico, Ecuador #1)

Todo lo anterior fue identificado como factores propios del contexto que limitaron la posibilidad de acceder a alguna especialidad, lo que se debió, entre otras cosas, a no contar con las exigencias de postulación, las obligaciones familiares, los requerimientos laborales y la dificultad de acceso a becas. En términos de proyección, la realización de la especialidad, una vez que se adopta una residencia y se produce la incorporación laboral, parece estar condicionada por la edad del médico, la cantidad de años en el país y las obligaciones de tipo familiar.

“habría sido bueno avanzar en lo que vine hacer, pero a esa edad ya no me daba para optar a una beca, ya que son más estrictos en ese tema.” (Médico, Ecuador #1)

La dimensión familiar también ha influido respecto al acceso a la especialidad, ello se expresa, por ejemplo en un caso, donde un médico debió postergar la posibilidad de acceder a la especialidad por estar a cargo del cuidado de su hija mientras su esposa, también médico, se encuentra realizando la especialización. Otra prueba de ello, constituye el hecho que, se busca optar a una especialidad que en sus tiempos de formación y ejercicio práctico, pueda ser más conciliable con las responsabilidades familiares. Para los entrevistados, el hecho de encontrarse en

otro país, ha tendido a fortalecer la responsabilidad familiar y que el cuidado de sus hijos se menos delegable sobre todo cuando estos son menores.

“Yo ya no vivo solo por mi, sino también por mi hija, entonces tengo la necesidad de tener mis tiempos y espacios que quizás no lo tenga con otra especialidad, por eso quisiera radiología. Ahora, como muy utópico, porque es una especialidad que mucha gente busca por lo mismo, entonces ya está saturado. Igual si me sale algo en ginecología, en medicina interna o cirugía yo lo hago feliz” (Médico, Colombia, # 2)

“Siempre he querido optar a una especialización pero lo he tenido que postergar porque en este momento mi esposa se está especializando en ginecología y yo he tenido que estar a cargo de mi hija” (Médico, Ecuador #3)

Lo concreto es que las expectativas que motivaron el acto migratorio no se han visto cumplidas en un número importante de los entrevistados, quienes por diversas razones debieron postergar la posibilidad de lograr sus aspiraciones formativas. El no cumplimiento de sus expectativas formativas, en ningún caso ha interrumpido el acto migratorio puesto que todos han decidido permanecer y proyectarse en el país, independientemente de esta situación. Los médicos de menor edad y que no cuentan con tanto tiempo de permanencia en el país, muestran mayor disposición a acceder a una especialidad en el futuro, mientras que, por el contrario, quienes llevan más tiempo en el país, son de mayor edad y han contraído responsabilidades familiares en un grado mayor, asumen con más distancia la opción de postular a una especialidad.

A modo de resumen de este apartado, se puede constatar que, en términos generales, los médicos extranjeros manifiestan contar con una alta tasa de empleabilidad y estabilidad laboral, cuestión que se ha visto favorecido por el déficit en oferta de médicos chilenos en el sector público y más aún en la Atención Primaria. Existe conformidad con las condiciones el ambiente y el entorno laboral, considerando además que hay preocupación y reconocimiento por parte de la organización hacia las labores que ellos realizan, lo que les permite contar con autonomía cotidiana en su quehacer.

En relación a las remuneraciones, existe la percepción de que cuentan con mayores salarios de los que tenían en sus respectivos países y existe conciencia que estos se encuentran por sobre el promedio de lo que percibe el resto de la población en Chile, ello es menor a lo que proyectaban y advirtiendo que los salarios que perciben son menores a los que podrían optar al desempeñar funciones en otros niveles asistenciales. Aquello tiene correlato con la percepción de que no cuentan con total libertad para poder efectuar sus labores en otros niveles de atención, sobre

todo debido a las trabas existentes al efectuar el proceso de validación. Vale considerar que si bien la Atención Primaria ha sido catalogada por los médicos que se desempeñan en otros niveles asistenciales, como un subsector debido al menor prestigio profesional con el que cuenta, desde la perspectiva del empleo corresponde a un trabajo protegido, bien remunerado y que presenta garantías. La posición profesional, ha permitido contar con ventajas en relación al empleo, si esto se compara con otras profesiones u ocupaciones, que cuentan con trabajos más inestables y precarizados

Consideran que han podido desarrollar sus labores en un ambiente donde prevalece un buen clima laboral y donde se ha constituido una relación colaborativa y cooperativa con sus “colegas” y los demás funcionarios que realizan labores complementarias. Las relaciones establecidas con los pacientes son bien consideradas, más allá que en algunos casos, pueda haber sobrevenido una distancia inicial y se haya puesto en duda sus competencias, debido a la idea instalada de que los médicos extranjeros cuentan con menor preparación y más bajas competencias profesionales que los chilenos.

Las oportunidades de aprendizaje que ofrece el sistema, mayoritariamente consideran que existe igualdad para el acceso a oportunidades de capacitación, sin embargo la gran mayoría no ha podido optar a la especialización y cumplir con uno de los principales objetivos del proyecto migratorio, teniendo como principal obstáculo para la incorporación profesional la aprobación del EUNACOM.

En definitiva, el médico extranjero, en tanto profesional médico, se siente integrado laboralmente y existe conformidad respecto a las labores que realiza, no contando con limitaciones para el ejercicio de sus funciones. No obstante ello, el factor que se vuelve a repetir en cuanto barrera para el desarrollo profesional es el proceso de validación del título y la aprobación del examen exigido, por lo que esta presente la sensación de incorporación profesional.

12. Incorporación sociocultural.

Un tema recurrente en el debate de las migraciones refiere a las formas con que el migrante, sea éste individual o colectivo, expresa tanto las costumbres características del lugar de origen como las que son propias del lugar de llegada una vez que se produce el acto migratorio. La incorporación de los médicos extranjeros a la sociedad chilena, implicó vincularse a elementos socioculturales propios de la realidad chilena, y con los cuales han interactuado en distintas esferas de la vida social. En este apartado, desde una perspectiva sociocultural, analizaremos la forma en que se reorganizó la vida en el lugar de llegada y se han ido reconstruyendo los lazos sociedad de origen. Para ello analizaremos las redes que se mantienen con el lugar de origen; las relaciones afectivas construidas

en Chile, y las formas en que el individuo y su familia se relacionan con las costumbres propias del lugar de origen y de llegada. .

Los nexos que se estructuran entre los migrantes, tanto dentro como fuera de Chile, anteponen un criterio de homogeneidad objetivo, estableciendo los límites del grupo y que son mantenidas mediante la comunicación. Las redes sociales corresponden a la coordinación e intercambio de información, aprendizajes y acciones de solidaridad, entre distintos actores sociales. En los médicos extranjeros, estos vínculos operan tanto dentro del país de origen, así como también en el país de acogida y al parecer vienen formadas más por el criterio socioprofesional antes que étnico, aun cuando este último elemento se encuentra presente, es antecedido por el criterio profesional. En ello se debe considerar que los sectores profesionales no están ajenos a la estructura y los intereses de clases existentes al interior de la sociedad. (Browne, et.al, 1984)

Una vez que se produce su llegada a Chile, el sujeto migrante y su familia, establecen redes con el país de origen, cuyo propósito es mantener el vínculo con la familia, las amistades y los grupos de referencia, lo que ocurre a través de distintos canales de comunicación, y cuya fluidez se ve favorecida por los avances en la tecnología y los medios de comunicación. Los canales mediante los cuales se mantienen los vínculos con el lugar de origen son por vía telefónica o internet, o a través viajes y/o del envío de dinero o remesas.

12.1. El vínculo con los cercanos: la relación con familiares y amistades residentes en el país de origen

La relación con la familia que siguió residiendo en el país de origen se mantiene fluidamente, y se da mediante distintas formas, ya sea a través de la comunicación reiterada, los viajes periódicos o el envío de remesas:

En primer lugar, la comunicación y la interrelación constante con sus familiares, se mantiene de forma continua y periódica, aun cuando en algunos este vínculo es más estrecho que en otros, todos los entrevistados, independiente de la cantidad de años que lleven residiendo en Chile, señalaron mantener comunicación con su familia.

"con la tecnología y medios de comunicación es mucho más fácil que cuando yo llegué que solamente había contacto telefónico ... en cualquier momento uno se comunica directamente." (Médico, Ecuador #1)

"Todos los días me comunico con mi familia " (Médico, Venezuela)

“Nos comunicamos regularmente por teléfono y por internet” (Médico, Ecuador #3)

Producto de la mantención de este vínculo, se puede sopesar el efecto de la distancia puesto que a pesar de ella, ha permitido estar al tanto de los sucesos y eventos familiares que son de importancia, la mantención de ciertas costumbres y ser un medio más para enterarse del acontecer del país. Muchos de los entrevistados manifestaron que además de informarse cotidianamente de lo que sucede en sus países mediante los medios de comunicación y las redes sociales, lo hacen también a partir del contacto que mantienen con familiares y amigos. Contando con opinión de lo que sucede en sus países y que tienen implicancias socio-políticas

“Me informo constantemente por las redes sociales ... aunque he tratado de despegarme un poquito porque hay muchas noticias malas, a veces me entero por mi propia familia.” (Médico, Venezuela)

“Si, siempre me informo por internet de lo que pasa en Ecuador, leo todos los días los periódicos e intento estar al día de lo que ocurre.” (Médico, Ecuador #3)

En segundo lugar, otra forma de conexión con sus países corresponde a los viajes, elemento que viene a intensificar los lazos de comunicación que ocurren habitualmente, involucrando en este proceso, al sujeto migrante, a su familia directa y su familia residente en su país nativo. Todos los entrevistados manifestaron haber realizado viajes en el corto plazo y que, en alguna ocasión, han sido visitados a Chile por sus familiares. Estos viajes, tanto de los migrantes como de sus familiares, se vieron favorecidos por la cercanía geográfica y el nivel de ingresos que alcanzan una vez que se incorporan laboralmente, lo que les permite pagar las tarifas de los viajes propios e incluso en algunos casos, el de sus familiares. La frecuencia de estos viajes varía en cada caso, pero lo cierto es que se procura realizar en fechas importantes o de manera coordinada con el resto de la familia residente en Chile, su ocurrencia brinda la posibilidad de conservar un contacto directo con el lugar de origen, retomando así los contactos con la familia, las amistades y los grupos de pertenencia. De este modo, independiente al cambio de país de residencia, la ocurrencia de estos viajes contribuye en la mantención de amistades y vínculos familiares, junto con permitir la persistencia de costumbres e identidades propias del país de procedencia.

“Mis padres y hermanos también, ellos vienen a Chile a visitarnos y nos visitan a menudo” (Médico, Ecuador #1)

"Cuando tengo las vacaciones procuro que sea más bien en navidad o fin de año, que son fechas más cercanas para compartir con la familia"
(Médico, Ecuador #2)

"viajamos a lo menos una vez al año a Ecuador como familia porque con mi esposa programamos las vacaciones en la misma fecha"
(Médico, Ecuador #3)

"la idea es viajar una vez al año. Navidad, para pasar las fiestas. Por 20 días o un mes" (Médico, Colombia #1)

Por último, otra forma de vínculo entre el migrante y su lugar de origen, es mediante las remesas, lo que corresponde al envío cotidiano de dinero a sus familiares y que en cierta medida viene a diversificar la proveniencia de los ingresos familiares (Massey, 2004, p.14). Si bien todos reconocen que durante el periodo más cercano a su llegada a Chile enviaban dinero a sus familias, éste vínculo pudo haber ido perdiendo fuerza en la medida que fue pasando el tiempo. Aun así, vale destacar que esta forma de relación persiste aun cuando se vio condicionada a la residencia en el país de la familia directa con vínculo de parentesco más próximo; y al cumplimiento de los propósitos para lo que estaba destinado el dinero. Lo primero se ejemplifica en algunos casos en los que el acto migratorio se efectúa por etapas, de modo que viajan en un primer lugar los migrantes sin su respectiva familia y luego que se estabiliza el asentamiento en el lugar de llegada, realizan el traslado los demás integrantes del grupo familiar. Para estos casos existió el envío periódico de dinero mientras se encontraban en el lugar de origen, y que pudo haberse visto interrumpido una vez que arribaron a Chile, aunque en algunas situaciones el envío de dinero se mantuvo independientemente a este hecho. En cuanto a lo segundo, el envío de dinero generalmente tiene por propósito financiar ciertos objetivos familiares y que generalmente corresponden fines educativos de familiares, lo cual puede ser visto como una forma de retribución respecto a la inversión familiar que supuso la formación profesional del migrante.

"Inicialmente lo hacía, pero ahora no, como mi familia está acá y mi hijo nació acá, y es chileno " (Médico, Ecuador #2)

"El envío de dinero está destinado para que mi hermano pueda estudiar, de modo que asumo los gastos universitarios de mi hermano. Él estudia ingeniería." (Médico, Colombia #1)

En el caso de las amistades residentes en el país de origen, al igual que en el ámbito familiar, el vínculo y la comunicación se mantuvieron a pesar de la distancia, lo que se vio favorecido por los avances de las comunicaciones y la

tecnología. La continuidad de este contacto, dependiendo de la experiencia migratoria, ha podido alimentar la ocurrencia de nuevas migraciones dado que se suele transmitir información clave respecto a las oportunidades y limitaciones encontradas en otros países, para este caso Chile. Las redes residentes además de transmitir esta información, han sido clave para superar ciertas dificultades encontradas al migrar. Ello se expresa sobre todo en el caso de los médicos que continuaron residiendo y ejerciendo en el lugar de origen y con los cuales tuvieron algún vínculo educativo y/o laboral, con quienes mantuvieron contacto una vez ocurrido la incorporación al país (Massey, 2004, p.26).

“Algunos colegas médicos ecuatorianos me han consultado como ha sido mi experiencia y el proceso para poder venir a Chile y les he comentado como es el proceso ... que es un país en el cual si uno hace las cosas bien se puede integrar fácilmente” (Médico, Ecuador #2)

“Les interesa conocer, pero no erradicarse. Les interesa Chile para trabajar y Argentina para estudiar, porque es muy fácil allí. Muchos se proyectan en Europa o Estados Unidos, pero como no es tan fácil. El costo de realizar el examen, de homologación, hace que se reduzca la gente interesada” (Médico, Colombia #1)

Los entrevistados señalan que, dadas las oportunidades laborales y formativas presentes en el país, en sus respectivos países Chile resulta ser un país atractivo para residir, trabajar y formarse, siendo uno de los destinos más demandados en Latinoamérica. No obstante ello, los médicos deben enfrentar algunas restricciones y/o barreras que frenan u obstaculizan su disposición migratoria, y que constituyen limitaciones provenientes tanto de sus países de origen, como también de los países de destino, como es el caso de Chile.

Para muchos países la migración de recursos humanos en Salud representa una “fuga de cerebros”, vale decir, la pérdida de recurso humano altamente calificado, dado que significa que una inversión social, como lo es la formación de médicos, con los costos que esto atañe para cada país, no tenga retorno, teniendo como consecuencia que dicho sistema de Salud cuente con menos médicos con todos los costos sociales que ello involucra dada las situaciones de atraso y tasas de pobreza que suelen ser más altas que Chile. En respuesta a aquello, alguno de estos países ha optado por aumentar las restricciones de salida para los médicos.

En segundo lugar, la mayor barrera de entrada para la incorporación de médicos migrantes ha sido el proceso de validación del título, siendo la aprobación del EUNACOM el principal obstáculo. Si bien, en comparación con otros países de Latinoamérica, la migración de médicos es alta, este número podría ser aún mayor

si es que no existiera este examen, dado que ha limitado la entrada de médicos al país.

“en mi país volvieron a regular la salida de los médicos... tienen que pedir al ministro directamente un permiso” (Médico, Cuba)

La importancia de la comunicación establecida entre un lugar y otro, sobretodo entre los médicos, viene a constituir una suerte de cadena de transmisión de experiencias que permite formar una idea en torno a la experiencia que han tenido otros, y poder conocer y sortear las limitaciones existentes, en la medida que el círculo cercano opte por la realización de nuevas migraciones. La extensión de los mecanismos de comunicación, han permitido una intensificación de “los viajes circulares, la conectividad virtual entre las personas a través de las fronteras nacionales y la realización de actividades comerciales, políticas y culturales por encima de los límites fronterizos actuales” (Blanco, 2007, p.23). Esto vendría a aumentar los vínculos entre el migrante y la comunidad de origen, contribuyendo así a la formación de redes que dan continuidad al movimiento migratorio y facilitan la mantención de las identidades nacionales, locales y territoriales en el país de llegada. (Pellegrino, 2003).

A partir de la información que ellos han podido entregar, algunos de los entrevistados reconocen que muchos médicos de sus respectivos países que barajaron la opción de radicarse en Chile, hayan decidido desistir o replantear la opción y, en caso de mantenerla, debieron prolongar los tiempos de preparación y/o terminaron definiendo nuevas estrategias migratorias mediante el fortalecimiento de las redes en el país y accediendo a mayor preparación e información.

“A los que me han preguntado les explico la situación actual, les digo “no es rentable venirse ahora a buscar empleo porque no vas a encontrar”. En el grupo que estoy hay chicos que no han encontrado trabajo, por ejemplo, una paraguaya decía que llevaba siete meses aquí y no ha encontrado algo y no tiene papeles. Por eso les digo, si quiere venir, venga, conozca, pregunte, mire si le gusta el país, haga el papeleo, inscríbanse en el examen, váyase a su trabajo, prepárese y pase al menos el examen teórico y se viene.” (Médico, Colombia #1)
“hay varios que tienen intención de venir a ejercer a Chile. Pero una de las grandes barreras para que puedan venir ha sido el EUNACOM” (Médico, Venezuela)

“Creo que se lo han pensado mejor (sobre migrar a Chile), ya que si no tienen esa acreditación ejercer legalmente les va a ser más complicado” (Médico, Ecuador #2)

“Hay muchos que vienen a Chile solo a rendir el examen, y en caso de reprobación se devuelven” (Médico, Ecuador #3)

De acuerdo a todo lo anterior, los médicos entrevistados afirman que cuando llegaron a Chile, mantuvieron contacto constante con el lugar de origen, a partir de la comunicación regular tanto con familiares como con aquellas amistades que tenían en sus respectivos países, independiente que estas fueran o no del área de la medicina. Los principales mecanismos de relación correspondieron a la comunicación periódica y los viajes recurrentes al lugar de origen, que permitieron mantener los lazos a pesar de la distancia. En cuanto al envío de dinero este estuvo presente con fuerza en el periodo migratorio inicial y fue decayendo una vez que se logró trasladar a la familia directa o bien se cumplió el fin para el que se enviaban las remesas. El contacto dinámico que une a las comunidades de origen y destino a partir de los migrantes, ocasiona “una marcada dualización o bipolarización de sus vidas” (Blanco, 2007, p.19,). Ello porque el traslado de valores y creencias permite que se refuercen ciertas conductas, a la vez que exista aprendizaje.

12.2. Las redes y la vida social en Chile.

Como se dijo anteriormente, la distancia es una variable de importancia en la definición del lugar de llegada. No obstante ello, la distancia no puede ser reducida solamente a su dimensión geográfica, pues involucra a otros ámbitos, tales como el económico, tecnológico, cultural, lingüístico, étnico, etc. .El volumen de las migraciones tendría relación directa con los obstáculos y barreras con las que se encuentra un individuo o grupo humano. (Arango, 1985).

La fuerza de atracción que ejerce un lugar respecto a otro suele depender de vínculos y relaciones que los unen fuertemente, y que fueron generados previo al traslado. En dicho sentido, las redes sociales contenidas en el país, surgen de manera previa a la llegada de los médicos a Chile y constituyeron un tipo de capital social que permitió tener acceso a bienes materiales y/o simbólicos (Arango, 2003: p.19). Estas redes fueron ampliando su alcance en la medida que los médicos se incorporaron laboralmente, siendo parte constitutiva de ellas las relaciones de amistad establecidas, tanto con personas del mismo origen como de nacionalidad chilena. Las relaciones de solidaridad generadas a partir del vínculo interpersonal, contribuyen a los procesos migratorios y permiten la existencia de rutas migratorias más o menos definidas que se ven favorecidas por estas redes migratorias, constituidas tanto con anterioridad como con posterioridad al desplazamiento (Thomas y Znaniecki, en Pesantez, 2006).

Estas redes han prestado gran utilidad para el migrante, operando en dos momentos, por una parte, durante el periodo previo al desplazamiento y, por otra, cuando ocurre el proceso de incorporación al país. En la etapa decisional, constituyeron un incentivo para la migración, mediante el intercambio de información relativa al lugar de llegada, la transmisión de experiencias respecto a la incorporación laboral y residencial; una vez transcurrido el arribo a Chile, su empleo y ampliación actuaron como soporte de ayuda para hacer frente a las dificultades con las que se encontraron y otorgaron al migrante cierto grado de estabilidad inicial y brindaron ciertas facilidades de llegada a los nuevos inquilinos.

En el periodo previo a su llegada, estas redes se establecieron preferentemente con personas que compartían el mismo país de origen y ya se encontraban residiendo en Chile. Así todos los entrevistados manifestaron contar con uno o más contactos en el país previo a su llegada, sean estos colegas o amigos, aun así, correspondiendo estos en la mayoría de los casos a personas con las cuales habían compartido experiencias formativas o laborales previas en el país de origen. Su existencia permitió contar con información respecto los requisitos normativos y las oportunidades laborales y de residencia en Chile, antecedentes que resultaron ser claves para asumir la decisión migratoria. Ahora bien, ninguno de ellos manifestó familiares que tuvieran residencia previa a su llegada, lo que significó que estas redes tuvieran como sustento a las amistades y se constituyeran como el principal espacio de colaboración y de oportunidades, tanto de manera previa a la llegada como cuando se produce el asentamiento en el país.

Los entrevistados reconocieron que durante el periodo previo, aquellos vínculos permitieron resolver los aspectos más urgentes para la migración y, con el paso del tiempo, cuando lograron contar con cierto grado de estabilidad, se fueron ampliando a otros contactos en Chile. Las redes que se fueron estableciendo, tuvieron un carácter acumulativo puesto que quienes residían en Chile con anterioridad, dispusieron de su red de amistades y contactos que habían construido con antelación a la estadía del nuevo migrante. Esta red de contactos, mantiene como aspecto común, que mayoritariamente está compuesta por médicos provenientes del mismo lugar de origen y que son profesionales médicos.

En cuanto a las relaciones de amistad, en el sentido más amplio del término, sobrevienen entre aquellas personas que comparten la misma profesión y lugar de procedencia, no extendiéndose al resto de la comunidad que, incluso compartiendo el mismo lugar de origen no cuentan con la misma profesión.

"Mantengo contacto (médicos ecuatorianos en Chile) (...) persiste un ánimo de inclusión y todos se encuentran ejerciendo" (Médico, Ecuador #2)

“Ahora hay una sociedad de médicos extranjeros, pero abarca a todos, y es más un contacto virtual, que reúne médicos extranjeros en Chile, y nos unimos más por esta problemática de la Eunacom” (Médico, Colombia #1)

Además de lo anterior, todos reconocieron haber establecido relaciones de amistad con chilenos, pero estas se encontraron mayoritariamente circunscritas al lugar de trabajo, y en muy pocos casos se logró extender este vínculo con personas que no tuvieran algún tipo de relación con su profesión y/o espacio laboral. Por lo que la ocurrencia y delimitación de los lazos de amistad quedaron confinados a la relación laboral, y en pocos casos se logró extender fuera de ella. Los médicos indican que estas relaciones no han tenido gran centralidad en el diario vivir, debido a que, en muchos casos, la principal preocupación e instancia de sociabilización se ha restringido a la esfera privada de tipo familiar, producto que los tiempos disponibles son más bien acotados por lo que se consigna que ninguno de los entrevistados tenía pareja chilena.

“uno cumple su horario y no tiene posibilidad de ir a otros lados, entonces no hay un mayor tiempo para poder socializar” (Médico, Ecuador #1)

Fuera del espacio laboral, los médicos extranjeros mantienen espacio de relación con otros médicos que provienen del mismo lugar de origen, aunque indican que estos espacios de sociabilización aun contando con cierta periodicidad son más bien distantes entre sí.

12.3. Aspectos culturales: el idioma, las prácticas religiosas y la mantención de las costumbres.

Todos los entrevistados provienen de países latinoamericanos por lo que existen proximidades culturales con Chile que pueden favorecer los procesos de integración, como lo son el idioma y la religión. De tal manera que todos son de habla hispana y la mayoría practica religión católica, existiendo cercanía en cuanto a estos aspectos culturales. Evidentemente que estos criterios comunes, no excluye la existencia de características culturales diferentes entre unos y otros. A modo de ejemplo, un aspecto diferenciador se observa en el lenguaje, que denota la presencia de vocabularios o formas distintas de hablar el español entre cada país. Para muchos, como se mencionó anteriormente, significó una dificultad, sobre todo en el ámbito laboral, adaptarse a los modismos propios que son empleados en Chile pero que sin embargo pudieron ser superados con el tiempo. El acento, aquella forma característica de hablar español y que denota una procedencia particular, en algunos casos ha significado el inicio de situaciones de discriminación

cultural. Ello es porque la forma de hablar, junto con las características físicas, son los elementos que hacen más evidente la condición de extranjero, y que ha significado, a juicio de algunos migrantes, la percepción de un trato diferente.

“es diferente el trato, te miran diferente cuando hablas por teléfono y ven que eres extranjero” (Médico, Cuba)

De contraparte, hablar el idioma de manera similar a como lo hacen los chilenos, es para algunos una causa de no discriminación puesto que las demás personas no identificarían un origen étnico distinto. De este modo, ante la pregunta de la existencia de situaciones de discriminación, en algunos casos, se argumentó que la similitud que las formas de vocabulario eran un aspecto que favorecía en el proceso de incorporación

“Mucha gente piensa que soy chileno, porque con el tiempo se me ha ido pegando la forma de hablar y algunos chilenismos. Eso hace más difícil evidenciar situaciones de discriminación” (Médico, Ecuador #1)

Aun cuando no fue posible determinar si ésta acomodación responde a un acto no intencionado o es parte de una estrategia adaptativa, si fue reconocido como un aspecto que atenuaba situaciones discriminatorias. Ello bajo la consideración que los migrantes emplean estrategias de adaptación distintas y que no existe una mejor que otra. (Lahoz en Stefoni, 2011,p.140)

Otro aspecto diferenciador pero que tiene un papel central para la integración cultural, es la continuidad de las prácticas religiosas a las que estaban habituados. Si bien todos los entrevistados adscriben al cristianismo, existen creencias, ritos y tradiciones de origen religioso, que aun cuando tengan este origen, incorporan aspectos característicos de las localidades y comunidades determinadas de la que provienen.

"yo practico la religión yoruba, la que practicaba en Cuba también, aquí la practico, pero con limitaciones, ya que hay cosas que no puedo hacer acá, pero trato de mantenerlo" (Médico, Cuba)

Más allá de esta excepción, la dimensión religiosa no ha representado un obstáculo para la integración y, en términos generales, los médicos migrantes pueden seguir practicando su religión en Chile sin mayores problemas, favorecido ello por la proximidad histórico-cultural que existe entre los distintos países latinoamericanos. Además del lenguaje y la religión, existen otros aspectos culturales que, aunque tengan menor centralidad para el individuo, manifiestan de una u otra forma la permanencia o transformación de dinámicas culturales que se encuentran

internalizadas en el sujeto. Ello porque, tal como se dijo anteriormente, todo acto migratorio lleva consigo un proceso de reacomodación que es resultado de la interacción entre los aspectos culturales arraigados en el individuo con aquellos elementos contextuales diferentes. A modo general, los médicos extranjeros que fueron entrevistados señalan que si bien hay prácticas culturales habituales que dejan de ser realizadas una vez que comenzaron a residir en Chile, la tendencia ha sido mantener las costumbres y tradiciones de sus respectivos de origen, las que se acomodan y son combinadas con otras nuevas. No obstante lo anterior, en algunas dimensiones de la vida social, las costumbres o tradiciones propias del lugar de procedencia son más persistentes que en otras.

"Las costumbres venezolanas trato de mantenerlas, pero soy muy respetuosa con las costumbres chilenas" (Médico, Venezuela)
"uno se acostumbra a lo que hay acá, en la casa de mantiene las costumbres" (Médico, Ecuador #1)

En cuanto a las prácticas de tipo cultural y recreativas, algunas de ellas dejan de ser realizadas o bien son practicadas con menor frecuencia, ello debido a que son menos habituales en el país o por la misma responsabilidad familiar o laboral que adquieren en el país. En el caso de las costumbres alimenticias, por ejemplo, las comidas que son típicas de sus países respectivos son mantenidas preferentemente en el ámbito privado-familiar. Ello es porque al cumplir una jornada horaria de 44 horas deben almorzar en el lugar de trabajo, lo que ha significado la necesidad de incorporar nuevas costumbres a la dieta diaria, de modo que se tiende a combinar la comida chilena con la que es típica del país de origen, lo que incluso se extiende en el ámbito privado. Ninguno de los entrevistados ha manifestado que la alimentación típica del país ha significado una barrera o un obstáculo en el proceso de adaptación.

"Ya no bailo tanto por ejemplo. De pronto uno tiene más actividades de esparcimiento porque igual la cultura es diferente, y el chileno sus reuniones y sus juntas, son para hablar y comer, y en Colombia no hay carrete sin baile. Pero yo bailo sola" (Médico, Colombia #1)

"he probado y me gusta parte de la comida chilena y la he incorporado dentro de lo que es la alimentación." (Médico, Ecuador #2)
"El fin de semana cuando estamos en casa hacemos comida típica de Ecuador" (Médico, Ecuador #3)

En los casos de las festividades típicas de los días de independencia o que son propias de zonas, regiones o ciudades de origen, su celebración se han visto modificada dado que al no ser habituales en Chile generalmente topa con días

laborales. En la mayoría de los casos, esto no constituye un problema y la tradición propia del país de origen no se sobrecarga en estas fechas.

“Yo soy de Guayaquil, que es un sector costero, y hay fechas importantes que no he podido seguir festejando porque topan con la jornada laboral.” (Médico, Ecuador #3)

12.4. Discriminación o diversidad cultural.

Diversos estudios señalan que Chile evidencia altos niveles de discriminación por origen étnico y racial, no obstante ello, consultado los entrevistados respecto a situaciones de discriminación que pueden ocurrir en su cotidianidad, pocos lo perciben presente de manera constante, y se inclinan mayoritariamente en señalar que no la han experimentado o, en el caso de haber sido discriminados o discriminadas, correspondieron a circunstancias muy aisladas.

Entre quienes manifiestan haber experimentado alguna situación de discriminación, señalan que estas han ocurrido en el plano extra laboral, no así en el ámbito del trabajo donde dicen que ha primado un clima de colaboración y buen trato, tanto con colegas como con pacientes. Por ejemplo, de parte de los pacientes mencionan prácticamente no haber afrontado circunstancias de discriminación, y donde la preferencia por recibir atención de médicos chilenos lo han considerado como un acto discriminatorio, señalan que fuera del lugar de trabajo es donde han enfrentado estas situaciones de discriminación. Algunos de ellos consideran que el hecho de ser médico, dado el status social con el que cuenta en tanto profesión, ha terminado por evitar o disminuir su ocurrencia dado que, independiente del origen, ser un profesional médico otorga un prestigio y respeto especial al interior de la sociedad chilena. Así mismo, ello a favorecido su proceso de incorporación y de integración.

“he sufrido discriminación y se palpa más en (el) día de uno que en el trabajo, como en el entorno, con los vecinos, en el metro” (Médico, Cuba)

“En general no he sufrido discriminación, salvo casos muy aislados. La relación es muy buena con los demás médicos y con los usuarios también”. (Médico, Venezuela)

“Temas de discriminación no he sentido. El ser médico abre mucho las puertas, el único que te puede discriminar es otro colega” (Médico, Bolivia)

De lo anterior se puede desprender que la posición social del médico, indistintamente al lugar de origen, abre oportunidades y otorga un grado de

reconocimiento social que disminuye las condiciones adversas a las cuales se deben enfrentar. Se podría inferir que el lugar ocupado al interior de la sociedad deriva más del grupo profesional al que se incorporan socialmente que de la comunidad étnica de la cual son originarios.

Al ser consultados por la percepción que tienen de la sociedad chilena en cuanto a la disposición que manifiesta ésta en torno al respeto e inclusión de los migrantes, señalan que en general prima una actitud que es integradora. Los médicos que llevan una mayor cantidad de años en el país, manifestaron que antes la sociedad chilena era más cerrada respecto a la inmigración pero que en el último tiempo han notado una apertura.

Chile hoy día tiene mayor tolerancia frente al extranjero.” (Médico, Ecuador #3)

“(Llevo) 15 años acá, (y) últimamente ha habido más cantidad de emigrantes, por ejemplo, hay muchos haitianos que llegan. Encuentro que Chile se está adaptando a eso de la diversidad cultural y (...) lo racial ya no aparece tanto como obstáculo” (Médico, Ecuador #1)

A su juicio, ello se debe al aumento en la inmigración que ha experimentado el país en estos años, lo que se expresaría en una mayor inclusión tanto institucional como social. Lo primero lo palpan a diario en la atención que prestan a personas extranjeras, donde la regularización de su estadía en el país no sería una condicionante para recibir atención. Lo segundo, se manifiesta en el diario vivir, pues hoy existe mayor tolerancia e inclusión del extranjero.

12.5. Participación cívica y acceso a bienes sociales.

En cuanto a la participación, una vez que es efectiva la residencia, esta puede ser analizada en dos dimensiones, es decir, en relación a los procesos políticos propios del país de origen, así como también a consonancia a los procesos del país de llegada. Respecto a los primeros, la mayoría de ellos no participa en las elecciones, lo que se debe más a no cumplir con los requisitos establecidos en las normas electorales propia de sus respectivos países que algún tipo de desinterés. En el caso de las elecciones en Chile, la dificultad encontrada es que no todos se encuentran en iguales condiciones para participar de los procesos electorarios dado que muchos no cuentan con nacionalidad. No obstante ello, de los entrevistados, son tres los que están facultados para votar en las elecciones de Chile, uno de ellos ejerce su derecho a voto, el resto manifiesta que, estando inscrito, no participa de las elecciones., señalando que se encuentran inscritos pero no participan, debido a que no se han encontrado identificados con algún candidato.

“estoy inscrito para votar, pero hasta ahora no lo he hecho” (Médico, Ecuador #2)

La participación en organizaciones sociales o de tipo gremiales limitada. Ninguno de los entrevistados participa en alguna organización social de extranjeros y son pocos los que son parte de alguna organización de chilenos. En el caso de las asociaciones de funcionarios que se encuentran presentes en la Atención Primaria, la mayoría no adhieren a estas organizaciones, y lo mismo ocurre con el Colegio Médico, donde muy pocos se encuentran colegiados.

En el caso de aquellos que se encuentran asociados a alguna organización de tipo gremial o profesional, son médicos que tienen regularizada su nacionalidad, validada su titulación y se encuentran en calidad contractual de contrata.

“Si, participo. Soy parte del Colegio Médico y de la FENATS (asociación gremial) del Consultorio. Eso sí, mi participación es más bien lejana pero he cumplido con pagar las cuotas mensualmente.” (Médico, Ecuador #3)

Al contrario, aquellos médicos que no participan de asociación gremial o profesional alguna, suelen llevar menor cantidad de tiempo en el país, no tener resuelta su estadía o encontrarse en calidad de honorarios, por lo que les resulta más difícil poder participar.

“Por ejemplo en el consultorio para ser parte de algo tendría que empezar a ser contrata” (Médico, Venezuela)

En otros casos que, teniendo resueltos estos asuntos, no es de su interés asociarse a este tipo de organizaciones y han priorizado sus actividades exclusivamente laborales. Mientras que, la menor parte de los casos, señalaron que contaban con participación pero esta se inscribía en la participación de organizaciones de tipo no formales.

“En organizaciones formales no participo, pero si en organizaciones informales como la junta de vecinos y club deportivo” (Médico, Bolivia)

La mayoría de los entrevistados reconoce que ser médico les ha permitido alcanzar un nivel de vida por sobre la media, abriéndole puertas que quizás con otra ocupaciones hubiese sido difícil acceder. Respecto a lo primero, ello se plasma en que aun cuando consideran que las remuneraciones no son totalmente compensatorias de las labores que efectúan cotidianamente, si se encuentran en un nivel de ingresos superior al promedio que percibe el resto de la población en Chile, lo cual, a su juicio los ubica en un estrato socioeconómico medio-alto. Ello en contraste con la percepción de desigualdad en los ingresos que consideran

existe en el país, quedando patente la existencia de desigualdades y diferencias socioeconómicas.

En general, existe conciencia respecto a que el ejercicio de la profesión médica y los niveles de ingresos que esta práctica conlleva, les ha permitido tener un buen pasar en Chile, e incluso prescindir de ayudas o no requerir el acceso a ciertas prestaciones sociales. Ello en contraste con la situación que afecta a una parte considerable de la población chilena y a una gran cantidad de inmigrantes no calificados o que ejercen otras ocupaciones menores, los cuales no han tenido la misma experiencia, enfrentando otra realidad.

“La desigualdad de las clases se nota mucho, hay poblaciones y barrios que presentan muchas diferencias, y eso se expresa en las problemáticas de salud que hay que atender... Pues, para mí es estable, pero veo que para la población en general no, porque muchas gentes no tienen garantía laboral, el sistema de AFP no es el mejor, el sistema de pensión tampoco” (ET7)

Existe cierto grado desconocimiento de los derechos sociales, en general respecto a los beneficios sociales a los que pueden acceder, ello en gran parte se debe a que no consideran que la asistencia o protección que brinda la Estado constituya un requerimiento de importancia para acceso a ciertos bienes. Pues admiten que el nivel de ingresos percibido permite solventar los gastos en salud, educación y vivienda de manera privada, no requiriendo la ayuda de otros agentes, prefiriendo hacerlo de esta forma dado que pueden acceder a servicios de mejor calidad y expresan que cuentan con autonomía para cubrir las necesidades individuales y de su grupo familiar.

Esta disposición o actitud, es predominante en la mayoría de los médicos migrantes, quienes consideran que por su nivel de ingresos no requieren asistencia estatal y pueden solventar de buena forma sus necesidades en el sector privado.

“Por el trabajo de mi señora y el mío, nos da para vivir bien” (Médico, Ecuador #2)

“Ahora estamos en Isapre, y es que tuve una mala experiencia, ahora que hablabas de los beneficios, yo desde que llegué que cotizo pensión y salud, sin embargo en el momento que me enfermé yo no tenía nada para salud, a pesar de estar cotizando para salud en Fonasa, en realidad hay un tema de desconocimiento de cómo se debe vincular laboralmente como en las otras cosas como salud y pensión el extranjero, tu puedes ir a hablar diez veces al mismo lugar, pero si encuentras diez funcionarios tienes diez versiones de lo que hay que hacer, entonces nunca logré regularizarme con FONASA , estuve

enferma, tuve que incapacitarme, y pese a estar pagando igual me descontaron los días, entonces fue una mala experiencia y ya me cambié a Isapre, apenas pude” (Médico, Colombia, # 2)

Respecto a la provisión de salud, donde todos señalan que se encuentran cotizando en Isapre y la atención individual y/o familiar cuando la han requerido, la han desarrollado en el sector privado. En el caso de la educación, aquellos que tienen hijos y estos se encuentran en edad escolar, mencionaron que ellos no asistían a escuelas públicas y se encontraban estudiando en colegios privados. Optaban por estos debido a la cercanía con el lugar de residencia y/o laboral de los padres, y por la calidad de la enseñanza que impartían estas instituciones..

“tengo a mi hijo en colegio particular, y tenemos Isapre” (Médico, Cuba)

“Empezamos a buscar ranking de calificaciones del colegio, y empezamos a ver los que tuvieran unos niveles educativos aceptados de alguna manera por los resultados y calificaciones y ranking que hay, y no hay muchos públicos, entonces por eso nos inclinamos por el privado. Luego, cuando empezamos a hacer la diferenciación en los privados, nos inclinamos por el que estamos porque es el menos restrictivo, más cercano al tipo de educación que ella estaba recibiendo” (Médico, Colombia, # 2)

La residencia, aquellos que se encuentran una mayor cantidad de años en el país, mencionaron contar con casa propia, mientras quienes llevan menos tiempo, por el momento se encuentran arrendando pero no descartan comprar casa en la medida que vayan regularizando los temas que tienen pendientes.

En términos generales podemos señalar que una vez que ocurre la llegada y se establece la residencia en Chile, se reconstituyen los lazos con la sociedad de origen y ocurre un proceso de reorganización de la vida social. La reconstitución de estos vínculos ocurre partir la comunicación constante con familiares, amigos y colegas en el lugar de llegada; la realización de viajes periódicos; y el envío habitual de dinero periódico para el cumplimiento de ciertos objetivos, lo que permitido sobrellevar el distanciamiento, informarse y mantener ciertas costumbres. Producto de estas relaciones, se ha logrado contar con la capacidad de desarrollar capital social, el cual se va acumulando, estableciendo así un vínculo entre el lugar de origen y de llegada que es favorable para el desarrollo de próximas migraciones. Expresión de aquello, es el contacto mantenido con médicos que aun residen en el país de origen, quienes, mediante este nexo, se informan de las oportunidades y barreras que presenta Chile, puesto que sigue siendo un destino de residencia atractivo para los médicos.

En cuanto a la reorganización de la vida en Chile, los médicos migrantes reconocen que la profesión les ha favorecido en su incorporación e integración al país en distintos ámbitos sociales, disminuyendo la experiencia de situaciones adversas. En los vínculos interpersonales y afectivos, se han logrado constituir relaciones de amistad en Chile, tanto con chilenos como con extranjeros, primando en ambas el criterio profesional como aspecto preponderante para dicha unión. No obstante ello, la mayoría manifiesta que el tiempo libre es empleado primordialmente en la familia, más que para cultivar relaciones de amistad.

En los aspectos culturales, en los aspectos centrales, vale decir, en la religión, el idioma y las costumbres debido a la cercanía cultural presente entre distintos países, aquello no ha representado una situación de ruptura por lo que, salvo pequeñas excepciones, se ha visto favorecido el proceso de incorporación socio-cultural. En otros aspectos culturales, la tendencia ha sido mantener las costumbres y tradiciones de sus lugares de origen e incorporar otras que son de Chile, sobre todo en la alimentación y forma de hablar. Ahora bien, existe una baja participación en organizaciones representativas o sociales, y todos manifestaron acceder a bienes sociales por la cuenta propia, sin la necesidad de requerir ayuda social provista por el Estado, lo que es favorecido por el nivel de ingresos percibido. El hecho de ser médicos, contribuye al proceso de incorporación social.

13. Perspectivas futuras

13.1. Valoración por lo público y expectativas de permanencia en la Atención Primaria de Salud

De los entrevistados, en el corto plazo todos expresan su interés por continuar ejerciendo funciones en el sector público y su desarrollo profesional es pensado en el futuro desempeñándose en este sector. Esto debido a factores que actúan combinadamente, que guardan relación con la vocación o inclinación social de la labor que realizan, dada la estabilidad laboral que reporta desempeñarse en el servicio público o porque es un requisito para acceder a la especialidad.

Respecto a la vocación, en algunos casos es visto como oposición a lo privado, y a la vez que se opta por permanecer en el sector público existe un rechazo a ejercer en el sector privado.

“Quería comenzar por la APS, porque apenas venía a conocer el sistema de salud aquí y no me quería enfrentar a grandes cosas sin haberme adaptado al sistema, sin conocer como funcionaba y como eran sus procesos” (Médico, Colombia #1)

“De verdad que la gente que tiene la posibilidad de trabajar en un lado y se queda en atención primaria es amor al prójimo. Algo muy fuerte, por la verdad que las condiciones no son las mejores, en el trabajo frustra mucho en la medida que no hay herramientas. Las mismas condiciones de la atención primaria la hace menos atractiva para todo médico. La vocación o las ganancias secundarias hace que la persona se quede en atención primaria. Las becas, por ejemplo, son posibilidades de la atención primaria, que la misma atención las va a pagar. Me agunto esas cosas, porque igual obtengo una ganancia al final. “ (Médico, Colombia #2)

“En el sector privado institucional nunca quise trabajar, porque el trato con los otros médicos no es el mejor: discriminan mucho” (Médico, Bolivia)

“Mi plan es poder desempeñarme siempre en el sector público, porque es aquí donde existen las mayores necesidades de atención. No así en el sector privado” (Médico, Cuba)

Si bien los médicos entrevistados no tienen inconvenientes formales para poder desempeñarse profesionalmente en el sector privado institucional, una mayoría de ellos manifiesta que no es de su interés en el corto plazo cumplir funciones en este sector. En solo una de las entrevistas se manifestó abiertamente la intención de poder ejercer funciones a futuro en el sector privado. Para este caso, existe concordancia entre las razones que dieron inicio a la experiencia migratoria y el sector donde les interesaría ejercer funciones, pues cuando en la decisión de migrar primaron las expectativas económicas existe mayor propensión a desempeñarse en el sector privado debido a que presenta remuneraciones más altas.

“mi plan de hacer el pos grado requiere que esté trabajando en el sistema público ... pero me interesaría trabajar en el sector privado porque se gana más” (Médico, Venezuela)

Otro factor de permanencia en el sector público es la especialidad, dado que si se accede a la formación en una especialidad es requerimiento de ello cumplir funciones aquí. En este sentido, en la mayoría de los casos también es de interés de los médicos poder seguir ejerciendo funciones una vez que concluyan su periodo formativo puesto que el grado de resolutivez clínica y complejidad que tienen los establecimientos públicos permite lograr un mayor perfeccionamiento y acceder a más competencias profesionales en las áreas de especialización,

criterio que también aplica para aquellos médicos que cuentan con especialidad y aun no la han validado.

Un último aspecto a considerar, dice relación con aquellos médicos que se encuentran una gran cantidad de años en Chile, poseen el título validado y durante toda su estadía se han desempeñado en el sector público. Para ellos, ejercer labores en el servicio público reporta estabilidad laboral y un nivel confortable de bienestar individual. Si bien, en algunos de estos casos, las labores que prestan en el sector público son combinadas con la consulta privada, de manera complementaria a las remuneraciones y efectuada de forma individual, no es de interés para ellos poder desempeñar funciones en el sector privado institucional

La proyección de funciones en la Atención Primaria, para ninguno de los entrevistados constituye un problema continuar ejerciendo labores en este nivel. No obstante ello, en términos de movilidad profesional, para la gran mayoría resulta atractivo poder cumplir funciones en otros niveles de atención ya sea para poder optar a especialidad o ejercer la especialidad con la que ya cuentan.

“he conocido cosas muy bonitas a través de la atención primaria que no había experimentado porque no lo había trabajado, porque desde que salí había rechazado la atención primaria y que aquí vine a conocer, pero siempre me he inclinado por otras cosas que me gustaría volver a ver, que es la atención secundaria, o la atención en urgencias, cosas que son de mayor complejidad.” (Médico, Colombia, # 2)

“Me interesaría [trabajar en] la Atención Secundaria, porque me gustaría hacer cirugía y esa parte en la atención primaria se ve más limitada, pero siempre en el sector público” (Médico, Cuba)

“Me interesaría estar en la atención secundaria para optar a alguna especialización” (Médico, Ecuador #3)

“Como me proyecto como especialista, y por lo general en la atención primaria son muy pocos, entonces lo mas seguro es que no continúe siempre estableciéndome en atención primaria.” (Médico, Colombia #1)

Sin embargo, para otros es de su interés seguir ejerciendo funciones en la Atención Primaria, ya sea porque se encuentran desempeñando la especialidad que estudiaron – como es el caso de los médicos de familia- o que por edad le resulta difícil acceder a alguna especialidad y al no contar con ella, resulta más difícil cambiar de nivel asistencial

“Por el momento me interesaría seguir trabajando en la Atención Primaria, aunque siempre he querido optar a alguna especialización” (Médico, Ecuador #3)

También existe el caso de aquellos médicos que cuentan con especialidad y no la han validado porque, entre otros motivos, manifiestan que la atención secundaria y/o terciaria no se encuentra tan desarrollada en el área en que se especializaron.

"Alguna vez he intentado, pero nunca me he motivado de validarlo acá, porque los centros geriátricos que hay acá todos están empezando, gran campo laboral no existe para la geriatría. Lo que si hay es una gran demanda, ya que hay mucho adulto mayor que atender Tendría que dar un examen en la CONACEM lo que pasa que acá la especialidad de geriatría es una sub especialidad, dos años hacen acá y tres de medicina interna" (Médico, Bolivia)

13.2. Retorno al país de origen

Consultados respecto a la intención de volver a sus respectivos países de origen, las opiniones no son del todo unánimes. Así, mientras algunos manifestaron expresamente su intención de radicarse definitivamente en Chile; otros, mencionaron su intención de volver. Dentro de estos últimos, se encuentran aquellos que llevan una gran cantidad de años en el país y les interesaría en algún momento volver a su país de origen, y otros que vinieron con la intención de realizar su especialidad por lo que su regreso está sujeto al cumplimiento este propósito.

Entre quienes han decidido radicarse definitivamente, impera la sensación de que el proceso de incorporación y adaptación ha sido el adecuado. De modo que se proyectan individual y familiarmente en el país, lo que tiene más peso entre aquellos médicos que tienen hijos que nacieron en Chile o aunque nacieron en otro país, se han incorporado de buena manera al sistema educacional chileno. En este sentido predomina un interés por el desarrollo familiar y el bienestar individual y colectivo pensado en el futuro.

"Nada va a ser perfecto, de pronto yo tenía unas expectativas muy grandes, pero tampoco las cosas han sido demasiado malas, yo conseguí trabajo pronto, tengo un techo, he tenido trabajo estable desde que llegue, no he tenido problemas con los usuarios ni con mis compañeros de trabajo" (Médico, Colombia #1)

"Nos interesaría quedarnos en Chile, ya nos hemos incorporado bien aquí, compramos casa y nos gusta el país ... en lo que respecta a educación, es un mejor lugar que allá" (Médico, Ecuador #3)

"Me quiero quedar de manera indefinida, y tener familia aquí y comprar cosas aquí. " (Médico, Venezuela)

Aquellos que en cambio, tienen proyectado regresar a su lugar de origen, esta opción es pensada en el largo plazo y, algunos de ellos, supeditan esta alternativa al cumplimiento de ciertas metas. De modo tal que, aquellas personas que llevan una mayor cantidad de años en el país, piensan en retornar en algún momento sin definir exactamente la fecha en que esto puede ocurrir, pensando en ello como posibilidad más que en una certeza.

*“Yo creo que si, uno cumple un ciclo o una meta, pero no sé cuándo”
(Médico, Ecuador #1)*

*“Completar este proyecto y probablemente me regrese a mi país”
(Médico, Ecuador #2)*

*“Si, está dentro de mis planes, llevo 19 años y tengo una red grande”
(Médico, Bolivia)*

Mientras aquellos que dentro de sus planes se encuentra acceder a una especialidad, condicionan su retorno a la finalización de este periodo. Vale destacar que muchas de las personas que cuentan con una estadía más larga en el país, vinieron con la intención de optar a una especialidad y regresar a sus países una vez que se cumpliera este objetivo. En la mayoría de los casos esto no fue posible y, aun así, decidieron permanecer en el país, motivado por el grado de incorporación que habían alcanzado en las distintas esferas.

Las proyecciones profesionales y de retorno que tienen los profesionales médicos existe una gran preferencia para continuar desarrollando funciones en el sector público sea por vocación, estabilidad laboral o por desarrollo profesional. Respecto a la permanencia en la atención primaria, mayoritariamente resulta atractivo poder ejercer funciones en la atención secundaria debido a su resolutivez o para acceder alguna especialidad.

En el caso del retorno, aunque muy pocos descartan la opción de retornar a su país de origen, todos proyectan el desarrollo de su carrera profesional o parte de ella en Chile, subordinando la posibilidad de volver al cumplimiento de ciertas metas u objetivos, que mayoritariamente tienen que ver con el desarrollo profesional. Los casos en que se manifiesta que el proyecto migratorio es de tipo permanente, existe correspondencia que en las expectativas migratorias primaron fundamentos de tipo económicos.

VII. CONCLUSIONES:

Durante las distintas fases del proceso migratorio, ya sea al asumir la decisión migratoria o una vez que ocurre la llegada, existe una relación directa entre el cumplimiento de expectativas de tipo formativas y de ingresos, y la disposición de alcanzar estas mediante la acción migratoria. En ello, intervinieron factores de tipo contextuales que, por una parte, estimularon la idea de dejar el país de origen y, por otra, incentivaron la idea de elegir a Chile como país de acogida. De modo que la migración de los médicos, fue el resultado del cruce entre expectativas profesionales y elementos propios del entorno, tanto del país de origen como del país de llegada, identificados positiva y negativamente respectivamente.

Los médicos entrevistados señalaron que los problemas iniciales con los que se encontraron una vez que ocurrió el arribo a Chile, estuvieron relacionados con la regularización de la estadía, el arriendo, la obtención de un empleo satisfactorio y la validación del título. No obstante ello, sólo a excepción del proceso de validación, fueron temas resueltos en el corto plazo, sin reportar mayores complicaciones. Ahora bien, el retraso en la validación del título, ha constituido la principal dificultad para el logro de las expectativas formativas y para la movilidad profesional de los médicos extranjeros, pues ha dificultado los objetivos de especialización y también ha limitado las posibilidades para ejercer labores en niveles asistenciales distintos a la Atención Primaria, siendo una barrera para la integración profesional.

En cuanto a la incorporación sociolaboral, existe una percepción favorable respecto a cómo se ha efectuado el proceso migratorio en el ámbito del trabajo, ya sea en cuanto condiciones de empleo, al ambiente y el entorno laboral, existiendo además la percepción de que existe reconocimiento del trabajo que realizan y cuentan con autonomía para ejercer su profesión. Las relaciones de trabajo establecidas han facilitado el ejercicio de su profesión dado que las funciones que desarrollan habitualmente, se dan en un marco de buen clima laboral y de un trato colaborativo con los directivos, colegas y colaboradores. En la relación cotidiana que se establece con los pacientes, los médicos señalan que existe confianza respecto al trabajo que realizan y un buen trato de parte de ellos, aun cuando pueden haber existido ciertas desconfianzas iniciales en un número menor de pacientes, las que fueron superadas a partir del trabajo.

En lo que respecta al salario, aunque todos concluyen que estos son mayores a los que obtenían cuando ejercían en sus respectivos países, la magnitud de esta diferencia se relativiza al ser comparado con lo que ganan los médicos que se desempeñan en otros niveles asistenciales y con el costo de vida en Chile. A la par de ello, existe la percepción de que no cuentan con las mismas posibilidades que los médicos chilenos para desarrollar su carrera profesional, dado no contarían con igual libertad para impartir funciones, dado que, tal como se mencionó

anteriormente, es en la Atención Primaria donde concentran sus funciones, existiendo pocas posibilidades de movilidad. Uno de los factores que ha influido de manera más gravitante en esta situación, ha sido el retraso en la validación del título y que ha postergado el objetivo de la especialidad, que fue aquello que dio sentido inicial a la acción migratoria. El motivo por el cual este proceso se ha visto retrasado, ha sido principalmente por dificultoso que ha sido aprobación del EUNACOM. Ahora bien, vale tener en cuenta que la Atención Primaria aunque aparentemente cuente con una valoración menor por parte de los médicos chilenos, a nivel social y en términos generales de empleo, constituye un sector que presenta estabilidad, buenas remuneraciones y autonomía.

En cuanto a la forma en que ha operado el proceso de reorganización de la vida social y el restablecimiento de los lazos la sociedad origen, la comunicación con las personas cercanas que aun residen en sus respectivos países se ha mantenido constante independientemente de la cantidad de tiempo que lleven residiendo en Chile, lo que ha significado que no exista un ruptura con su lugar de origen y se preserven los lazos, las costumbres y eventos importantes, disminuyendo así el efecto de la distancia y transmitiendo información de la experiencia migratoria, siendo un tema de interés sobre todo en los médicos que continúan residiendo y trabajando en sus países de procedencia. En lo respectivo al desarrollo de la vida social en Chile, han podido insertarse de buena forma y generar vínculos de amistad estando en el país, aun cuando en estas situaciones ha prevalecido la dimensión profesional en la selección de amistades y lo familiar en la ocupación del tiempo. En lo relativo a los aspectos culturales propiamente tal, se tiende a mantener las prácticas culturales centrales y, mayormente en la esfera privada la práctica de costumbres propias del lugar de origen.

En término de acceso a bienes o derechos sociales, todos los médicos entrevistados manifestaron que actualmente se encuentran accediendo a estos servicios de manera privada, debido a que, por un lado, cuentan con los medios para acceder al sistema privado; y por otro, dado que existe la percepción que estos son de mayor calidad. En la participación cívica, es muy poca la adhesión a algún organismo de representación social, como lo son organizaciones sociales, gremiales o profesionales.

Por último, en cuanto la proyección futura, la mayoría de los médicos tienen el interés por continuar desempeñando funciones en el sistema público, aunque es deseable para ellos, por movilidad profesional y/o especialización, cumplir labores en la atención secundaria. Respecto a la posibilidad de retorno, esta definición es más bien flexible, pues si bien la gran mayoría no descarta la posibilidad de regresar a su país de procedencia, esto es visto como un objetivo a alcanzar en el mediano o largo plazo, sin contar con una fecha definida, estando sujeto al cumplimiento de ciertas metas.

A modo de conclusión, de acuerdo a lo que indican los entrevistados, el proceso de incorporación laboral y cultural de los médicos extranjeros que se encuentran desempeñando funciones en los consultorios de la comuna de Santiago, ha contado con ciertas características comunes. La característica compartida por ellos, dice relación con la primacía de las dimensiones profesionales y familiares en los distintos momentos en los que ocurre la migración, constituyendo el criterio de evaluación permanente para las decisiones presentes y futuras. Dichas dimensiones aplican para los distintos momentos del acto migratorio, pues constituyen aspectos comunes y transversales que prevalecen al asumir la decisión de migrar y seleccionar el país de llegada; definir los mecanismos de incorporación social y cultural; y evaluar las perspectivas de retorno. A partir del criterio profesional se conjugan las expectativas individuales propiamente tal, con aquellas que se encuentran más enfocadas hacia la consecución de objetivos de tipo grupal o familiar. Derivando en la asociación entre las dimensiones profesionales y familiares donde, según indican los entrevistados, el proyecto profesional es asumido como propio por el grupo familiar, tanto en aquellos casos en los que el o la cónyuge son médicos, como en aquellos en que tienen ocupaciones distintas.

Respecto al modo de incorporación de los migrantes, una vez que ocurrió la llegada a Chile, éstos últimos no debieron enfrentarse a la disyuntiva de decidir entre dejar o mantener su cultura de origen y, en lo general, primó una actitud de integración manifestada en los ámbitos socioeconómicos, la vida social y en los aspectos culturales. De esta manera, se ha exteriorizado la disposición de integrarse sin abandonar los aspectos culturales e identitarios propios.

Conviene subrayar que en la práctica, el criterio profesional ha tendido a anteponerse a la dimensión étnica propiamente, lo que se ha ejemplificado en los tipos de relaciones interpersonales que los médicos han ido construyendo en Chile, donde han privilegiado la relación entre colegas y son pocos los que participan de organizaciones de tipo étnico-culturales

Ahora bien, de todo estos ámbitos, en el cual se ha alcanzado un grado mayor de integración corresponde al socioeconómico o laboral, lo que amplía el alcance de la dimensión profesional de la migración. Esto debido a que la condición profesional, les ha permitido acceder a una ubicación elevada tanto al interior de la organización del trabajo, así como también a nivel social. No obstante ello, el estatus alcanzado al interior de la sociedad y de la organización del trabajo, no se expande al interior de la profesión médica donde no han logrado incorporarse plenamente. Como se ha mencionado durante toda esta investigación, la gran dificultad que han debido enfrentar los médicos extranjeros para su incorporación, ha sido la validación del título, cuestión que a su juicio trajo repercusiones para sus expectativas de formación y desarrollo profesional. Es por lo anterior que existe

la percepción que el proceso de incorporación profesional ha sido parcial, y no está presente una situación de equidad con respecto a sus pares chilenos, pues consideran no contar con la misma opciones de movilidad profesional. Y que se demuestra que aun cuando pueden ejercer profesionalmente, mayoritariamente en un sector que es subvalorado por parte de los médicos y no logran acceder de manera plena a la profesión, no pudiendo optar a las mismas oportunidades que sus pares chilenos.

Respecto a los elementos propios del contexto que han sido evaluados como una ventaja o limitante para la incorporación, se puede decir que salvo excepciones, a juicio de los entrevistados, no han encontrado mayores obstáculos en materia laboral, residencial o de servicios, no existiendo mayores dificultades en estas materias. Vale consignar que estos aspectos han sido resueltos gracias a que los niveles de ingresos le han permitido ir accediendo a estos aspectos por su propia cuenta. En términos generales, la dimensión profesional y los niveles de ingresos, percibidos en Chile, favorecieron que primara una actitud de inclusión en el país, lo que viene a reafirmar la hipótesis sostenida inicialmente.

Por último se debe señalar que aun cuando las expectativas que dieron curso al proyecto migratorio, en la mayoría de los casos no han sido concretadas, ello no es determinante a la hora de determinar un retorno anticipado al lugar de origen, ya sea porque persiste la disposición de alcanzar estos objetivos o bien porque hay una buena evaluación de su proceso de incorporación, y es visto como un lugar adecuado para proyectar su vida. La migración no es vista como un acto definitivo por lo que el retorno o la búsqueda de un nuevo lugar de residencia, es una opción que se mantiene abierta. Además de ello, se ha evidenciado que el factor económico/remuneraciones, aunque ha desempeñado un papel importante durante el proceso migratorio, sobre todo en lo que respecta a la incorporación social al país, no ha orientado el desarrollo profesional de los médicos, puesto que en la mayoría de ellos esta presente la voluntad de seguir desempeñando funciones en el sistema público, aun cuando perciban menores ingresos que en el sector privado.

Para terminar podemos señalar hay aspectos que se podrían seguir desarrollando, como por ejemplo, analizar de manera comparada los procesos la incorporación de grupos profesionales distintos o estudiar los modos de incorporación de los médicos en otros niveles asistenciales. Así también, un aspecto que se pudo evidenciar en la presente investigación, tuvo que ver con el carácter diferenciado que tiene la migración médica dependiendo de la nacionalidad de procedencia, sobretodo desde la perspectiva de la sociedad chilena. Es por ello que también sería de interés profundizar respecto a los modo de incorporación de los médicos según el país de origen.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, C., Becker, I., Ayala, T., Peredo, C. (2016). Perfiles Migratorios, Contextos Laborales y Discriminación: Sobre el Carácter Heterogéneo del Colectivo Ecuatoriano en Chile. *Revista Rumbos*, Escuela de Trabajo Social, Universidad Central de Chile, pp.133-151. Recuperado de <http://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/viewFile/405/369>
- Abu-Warda, N.(2008) Las Migraciones internacionales. *El Islam Hoy*, Revista en Internet. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/ILUR/article/download/ILUR0707550033A/25848>.
- Agencia Uno. (04 de abril de 2017). Entrevista a Enrique Paris, Soy Chile, Recuperado de <http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2017/04/04/456026/Colegio-Medico-y-la-extension-de-permiso-para-doctores-sin-Eunacom-Es-un-error-grave.aspx>
- Andréu, J (2001). Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. Documento de trabajo, pp.1-34. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Arango, J. (1985). Las leyes de las migraciones de E. G. Ravenstein, cien años después. *REIS*, (32), pp. 7-26.
- Arango, J. (2003). La Explicación teórica de las migraciones: Luz y sombra. *Migración y Desarrollo*, (1) , pp. 1-30.
- Araujo, L. (2015). Migración de Profesionales. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 41, (1), pp.152-164.
- Aruj, R. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de Población*, CIEAP-UAEM, n° 55, 2008, pp.95- 116.
- Blanco, C. (2001). La integración de los inmigrantes: Fundamentos para abordar una política global de intervención. *Migraciones*, (10), pp. 207-248.
- Blanco, C. (2006). Las migraciones internacionales y su impacto social: La integración y sus modelos, en Soto, P. (Dir.), *Hacia el aula intercultural. Experiencias y referentes*, Madrid, MEC, pp.41-64.
- Blanco, C. (2007). Trasnacionalismo. Emergencia y fundamentos de una nueva perspectiva migratoria. *Papers* (85) pp. 13-29. Recuperado de <http://papers.uab.cat/article/view/V85-blanco/1973>
- Bonilla, A. (2012). La Construcción imaginaria del Otro Migrante. *Cuadernos de la Facultad Humanidades y Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de Jujuy, (42), pp.21-34. Recuperado de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042012000100002

Bourdieu, P. (2013). Las estrategias de la reproducción social. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.

Browne, E., De la Barra, a., Goic, A., Gómez y J., Gyarmati, G (1984). Las Profesiones: Dilemas del conocimiento y del poder., Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1984.

Carrillo, A. (1998) Profesiones Sanitarias y Lucha de Poderes en el Siglo XIX. Departamento de Salud Pública, UNAM, vol.2, pp.149-168.

Casasa, P. (2008) Migración e identidad cultural. Migración, Revista Trabajo Social, pp. 35-48. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/20184>.

Cascon, R., Kirkpatrick, I., y Exworthy, M. (2017). El estatus de profesión médica: ¿Reforzado o debilitado por la nueva gestión pública?, Tarradona, vol.31, (3), pp.273-275

Castel, R. (2010). El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones y estatuto del individuo. Buenos Aires, Argentina: Fondo Económico de Cultura

Castells, M., y Borja, J. (2004). La ciudad Multicultural. Políticas para la Interculturalidad. Vol.118, (9), pp. 115-128

Castles, S (1998). Globalización y migración: algunas contradicciones urgentes. Revista internacional de Ciencias Sociales, (156) . Recuperado de <http://www.ub.edu/prometheus21/articulos/nautas/18.pdf>.

CEPAL-OIT. (2017). Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe: la Inmigración laboral en América Latina. (16). Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41370>

Cortina, A. (2006) Universalizar la aristocracia: por una ética de las profesiones. Revista de Santander, Edición 1, pp.54-66.

Cortina, A. y Conill, J. (2000). Diez palabras clave en ética de las profesiones. Navarra, España: Verbo Divino.

Derruan, M. (1974). Tratado de Geografía Humana, Barcelona, España: Vicens.

Dubet, F. (2007). La experiencia sociológica. Barcelona, España: Gedisa

Elizalde, A., Thayer, L., Córdova, L., Migraciones Sur-Sur. Paradojas Globales y promesas Locales. Polis. Revista Latinoamericana, V. 12, N°35, 2013, p.7-13.

Farías, P. (2007). Cambios en las distancias culturales entre países: Un análisis de las dimensiones culturales de Hofstede. *Estudios gerenciales*, Vol. 23, n°52, pp. 85-103.

Freire, A., y Masanet, E. (2013). Médicos Latinoamericanos en Cataluña: Procesos de integración y desarrollo profesional. *REMHU- Rev*, (41), p.225-240, jul/dic, 2013.

García Abad, R. (2003). Un estado de la cuestión de las teorías de las migraciones. *Historia Contemporánea* n° 26, pp. 329-351. Recuperado de <http://www.ehu.es/ojs/index.php/HC/article/view/5455/5307>.

García Vásquez, M., (2008). Actitudes de Aculturación ante la inmigración. Opiniones de Agentes Sociales en el Municipio de Vicar. *Nimbus*, (21-22), pp.121-132.

García, M y Villafuerte, D. (2014). Migración, derechos humanos y desarrollo. Aproximaciones desde el sur de México y Centroamérica. Chiapas, México: UNICACH.

Goldstein, E. (2017) El EUNACOM y la habilitación de médicos titulados en el exterior. Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, abril 2017. Biblioteca del Congreso Nacional. Recuperado de https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/24727/1/BCN_EG_Eunacom_y_medicos_extranj_20170404.pdf

Gómez, J. (2010). La Migración Internacional: Teorías y Enfoques una mirada actual. vol.13, (26), pp.81-100. Recuperado de <http://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/266/249>

González, M. (2001). Migraciones y teoría social. Algunas consideraciones. *Laberinto*, (7), año 2001. Recuperado de <http://laberinto.uma.es/Lab7/Lab7Art2Mencia.htm>.

Hernández, Juan. 2012 Sociología de las profesiones sanitarias [Internet]. Madrid, Escuela Nacional de Sanidad;. Recuperado de http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500642/n6_9_Sociologia_de_las_profesiones_sanitarias.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación, , Quinta edición, México, D.F., México: Mc Graw-Hill.

Jiménez, R. (1998). Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Kymlicka, W. (1996). Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías, Barcelona, España: Paidós.

- León, L. (2015). Análisis Económico de la Población: Demografía. Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" Departamento Académico de Economía de la FACEAC. Recuperado de <https://web.ua.es/es/giecryal/documentos/demografia-peru.pdf?noCache=1424676080482>
- Martínez, J. (2010). Migración Calificada y Crisis: una relación inexplorada en los países de origen. Migración y Desarrollo. CELADE, vol. 7,(15), pp. 29-154.
- Martínez, M. (2011) ¿Es el multiculturalismo es bueno para los inmigrantes?. REIS (135), Madrid, pp.27-45, doi:10.54777/cis/reis.135.27
- Martinez, U. (2000) Teorías sobre las Migraciones. Migraciones & Exilios: Cuadernos de la Asociación para el estudio de los exilios y migraciones ibéricos contemporáneos UNED: Facultad de Geografía e Historia. Departamento de Historia Contemporánea 2000. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2328060>
- Masanet, E. (2010). La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: Una aproximación general. Obets, Revista de Ciencias Sociales vol. 5, (2), pp.243-267
- Massey, D., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., Edward, J. (2004). Teoría de la migración: una revisión y aproximación. Population and Development Review, Vol.19, (3). Recuperado de <http://www.ugr.es/~redce/REDCE10/articulos/14DouglasDMassey.htm#uno>
- Mayta, P., y Dulanto, A. (2007). Prevalencia y factores asociados con la intención de emigración en internos de medicina de una universidad pública, Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública , vol.25, (3), pp. 274-278. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a03v25n3.pdf>.
- Milcota, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. Revista del departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad nacional del Colombia, N°7, pp.59-76.
- Mondaca, C., y Gajardo, J. (2015). Interculturalidad, migrantes y educación. Revista de Historia, Geografía y Cultura Andina, (47), pp.3-6.
- OECD. (2014). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- Pantoja, A. (Coord.). (2015) Manual básico para la realización de tesina, tesis Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. Madrid, España: EOS.
- Pardo, A. (2009). Los intereses de la clase médica. Departamento de Humanidades Biomédicas, Revista de Medicina Universidad de Navarra, vol. 53,(3), 17-19.

Pedone, C. (2004) "Tú siempre jalas a los tuyos". Cadenas migratorias de las familias ecuatorianas hacia España (Tesis doctoral) Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Barcelona, España.

Pellegrino, A. & Calvo, J. (2001). ¿Drenaje o éxodo?, Reflexiones sobre la migración calificada. En Movimientos Migratorios: Convivencia o Intolerancia. Seminario llevado a cabo en la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Pellegrino, A. (2004). La inmigración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Pesantez, B. (2006). Las Redes Familiares en el Proceso Migratorio de los ecuatorianos a España. Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, Universidad de Alicante, (14), pp.15-34. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6503/1/ALT_14_02.pdf

Retortillo, A., Ovejero, A., Cruz, F., Lucas, S., y Arias, B. (2006). Inmigración y Modelos de Integración: Entre la asimilación y el Multiculturalismo. Revista universitaria de ciencias del trabajo, (7), pp.123-139. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11345>

Retortillo, A., y Rodríguez, H. (2008) Inmigración, aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones, Vol.24, (2), 187-202.

Retortillo, A., y Rodríguez, H. (2010) Estrategias de aculturación y adaptación psicológica en un grupo de inmigrantes. Apuntes de Psicología, vol.28 (1) pp.19-30. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/181/183>

Rodríguez, J. (1979). El Poder médico desde la Sociología. Reis Vol.14, (81), pp.95-112.

Rojas, N., y Vicuña, J. (2014). Migración y Trabajo. Estudios y propuestas para la inclusión sociolaboral de migrantes en Arica Ciudadano Global. Santiago, Chile: Organización Internacional para las Migraciones.

Ruiz de Lobera, M. (2004). Inmigración, diversidad, integración exclusión: conceptos clave para el trabajo con la población inmigrante, Estudios de Juventud, (5), pp.11-21.

Sección Estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2015). Estadísticas Migratorias del Departamento de Extranjería y Migración.

- Segura, D. y Bijit, K. (2014). Barrios y población inmigrantes: el caso de la comuna de Santiago. *Revista INVI*, vol. 29, (81), 19-77
- Sen, A. (2009). *La idea de Justicia*. Buenos Aires, Argentina: Santillana
- Solé, C., Parella, S., y Calcavanti, L. (coords). (2008). *Nuevos retos del Trasnacionalismo en el estudio de las migraciones..* Madrid, España: Observatorio Permanente de la Inmigración.
- Solé, C., Alcalde, R., Point, J., Lurbe, K., y Parella, S. (2002) . El concepto de integración. *CEDIME*, (12), pp.9-41.
- Solé, C., y Cachón, C. (2006) : *Globalización e inmigración: los debates actuales*. *Reis* vol.116, (06), pp.13 -52.
- Solimano, A. (2013). *Migraciones, capital y circulación de talentos en la era global*. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Sotomayor, R. (2007). *Globalización y responsabilidad de los países en desarrollo: El caso de la migración de los profesionales de Salud*. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública* 2007 vol. 24 (3), pp. 300-306. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v24n3/a16v24n3.pdf>.
- Stefoni, C. (2001) *Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Stefoni, C. (2011b) *Perfil Migratorio en Chile*. . Buenos aires, Argentina: Organización Internacional para las Migraciones
- Stefoni, C., (2011a), *Mujeres inmigrantes en Chile, ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud, (2016). *Informe sobre Brechas de Personal de Salud, por Servicio de Salud*. http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf.
- Superintendencia de Salud. (2017). *Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud Período: 1 de abril de 2009 al 30 de junio de 2017*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-16136_recurso_1.pdf
- Taylor, S y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Thayer, L. (2016). *Migración, Estado y Seguridad. Tensiones no resueltas y paradojas persistentes*. *POLIS, Revista Latinoamericana*, vol15, (44), pp.1-17.

- Tijoux, M. y Cordova, M. (2015) Racismo en Chile: Colonialismo, nacionalismo y capitalismo. Polis, Revista Latinomaericana, vol.14, (42), pp.7-13. Doi: 10.4067/S0718-65682015000300001
- Torres-Quevedo, R (2016). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. Revista Chilena de Cirugía, Sociedad de Cirujanos de Chile (68), pp.68-69.
- Urteaga, E (2008). Sociología de las Profesiones: Una teoría de la complejidad, Lan Harremank, (18), pp.169-198.
- Walter, I., Sefoni, C, y Márquez, F. (2016). Rutas Migrantes en Chile. Habitar, Festejar y Trabajar. Colección Antropológica, IEURE, vol. 42. (127). Septiembre 2016, pp. 341-345.
- Weber, M. (1985). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Buenos Aires, Argentina: Orbis .
- Zaguirre A. (2004). Los procesos migratorios: alternativas al discurso dominante. Madrid, España: Fundación Alternativas.