

## Globalización del mercado laboral de los profesionales de la sanidad

Paul F. CLARK\*, James B. STEWART\*\* y Darlene A. CLARK\*\*\*

Los profesionales de la salud emigran desde hace tiempo de los países en desarrollo a los desarrollados para aprovechar las oportunidades profesionales y personales que éstos les brindan, y el fenómeno se ha intensificado mucho durante los últimos años. La escasez de enfermeras, médicos, farmacéuticos y otros profesionales del sector ha fomentado la emigración tanto desde los países más necesitados a los más prósperos como dentro del mundo de los países pobres y del de las naciones ricas. En consecuencia, el mercado de trabajo mundial de los profesionales de la salud se expande cada vez más.

Esta globalización del trabajo del sector ha lastrado la capacidad de muchos sistemas sanitarios nacionales de prestar unos servicios que son fundamentales para los ciudadanos. Las consecuencias más severas se están sintiendo en las naciones menos adelantadas, donde la emigración aumenta de forma espectacular. Debido a su carácter disfuncional y a que adolecen de una insuficiencia grave de recursos, los sistemas sanitarios de estos países no pueden competir eficazmente en el mercado de trabajo mundial. La consiguiente «fuga de cerebros» agrava la situación ya desesperada de sus sistemas sanitarios respectivos, lo cual impulsa todavía más el éxodo de los profesionales.

En el presente artículo estudiaremos la globalización del mercado de trabajo de los profesionales de la sanidad. Presentaremos datos que demuestran la escasez mundial de trabajadores del sector, relativos, sobre todo, a las enfermeras tituladas y los médicos. Nos valdremos de diversos marcos teóricos y teorías de la migración para examinar de qué manera esta escasez mundial, unida a otros factores, alienta las corrientes

---

\* Catedrático del Departamento de Estudios sobre Trabajo y Relaciones Laborales de la Universidad Estatal Penn (Pennsylvania); dirección electrónica: pfc2@psu.edu. \*\* Catedrático del mismo departamento; dirección electrónica: js8@psu.edu. \*\*\* Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal Penn; dirección electrónica: dac128@psu.edu. El Centro de Investigación Africana de la misma universidad prestó ayuda económica al presente estudio.

migratorias en todo el mundo. Las teorías relativas al capital humano, al colonialismo y a la globalización nos servirán para esclarecer las dinámicas de los niveles micro y macro que mueven el mercado mundial de profesionales de la salud, y para explicar las ventajas e inconvenientes que conllevan en los países ricos y en el mundo en desarrollo. Haremos hincapié en los perjuicios que causa la emigración de estos trabajadores en la calidad de la atención sanitaria de los países menos prósperos. Para terminar, estudiaremos las estrategias que pueden adoptarse a fin de hacer frente a las consecuencias que entraña para los profesionales de la salud este mercado mundial carente de reglas.

### Escasez mundial de profesionales de la sanidad

Los sistemas sanitarios de todo el mundo están en crisis. Tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, estos sistemas pugnan por atender las necesidades de la población que depende de ellos, pero tropiezan con muchos obstáculos, entre los cuales se destaca la escasez de profesionales.

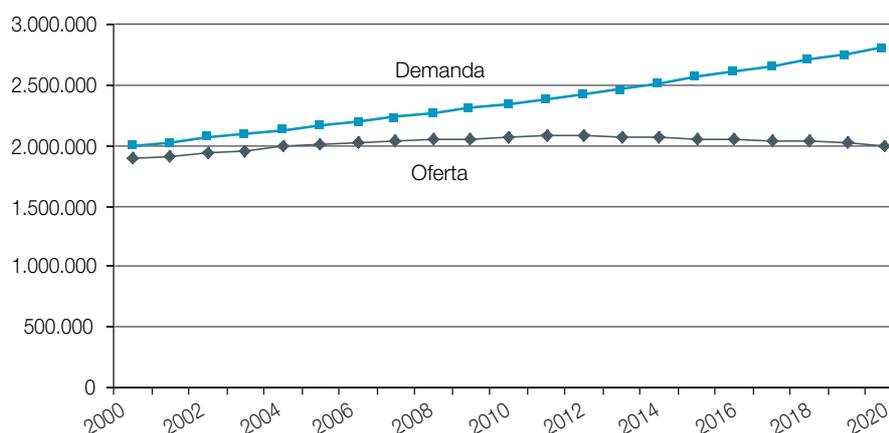
En los países desarrollados, los sistemas sanitarios nacionales sufren de manera periódica problemas de escasez de enfermeras o de médicos que se deben simplemente, por lo general, a que la demanda crece con mayor rapidez que la oferta. Estos problemas se corrigen muchas veces con medidas que mejoran la situación de estos profesionales y dinamizan el mercado de trabajo. Por el contrario, los países en desarrollo sufren desde hace tiempo una escasez crónica en este ámbito, cuya causa más frecuente es la falta de recursos que impide la formación (o el readiestramiento profesional) de un número suficiente de enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud.

Una serie de cambios demográficos y sociales acaecidos en los últimos años han agravado el problema, hasta el punto de que muchos observadores prevén una escasez considerable y duradera de profesionales sanitarios, tanto en los países desarrollados como en el mundo en desarrollo. Resulta especialmente grave la escasez casi universal de enfermeras tituladas, debido a que aumenta la demanda y disminuye la oferta. Muchas naciones sufren también una notable escasez de médicos.

Las enfermeras tituladas constituyen normalmente el grupo profesional más numeroso de los sistemas de atención sanitaria. Como puede verse en el gráfico 1, en los Estados Unidos trabajan unos dos millones de enfermeras tituladas y, por desgracia, la demanda de profesionales es superior a la oferta. Se prevé que la escasez de enfermeras se intensificará de casi 150.000 en 2005 hasta más de 275.000 en 2010 y más de 800.000 en 2020 (Departamento de Salud, 2002).

La escasez de enfermeras en los Estados Unidos se debe a varios factores. En primer lugar, la demanda viene creciendo de manera cons-

Gráfico 1. Estados Unidos. Proyecciones de oferta y demanda de enfermeras (puestos equivalentes a tiempo completo) en los años 2000 a 2020



Fuente: Departamento de Salud, 2002, gráfico 1.

tante y se prevé que continuará aumentando en los años venideros. Una causa fundamental de ello es el envejecimiento de la población estadounidense: de 2010 a 2030, la proporción de personas de 65 años en adelante pasará de alrededor del 13 por ciento a un 20 por ciento, aproximadamente. Esta población utilizará una parte desproporcionada de los servicios sanitarios disponibles, por lo que se necesitarán más enfermeras para ocuparse de ella.

En segundo lugar, la oferta de enfermeras ha disminuido en cifras tanto reales como relativas durante los últimos años, por varias razones. Primero, las mujeres, que suponen el 94 por ciento de la profesión en los Estados Unidos, tienen más posibilidades de hacer carrera que antes y no muestran tanto interés por la enfermería (Cherry y Jacobs, 2004). Segundo, dado que disminuye el número de personas que adoptan esta profesión, la edad media de las enfermeras aumenta. En 1980, el 25,1 por ciento de las enfermeras tenía menos de 30 años; en 2000, sólo el 9,1 por ciento pertenecía a este tramo de edad. Las jubilaciones inminentes agravarán este déficit. Tercero, las enfermeras tituladas están cada vez más descontentas de su trabajo y muchas abandonan la profesión debido al agotamiento y el estrés (Aiken y otros, 2001).

Otros países desarrollados sufren una situación semejante de escasez de enfermeras. En Europa los informes disponibles indican que casi todos los países padecen este problema (Gathercole, 2003). El Reino Unido tiene actualmente 57.000 enfermeras menos de las que necesita para el servicio público de sanidad (*The Times*, 2001). La Asociación de

Enfermeras del Canadá ha estimado que en el año 2011 el país podría tener un déficit de 78.000 enfermeras; para el 2016, se teme que la cifra ascienda a 113.000 (RNABC, 2004). Australia sólo podrá cubrir el 60 por ciento de los puestos de enfermera previstos en 2006, según los datos disponibles (Dunn, 2003). Y de la plantilla general de 100.000 enfermeras presupuestada en Arabia Saudita, sólo están cubiertas 54.000 plazas, 1.000 por enfermeras nacionales y 53.000 por extranjeras contratadas fuera del país (Pakkiasamy, 2004).

En los países en desarrollo de Asia, África, Latinoamérica y el Caribe, la situación es todavía más grave, pues prácticamente todos ellos sufren una escasez crónica de enfermeras; el problema que padecen no es cíclico ni nuevo.

En 2003 la Organización Panamericana de la Salud informó de que estaban vacantes el 35 por ciento de los puestos de enfermera en todo el Caribe; la proporción ascendía a casi la mitad del total en Trinidad y Tabago (Clark y Clark, 2004a). Filipinas tenía 30.000 puestos vacantes en 2004 (McKenna, 2004). Malawi informó de que sólo estaba cubierto el 28 por ciento de los puestos en 2003, y Sudáfrica tenía una escasez de más de 32.000 enfermeras este mismo año (PHR, 2004). Según las estimaciones más fiables, el déficit global de los países del África subsahariana supera las 600.000 enfermeras (CIE, 2004).

Las causas de la escasez no son exactamente las mismas en los países menos avanzados que en las naciones prósperas. Los primeros suelen carecer de los recursos necesarios para dar formación a un número suficiente de enfermeras, y tienen menos establecimientos y menos profesores calificados que los segundos. Además, la profesión de enfermera es poco atractiva, debido a que las remuneraciones son muy bajas y las condiciones de trabajo penosas, por lo cual es difícil fomentar las vocaciones y evitar que dejen la profesión. La falta de higiene, la carencia de medicinas, suministros y equipo, el alto número de pacientes por enfermera, la escasez de médicos, las epidemias de sida y de otras enfermedades graves hacen muy penosa la práctica de la enfermería en muchos países en desarrollo (Padarath y otros, 2003).

Puede ser también una profesión peligrosa. Según una encuesta a los sindicatos de enfermeras de noventa y un países (Clark y Clark, 2003), el problema de la violencia o intimidación en el lugar de trabajo es mucho mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. Además de la violencia, la exposición a enfermedades muy contagiosas y mortales reduce la oferta de enfermeras en estas naciones como consecuencia del fallecimiento, la enfermedad o el abandono voluntario de la profesión. Sólo en Zambia perecieron ciento ochenta y cinco enfermeras a causa del sida en 1999, cifra equivalente al 38 por ciento de las enfermeras tituladas durante ese año (Hongoro y McPake, 2004). Estos factores fomentan mucho la emigración de enfermeras a países que ofrecen mejores remuneraciones, prestaciones y condiciones de trabajo.

Muchos países desarrollados y en desarrollo sufren también una escasez de médicos. Los Estados Unidos tienen desde hace tiempo un número insuficiente de médicos en especialidades como cardiología, dermatología y neurología y, más recientemente, medicina familiar. En general, las proyecciones indican que para 2020 los Estados Unidos podrían tener una escasez de 200.000 doctores. Como en el caso de las enfermeras, la oferta de médicos en el país ha disminuido a pesar del aumento de la demanda (Cooper, 2004).

La disminución de las matrículas en las escuelas superiores de medicina es un factor importante que contribuye a la escasez de médicos en los Estados Unidos, pues el número de licenciados descendió todos los años de 1996 a 2002. Otro factor es la enorme subida de las pólizas de seguro frente a las acusaciones de negligencia profesional, que han alejado a muchos doctores de la profesión, sobre todo en campos como la obstetricia y la medicina de urgencia. Además, hay pruebas de que los médicos han reducido progresivamente el tiempo dedicado a su profesión, lo que ha mermado el número de profesionales disponibles para atender a los pacientes en un determinado momento. Algunos otros países desarrollados, como el Canadá y Australia, sufren también escasez de médicos. Con excepción del Reino Unido, parece que este problema no es significativo en los países europeos (Greene, 2001).

Como ocurre con las enfermeras tituladas, los países en desarrollo tienen desde hace tiempo un número insuficiente de médicos para atender las necesidades de su población. Según una estimación, sólo en África hay un déficit de 720.000 médicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que las naciones necesitan un mínimo de veinte doctores por cada 100.000 personas para garantizar al menos la atención sanitaria básica. Pues bien, la propia OMS informó en 2003 de que treinta y un países de África no alcanzaban el nivel mínimo de dotación de personal (Padarath y otros, 2003). De hecho, algunas de las naciones africanas más pobres tienen coeficientes muy inferiores al nivel recomendado por la OMS; por ejemplo, Liberia cuenta con 2,3 médicos por cada 100.000 habitantes, Eritrea, 3, y el Chad, 3,3 (Overpopulation.com, 2006).

Las causas de esta escasez son semejantes a las del caso de las enfermeras. El factor principal es la falta de recursos de los países para formar y conservar a los médicos necesarios con el fin de atender las necesidades sanitarias. Este problema se agrava por la emigración de médicos a países más prósperos en donde la remuneración es bastante más elevada y las condiciones de trabajo notablemente mejores.

Escasean también otros profesionales de la salud, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Últimamente se registran déficits de farmacéuticos, terapeutas respiratorios, técnicos radiólogos y otros profesionales en Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido (*The New York Times*, 2001; AFT, 2003; Stanton, Willis y Young,

2005, y Home Office, 2006). Ocurre lo mismo en casi todos los países en desarrollo.

## Migración de los profesionales de la sanidad

La contratación de trabajadores en los países menos desarrollados ha pasado a ser una de las medidas principales adoptadas por los países desarrollados para paliar la escasez de profesionales de la salud. Cada vez se contratan más profesionales en el extranjero, tanto para trabajos temporales como para puestos permanentes. Si bien parte de este movimiento se produce entre países desarrollados, la corriente migratoria principal va de los países en desarrollo al mundo desarrollado.

### *Teorías sobre los factores de rechazo y de atracción que fomentan las migraciones*

La migración de los trabajadores es consecuencia de la interacción entre fuerzas económicas, sociales, culturales, políticas y jurídicas. Los factores que alientan la migración transfronteriza muchas veces se dividen en dos categorías: factores de rechazo en el lado de la oferta y factores de atracción en el lado de la demanda (Mejía, Pizurki y Royston, 1979, y Kline, 2003). Con el paso del tiempo, las pautas de la migración se consolidan mediante redes que ofrecen a los posibles emigrantes información sobre los empleos vacantes en los países de destino y diversas formas de ayuda para facilitar su adaptación una vez que llegan (Martin, 2003a y 2003b).

Como puede verse en el cuadro 1, los factores de rechazo en el lado de la oferta son los problemas y circunstancias debido a los cuales los trabajadores de la sanidad de la nación de origen están descontentos con su empleo y con su carrera. Estos factores pueden encontrarse en algunos países desarrollados e impulsar la emigración del personal del sector de la sanidad de un país desarrollado a otro en el que piensa que logrará condiciones «mejores». Ahora bien, suelen ser mucho más intensos en los países en desarrollo, donde constituyen una razón fundamental de la decisión de las enfermeras y médicos de emigrar. Los trabajadores que están contentos con su situación profesional, es decir, que no sienten los factores de rechazo mencionados, es improbable que abandonen su país.

Los factores de atracción son las circunstancias de los países de destino que alientan a los trabajadores a emigrar. Como sucede con los factores de rechazo, pueden inducir a los trabajadores de un país desarrollado a trasladarse a otro, pero los factores de atracción que se dan en los países ricos suelen ejercer una influencia mayor en las personas de países en desarrollo. Por ejemplo, los salarios de las enfermeras de Australia y Canadá — una vez ajustados al coste de vida —, son el doble

Cuadro 1. Factores de rechazo y de atracción que influyen en la decisión de emigrar de los profesionales de la salud

*Factores de rechazo*

1. Remuneración insuficiente
2. Malas condiciones de trabajo e insatisfacción profesional
3. Riesgos del trabajo (VIH/SIDA, tuberculosis, etc.)
4. Falta de oportunidades profesionales
5. Baja calidad de vida
6. Inestabilidad política, guerra, enfrentamientos étnicos, etc.
7. Falta de oportunidades (educativas, etc.) para los hijos

*Factores de atracción*

1. Mejor remuneración
2. Mejores condiciones de trabajo y satisfacción profesional
3. Entorno laboral más seguro
4. Más oportunidades profesionales
5. Mejor calidad de vida
6. Estabilidad política
7. Más oportunidades para los hijos

Fuente: Kline, 2003.

que los de las enfermeras de Sudáfrica, catorce veces superiores a los de Ghana y veinticinco veces a los de Zambia (Brown, 2003). Lo mismo que ocurre con los factores de rechazo, es poco probable que los profesionales de la salud emigren a otro país si no consideran que las condiciones de éste (factores de atracción) son mejores que las de su propio país.

### *Países de destino*

Todo indica que los países de habla inglesa son los lugares de destino más atractivos en el mercado de trabajo mundial de enfermeras. En 2001 en el Reino Unido había enfermeras tituladas de noventa y cinco países (Buchan y Sochalski, 2004): aproximadamente el 43 por ciento de las enfermeras que se dieron de alta por primera vez en 2002-2003 eran extranjeras. Sólo en 2003 se concedieron más de 27.000 permisos de trabajo para enfermeras, lo que supuso un aumento del 93 por ciento con respecto a 2000. Como se observa en el cuadro 2, Filipinas es el mayor emisor de enfermeras al Reino Unido. Los países del África subsahariana — Sudáfrica, Nigeria y Zimbabwe — así como Australia, India y varios países del Caribe aportan también una cifra significativa de enfermeras al sistema sanitario británico (Buchan, Jobanputra y Gough, 2004).

Los empleadores del sector de la salud de los Estados Unidos han intensificado en los últimos años la contratación de enfermeras extranjeras para superar el déficit existente, aunque venían haciéndolo desde hace tiempo. Las profesionales que habían cursado estudios en el extranjero representaban aproximadamente el 5 por ciento de las nuevas enfermeras registradas en el país en 1997, proporción que había ascen-

Cuadro 2. Países de origen y destino de las enfermeras

País	Inmigración desde	Emigración a
Reino Unido	Filipinas (7.235, 2001-2002) Sudáfrica (2.114, 2001-2002) Australia (1.342, 2001-2002) India (994, 2001-2002) Zimbabwe (473, 2001-2002) Nigeria (432, 2001-2002) Países del Caribe (248, 2001-2002)	Estados Unidos Irlanda
Estados Unidos	Filipinas Canadá Rep. de Corea India Reino Unido Nigeria Países del Caribe Irlanda México Sudáfrica	
Irlanda	Filipinas (1.529) Reino Unido Australia Sudáfrica India	
Australia	Sudáfrica Reino Unido (439, 1998-1999) Nueva Zelandia (253, 1998-1999) Noruega	Reino Unido (224, 1998-1999) Estados Unidos y Canadá (129, 1998-1999)
Canadá	Filipinas (4.295, 2000-2002) Reino Unido (3.883, 2000-2002) Australia Hong Kong (China) (951, 2000-2002) India (713, 2000-2002) Sudáfrica	Estados Unidos
Sudáfrica	Rep. Unida de Tanzania Botswana Namibia Zimbabwe Malawi	Reino Unido Australia Canadá Arabia Saudita
Arabia Saudita	Filipinas (5.045, 2001) India	

Nota: Las cifras entre paréntesis indican el número de inmigrantes del país de origen en el año o años señalados.  
Fuentes: Buchan y Sochalski, 2004; Kline, 2003, y Carvel, 2004.

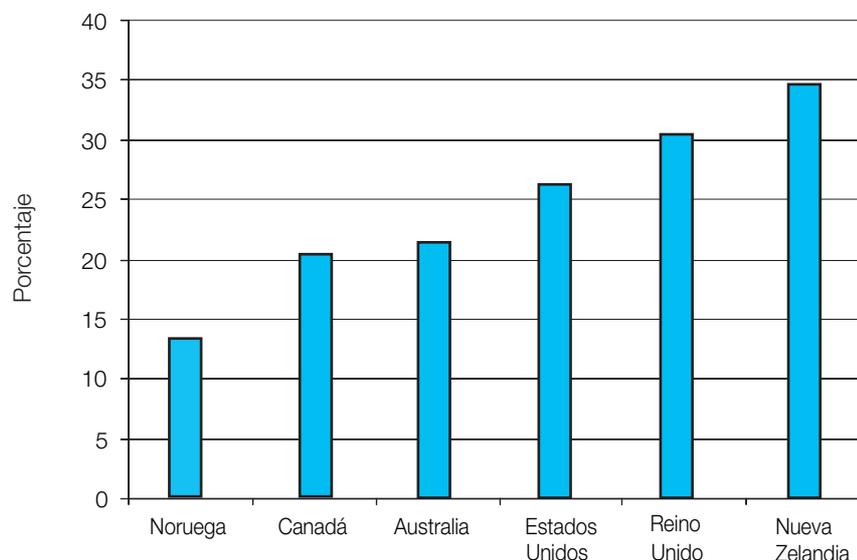
dido al 14 por ciento en 2003. Según los datos más recientes hay bastante más de 100.000 enfermeras extranjeras registradas en los Estados Unidos que proceden, por este orden, de Filipinas, Canadá, República de Corea, India y Reino Unido (Buchan y Sochalski, 2004).

El tercer país más activo en la contratación de enfermeras extranjeras es Irlanda, lo cual resulta paradójico ya que había sido «exportador» de enfermeras durante decenios. En los últimos años la demanda ha superado a la oferta, por lo que el sistema sanitario irlandés ha promovido enérgicamente la contratación en el exterior. En 2001 aproximadamente dos tercios de las nuevas enfermeras registradas en el país procedían del extranjero, sobre todo de Filipinas, Reino Unido, Australia, Sudáfrica e India (Buchan y Sochalski, 2004). Otros países que han contratado a un número significativo de enfermeras extranjeras durante los últimos años son Australia, Noruega, Arabia Saudita, Singapur y Nueva Zelanda.

Hay también cierta emigración de enfermeras de unos países desarrollados a otros (por ejemplo, del Canadá y el Reino Unido a los Estados Unidos, de Australia a Irlanda y Reino Unido, y de Nueva Zelanda a Australia); no obstante, la mayor parte de la migración se dirige de los países en desarrollo a los desarrollados (véase el cuadro 2).

Aunque el mercado de trabajo mundial de médicos no es tan activo como el de enfermeras, la escasez de profesionales en los países desarrollados ha impulsado las corrientes migratorias de médicos en los últimos años. Una vez más, parece que son los países de habla inglesa los destinos más comunes, aunque el número de médicos extranjeros

Gráfico 2. Porcentaje de médicos nacidos en el extranjero que ejercen en los países mencionados



Fuente: Forcier, Simoens y Giuffrida, 2004.

está aumentando también en muchos otros países. Casi la mitad de los 10.000 nuevos médicos registrados en el Reino Unido en 2000 eran extranjeros, y la proporción había subido a más de dos tercios de los 15.000 nuevos médicos en 2003 (Buchan, Jobanputra y Gough, 2004).

Los médicos extranjeros constituyen parte considerable del total en algunos de los países más ricos del mundo. Como se observa en el gráfico 2, más del 34 por ciento de los médicos que ejercen en Nueva Zelanda son foráneos. La proporción es del 30,4 por ciento en el Reino Unido y del 26,4 por ciento en los Estados Unidos, seguidos por Australia y Canadá (Forcier, Simoens y Giuffrida, 2004). En Noruega la cifra supera ya el 16 por ciento según Taraldset, 2006.

Las corrientes migratorias de médicos entre países desarrollados son mayores que las de enfermeras. Por ejemplo, los médicos británicos representan el 32 por ciento de los médicos titulados en el extranjero que ejercen en el Canadá. En Australia, el 39 por ciento de los médicos formados en otros países proceden del Reino Unido, y en Irlanda la proporción es del 29 por ciento. No obstante, un número significativo de médicos emigra también de los países en desarrollo a los desarrollados. La India, Sudáfrica y Pakistán son algunos de los principales proveedores de médicos a los países más prósperos. Hay también corrientes migratorias desde países pequeños y menos desarrollados de África y Asia, pero constituyen una pequeña porción del conjunto de médicos de las naciones desarrolladas (Forcier, Simoens y Giuffrida, 2004).

### *Países de origen*

Filipinas es el mayor proveedor de enfermeras del mundo, pues más de 150.000 han emigrado al exterior (Lorenzo, 2002). No obstante, a diferencia de otros países en desarrollo, la emigración de enfermeras es una política promovida deliberadamente por el Estado filipino, con arreglo a la cual las escuelas de enfermería admiten muchas más alumnas de las que necesita el país. El excedente pasa a formar parte del sector de mano de obra «externizada» que impulsa la economía filipina. En 2001, las enfermeras y otros trabajadores contractuales enviaron 6.200 millones de dólares estadounidenses de remesas a Filipinas. Los principales países de destino de las enfermeras filipinas son, por este orden, el Reino Unido, Arabia Saudita e Irlanda (Diamond, 2002).

Algunos otros países aspiran a entrar en el mercado de trabajo mundial como emisores de enfermeras, pero no han conseguido todavía penetrar en él. Entre ellos se encuentran la India, China, Cuba y algunos de los Estados independientes que pertenecieron a la Unión Soviética.

El África subsahariana también provee de enfermeras a los países desarrollados. Entre 1993 y 2003, 6.028 enfermeras sudafricanas se

inscribieron para trabajar en el Reino Unido; Zimbabwe aportó 1.561, Nigeria, 1.496, Ghana, 660, Zambia, 444, y Kenya, 386 (Carvel, 2004).

Como se ha mencionado antes, el mercado de trabajo de los médicos es algo distinto del de las enfermeras: la migración entre países desarrollados es mayor en su caso que en el de éstas. Al parecer, el Reino Unido es el país desarrollado del que emigran más médicos, prácticamente todos ellos a otros países desarrollados, sobre todo a los Estados Unidos, Australia y Canadá.

Los médicos sudafricanos están también muy presentes en el mercado mundial de profesionales de la sanidad. Según datos de 1998, entre un tercio y la mitad de los médicos que se licencian en las escuelas de medicina de Sudáfrica terminan emigrando a países desarrollados, en particular al Reino Unido, Canadá y Australia (Weiner, Mitchell y Price, 1998). También emigran médicos de los países del África subsahariana y septentrional.

## Captación y contratación

Para que exista un mercado laboral verdaderamente mundial de profesionales de la salud deben cumplirse varias condiciones, en particular una información suficiente y la libertad de circulación para quienes emigran. Los datos disponibles revelan que estas condiciones se cumplen cada vez más en todo el mundo. En los últimos años la contratación exterior de enfermeras y médicos ha sido más dinámica y sistemática, por lo que los profesionales de la salud tienen acceso a mucha más información sobre las posibilidades de empleo que antes. Asimismo, las políticas de comercio e inmigración han abierto las puertas a estos profesionales para que se desplacen libremente de un país a otro (Schmid, 2004).

La migración de enfermeras y médicos se desenvuelve básicamente de dos maneras. La primera es mediante una labor de prospección, selección y contratación realizada por los propios empleadores o por agencias. Los países desarrollados utilizan cada vez más este sistema a fin de captar personal para su sistema sanitario. El Reino Unido tiene probablemente el programa de prospección y contratación más sistemático y coordinado de todos los países del mundo. Los métodos del Sistema Nacional de Salud británico (NHS) varían según la profesión, pues contrata normalmente a los médicos de forma individual, mientras que suele contratar a las enfermeras por grupos de diez, veinte o más de un país determinado. En la fase de prospección, el NHS da información sobre los lugares de trabajo, las condiciones de vida y los trámites de inmigración (Buchan y Dovlo, 2004, y Buchan, Jobanputra y Gough, 2004).

Para localizar enfermeras extranjeras, el NHS emplea también cada vez más a consultores profesionales del Reino Unido, de otros paí-

ses desarrollados y de países de origen como Sudáfrica. Estos intermediarios desempeñan un papel importante en la divulgación de información sobre las oportunidades disponibles para las enfermeras de otros países (Buchan y Dovlo, 2004).

El segundo método es de carácter más pasivo: el NHS utiliza tecnologías de la comunicación relativamente nuevas para facilitar a los posibles migrantes la información necesaria a fin de comenzar los trámites de inmigración. Se trata principalmente de los sitios en Internet y del correo electrónico, que sirven a las enfermeras extranjeras para conocer mucho mejor las oportunidades existentes en los países desarrollados. Estos procedimientos se consideran pasivos porque atraen enfermeras al NHS sin un contacto personal directo.

Los métodos empleados por el NHS han sido adoptados por otros países con servicios sanitarios nacionales como Irlanda y Australia. En los países donde no existe un programa sanitario nacional, centralizado, como ocurre en los Estados Unidos, los empleadores individuales (grandes hospitales y sistemas de salud) y las agencias independientes de contratación realizan la mayor parte de esta tarea, utilizando métodos tanto activos como pasivos.

De lo dicho se deduce que ya se cumple una de las condiciones necesarias para que funcione bien el mercado de trabajo mundial de los profesionales de la salud: la circulación de información suficiente. La segunda condición necesaria es la movilidad, que choca con algunas restricciones. Las enfermeras que quieren trasladarse a los Estados Unidos deben superar un examen riguroso para ejercer su profesión, pero en otras naciones no hacen falta pruebas semejantes. Además, la mayoría de los países tienen políticas comerciales que facilitan la migración de enfermeras y médicos. Algunos acuerdos internacionales como el Área de Libre Comercio de las Américas y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios favorecen la libre circulación de estos trabajadores en los Estados Unidos y en otros países (Schmid, 2004).

## Ventajas e inconvenientes de la migración

### *Inconvenientes*

Los principales inconvenientes de la migración en el sector sanitario recaen sobre los países en desarrollo, que pierden un número significativo de enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. Los sistemas sanitarios de estos países van de los modestos a los inoperantes, pues están plagados de problemas: financiamiento insuficiente, tecnología de baja calidad, epidemias, guerras e inestabilidad política, falta de infraestructura, pocos medios de formación y un déficit crónico de profesionales. El éxodo de enfermeras y médicos a los países desarrollados reduce todavía más la capacidad de atender a los pacientes.

Como ya se ha mencionado, se estima que África tiene actualmente un déficit de 600.000 enfermeras y 720.000 médicos. La fuga de cerebros del sector de la medicina que sufren actualmente muchas naciones africanas acarrea el riesgo de que el déficit se agrave. Los países en desarrollo de otras regiones se encuentran con situaciones de escasez semejantes.

El caso de Ghana ilustra los problemas con que se enfrentan los sistemas sanitarios de las naciones poco desarrolladas. En un estudio publicado en 2004 se comprobó que casi todas las regiones del país sufrían una escasez aguda de todos los tipos de profesionales de la salud. En 2002 Ghana tenía únicamente 4.319 de las 13.340 enfermeras necesarias para el funcionamiento óptimo de su sistema sanitario, y sólo contaba con 633 de los 1.804 médicos y con 161 de los 371 farmacéuticos necesarios. Una comparación con datos semejantes de cuatro años antes indicaba que la escasez se había agravado entre 1998 y 2002 (Buchan y Dovlo, 2004).

Muchos otros países en desarrollo se encuentran con desafíos semejantes. Por ejemplo, el 70 por ciento de los médicos titulados en Zimbabue durante el decenio de 1990 han abandonado el país para ejercer la profesión en otros lugares (Saravia y Miranda, 2004), y otro tanto han hecho las 18.000 enfermeras nacionales que trabajaban en el extranjero en 2002 (Pang, Lansang y Haines, 2002). Sólo cincuenta de los más de 600 médicos formados en Zambia desde 1994 se han quedado en el sistema sanitario público del país (Couper y Worley, 2002).

En 2004 Malawi, una de las naciones más pobres de África, pudo cubrir sólo el 40 por ciento de sus puestos de enfermeras. Según informó la BBC ese mismo año, el número de enfermeras en un hospital de Lilongüe, la capital, había bajado de 500 a 2. En consecuencia, las mujeres tenían que dar a luz sin asistencia, y se registraban fallecimientos como consecuencia de enfermedades que podrían haberse tratado fácilmente con la debida atención médica. Una de las dos enfermeras del hospital tenía intención de migrar al Reino Unido, donde podría ganar en una mañana lo que conseguía en un mes en Malawi (Andersson, 2004).

El problema no se circunscribe a África. Cada año, el sistema sanitario de Jamaica, con insuficiencia crónica de personal, pierde aproximadamente el 8 por ciento de sus enfermeras, y el 20 por ciento de sus enfermeras especializadas, debido a la migración. En 2001 este país sólo pudo cubrir el 64 por ciento de los puestos de enfermería. Por su parte, Barbados perdió el 10 por ciento de sus enfermeras entre 2000 y 2001, la mayoría de las cuales emigraron (Buchan y Dovlo, 2004).

La emigración constituye a menudo una transferencia de recursos de los sistemas sanitarios rudimentarios y débiles de naciones pobres a los sistemas más modernos de los países prósperos. En el cuadro 3 presentamos el número de enfermeras y de médicos con que cuentan

Cuadro 3. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el personal sanitario

	Enfermeras por 100.000 habitantes (año)	Médicos por 100.000 habitantes (año)
<i>Países en desarrollo</i>		
1. Liberia	5,9 (1997)	2,3 (1997)
2. Ghana	6,2 (1996)	7,0 (1996)
3. República Centroafricana	8,8 (1995)	3,5 (1995)
4. Pakistán	34,0 (1996)	57,0 (1997)
5. India	45,0 (1992)	48,0 (1992)
6. Nigeria	66,1 (1995)	18,5 (1995)
7. Kenya	90,1 (1995)	13,2 (1995)
8. Botswana	219,1 (1994)	23,8 (1994)
9. Bahamas	229,7 (1996)	151,8 (1996)
10. Trinidad y Tabago	286,8 (1994)	78,8 (1994)
11. Sudáfrica	471,8 (1996)	56,3 (1996)
<i>Países desarrollados</i>		
12. Reino Unido	497,0 (1989)	164,0 (1993)
13. Australia	830,0 (1998)	240,0 (1998)
14. Canadá	897,1 (1996)	229,1 (1995)
15. Estados Unidos	972,0 (1996)	279,0 (1995)

Fuente: OMS, 2004.

algunas naciones del Norte y del Sur. Indudablemente, los países en desarrollo de África, Asia y el Caribe (los once primeros del cuadro) se encuentran en situación de gran desventaja respecto de las naciones desarrolladas (las cuatro últimas).

La emigración de personal sanitario causa una serie de perjuicios a los países de origen. Uno de los más importantes es que merma la capacidad del país de prestar atención sanitaria a sus ciudadanos, lo cual constituye un problema grave cuando es imposible sustituir a los emigrantes debido a la escasez de personal cualificado. Por un lado, el sistema sanitario pierde los servicios que prestaban y, por el otro, la incapacidad de sustituirlos obliga a trabajar más a los profesionales que permanecen en su puesto, lo cual perturba el buen funcionamiento del sistema e intensifica los factores de rechazo que impulsan aún más el éxodo.

Los países emisores pagan también un precio significativo cuando migran sus enfermeras y médicos. Dado que la instrucción de los profesionales de la salud en la mayor parte de los países en desarrollo está totalmente sufragada, o muy subvencionada, por el Estado, esta inversión cuantiosa en capital humano se pierde si una enfermera o un médico se traslada de manera permanente a un país desarrollado. Las Naciones Unidas estiman que cada profesional de la salud africano que

migra supone para el país de origen una pérdida de 184.000 dólares estadounidenses (Oyowe, 1996). Según otro análisis, los 600 médicos formados en Sudáfrica que trabajan actualmente en Nueva Zelanda costaron al país de origen 37 millones de dólares estadounidenses (Pang, Lansang y Haines 2002).

### Ventajas

Las dos partes que más se benefician de la migración son los profesionales de la sanidad que consiguen empleo en un lugar más próspero y los países de destino que los contratan. Los países de origen pueden beneficiarse también de dos maneras: las remesas enviadas a las familias que permanecen en el país y los migrantes que regresan con más capacitación y experiencia.

Los profesionales de la salud que migran a países desarrollados muchas veces consiguen mejorar su remuneración, sus condiciones de trabajo y su estilo de vida, así como oportunidades de desarrollo personal y profesional con las que no podían contar en sus países de origen (Buchan y Dovlo, 2004).

Los datos disponibles revelan que, al menos a corto plazo, los países de destino también sacan provecho de la migración, aunque actualmente se debate si la captación de profesionales de la salud extranjeros es un medio ético y eficaz de resolver el problema de la escasez de personal. En 2002 el 31 por ciento de los médicos y el 13 por ciento de las enfermeras del Reino Unido eran de otros países; en la ciudad de Londres las cifras eran del 23 por ciento y el 47 por ciento, respectivamente (Pang, Lansang y Haines, 2002). En 2003 se estimaba que había 100.000 enfermeras extranjeras en los Estados Unidos (Buchan, Parkin y Sochalski, 2003). Dado que los sistemas sanitarios de estos países siguen padeciendo el problema de escasez de personal, parece claro que la situación sería peor sin estos trabajadores extranjeros.

Indudablemente, la migración de profesionales de la salud a los países desarrollados causa problemas considerables a los países de origen, sobre todo a los del mundo en desarrollo. No obstante, estas naciones consiguen también ciertos beneficios. Uno de los más importantes es el de las remesas, es decir, la parte de sus ingresos que los migrantes remiten para ayudar a los miembros de su familia. Estos fondos pueden tener una gran influencia en las condiciones de vida de muchas personas del país de origen y desempeñan también un papel fundamental en las economías de muchos países en desarrollo ya que constituyen una de las fuentes más importantes de divisas (Forcier, Simoens y Giuffrida, 2004). Ahora bien, sería muy difícil demostrar que compensan el daño que sufren los sistemas sanitarios de dichos países, sobre todo debido a que las remesas no las reciben estos sistemas, sino las familias de los emigrantes.

Otro hecho que puede ser ventajoso para los países en desarrollo es la migración temporal, pues las enfermeras y médicos que trabajan un lapso de tiempo en los sistemas sanitarios de los países desarrollados consiguen ampliar su experiencia y su preparación en un entorno más avanzado. Son más valiosos profesionalmente cuando regresan al país de origen, que resulta beneficiado de este aumento del capital humano. Es decir, este tipo de migración puede tener una faceta provechosa: el país de origen pierde temporalmente lo que invirtió en la enseñanza de estos profesionales, así como sus servicios, pero, a su regreso, recupera la inversión inicial mejorada con el capital humano adquirido en el exterior. Por desgracia, los datos disponibles parecen indicar que en la práctica sólo vuelven algunos profesionales; e incluso cuando se reincorporan, a veces los sistemas sanitarios de los países en desarrollo no tienen la capacidad de absorción suficiente para aprovechar las técnicas y experiencias que han adquirido en el exterior. Por ejemplo, las tecnologías utilizadas por los profesionales de la salud en los países en desarrollo suelen ser mucho menos avanzadas que las de los países desarrollados, lo que reduce la utilidad del capital humano que acumulan en el extranjero.

## Estructura y funcionamiento del mercado de trabajo de la sanidad

Si bien las teorías de la migración sirven para analizar las fuerzas generales que impulsan la migración internacional de profesionales de la salud, hay que emplear otros marcos teóricos para comprender las fuerzas que influyen en las decisiones individuales de migrar y la forma en que en los países con escasez de personal tratan de atraer a los trabajadores. Ningún marco teórico es suficiente por sí solo para examinar todos los factores sociales, económicos y políticos que inducen la migración creciente de profesionales de la salud de los países en desarrollo a los desarrollados. No obstante, varios marcos explicativos pueden ayudar a comprender algunas facetas de este fenómeno. La teoría del capital humano, las teorías coloniales y neocoloniales y las teorías de la globalización esclarecen las causas de la migración en el sector de la salud y las repercusiones generales de este fenómeno para los individuos, los países de origen y los países de destino.

### *Teoría del capital humano*

Esta teoría pone en primer plano los alicientes económicos que influyen en las decisiones de los individuos de invertir en la adquisición de técnicas y conocimientos (capital humano) con valor productivo (de mercado), y en la manera en que los costos y beneficios de la formación

profesional se distribuyen entre los trabajadores y los empleadores. Hace caso omiso del entorno social más amplio que condiciona las decisiones individuales y las transacciones entre trabajadores y empleadores. Esta teoría parte de la premisa de que los individuos poseen su propio capital humano y que arriendan a los empleadores los servicios que prestan con este capital. La remuneración constituye el rendimiento que el individuo percibe de las inversiones que ha realizado para adquirir su capital humano. La acumulación de capital humano se considera un proceso de inversión, ya que los individuos pagan una parte de los costos que entraña la adquisición de técnicas y conocimientos. Esta inversión supone normalmente una renuncia al consumo corriente a cambio de un consumo futuro superior (mayores ingresos), que se distribuye a lo largo de la vida laboral del individuo (véase un análisis clásico de la teoría del capital humano en Mincer, 1974).

Los individuos continúan acumulando capital humano una vez que ingresan en el mercado de trabajo, gracias a la inversión que realizan, después de los años de escuela, en la formación profesional reglada y en el aprendizaje diario (mediante la práctica) en el trabajo. Normalmente, la productividad del trabajador disminuye a corto plazo durante la formación, pues el trabajador dedica menos tiempo a la producción, pero aumenta a la larga. La teoría del capital humano establece una distinción importante entre la formación profesional general y la que se adquiere en una empresa concreta. La primera es válida en cualquier empresa y ocupación, por lo que es de valor universal (en otras palabras, aumenta la productividad). Por el contrario, la formación específica aumenta la productividad sólo en la empresa que la imparte. En la práctica, la mayoría de las actividades de formación comprende elementos tanto generales como específicos.

En el caso de la formación general, la productividad posterior de un trabajador será la misma en la empresa que la proporcionó que en cualquier otra compañía. Por consiguiente, son los trabajadores, más que las empresas, quienes pagan la formación general. Durante el período de formación, los trabajadores reciben un salario inferior al salario normal que ganarían en otra empresa. El trabajador acepta voluntariamente esta «pérdida» porque los conocimientos y la experiencia que adquiere son transferibles, es decir, puede aprovecharlos íntegramente si se va a otra empresa.

Por el contrario, la formación específica de una empresa no es transferible, de modo que el trabajador será más productivo si no cambia de empresa, y puede conseguir un salario más alto en ella que si se traslada a otra. Ahora bien, ello no significa que la empresa que impartió la capacitación pueda hacer recaer todos los costos sobre el trabajador, como ocurre con la formación general. Los intentos realizados por las empresas en este sentido incitarán al trabajador a abandonar la empresa, la cual corre el riesgo de perder su inversión. Por el contrario,

si los trabajadores pagasen todos los costos de la formación en una empresa y recibieran todos los beneficios (salarios mayores debidos a una mayor productividad), la empresa en cuestión no tendría interés en conservar a los trabajadores ya formados. Esta estructura de incentivos obra en favor de que las empresas y los trabajadores compartan los costos y beneficios de la formación en una empresa concreta. Este reparto fomenta más la estabilidad del empleo que otras formas posibles de asignación de los costos (puede verse un análisis interesante del asunto a la luz de la teoría del capital humano en Sicilian, 2001).

Para aplicar este marco teórico a las circunstancias en que se encuentran los profesionales de la salud que migran es preciso hacer varias modificaciones. En primer lugar, debe considerarse la cuestión de los costos que causa la acumulación de capital humano antes de que el futuro trabajador se incorpore a la población activa. El modelo de la teoría del capital humano no examina expresamente las subvenciones públicas que mantienen las instituciones educativas en las que estudian los trabajadores futuros. Este acuerdo tácito es razonable, ya que las subvenciones estatales no imponen por lo general ninguna obligación futura a quienes reciben la subvención. No obstante, en algunas sociedades donde los recursos son escasos y los costos de oportunidad de las subvenciones a la educación son elevados, tal vez fuera conveniente que las subvenciones para cultivar algunos conocimientos prácticos de importancia fundamental se concedieran a cambio de un compromiso formal de «reembolso» del estudiante mediante un período obligatorio de servicio público. La formación de los profesionales de la salud suele estar financiada por el Estado en los países en desarrollo, como hemos visto anteriormente a propósito de Zambia.

El reembolso constituiría un medio de recuperación pública de parte de los rendimientos de las inversiones en capital humano, es decir, un pago parcial de los costos de enseñanza y formación profesional sufragados por la colectividad. Si un trabajador decide emigrar, para efectuar el reembolso convenido de estos costos debería hacerse un pago a los poderes públicos en concepto de «abandono»; el reembolso correría a cargo del individuo o del futuro empleador según la capacidad de negociación relativa de uno y otro.

Por desgracia, las políticas económicas adoptadas durante el decenio de 1980 en muchos países en desarrollo entrañaron una transferencia de los costos de enseñanza y formación de los Estados a los estudiantes. Según un informe de Physicians for Human Rights (Médicos por los Derechos Humanos), las políticas de ajuste estructural y las reformas del sistema sanitario durante ese período dieron lugar a una reducción de las inversiones en enseñanza pública y al deterioro de los programas de enseñanza (PHR, 2004). En la medida en que los profesionales de la salud corren a cargo de una proporción más elevada de los costos de formación, los Estados tienen menos argumentos para

exigir reembolsos de los rendimientos que deparan las inversiones en capital humano.

La teoría del capital humano sostiene también que es necesario examinar el grado de transferibilidad de los conocimientos adquiridos en el país de origen a los servicios sanitarios del país de destino. Para estudiar este tema es conveniente pensar en el capital humano específico de un país, haciendo una extrapolación del capital humano específico de una empresa que se ha mencionado anteriormente. Es probable que los posibles empleadores tengan opiniones distintas que los trabajadores que migran sobre si la formación recibida por éstos es, sobre todo, general o, sobre todo, específica del país de origen. Probablemente, los empleadores considerarán que el capital humano de los emigrantes del sector de la salud es muy específico del país, por lo que necesitarán mucho readiestramiento profesional. En consecuencia, propondrán a estos trabajadores un «salario de formación» inferior al que perciben los trabajadores nacionales con capital humano comparable. Asimismo, dada la limitada capacidad de negociación de los trabajadores extranjeros, éstos tendrán probablemente que correr a cargo de una parte mayor de los costos de formación que los trabajadores nacionales. Los datos disponibles revelan que así ocurre en la mayor parte de los países desarrollados que han contratado a un gran número de enfermeras y médicos extranjeros (Forcier, Simoens y Giuffrida, 2004).

Aun teniendo en cuenta la probabilidad de recibir rendimientos más bajos en el país de destino, hay todavía incentivos para la migración. Según Médicos por los Derechos Humanos, las políticas económicas ejecutadas en muchos países en desarrollo durante el decenio de 1980 establecieron topes a los salarios percibidos por los profesionales de la sanidad, lo que redujo significativamente la posibilidad de conseguir el rendimiento previsto de las inversiones en capital humano.

### *Teorías neocoloniales*

En contraste con la importancia que da la teoría del capital humano a las decisiones individuales y a los estímulos del mercado, las teorías neocoloniales destacan la explotación «sistémica» que caracteriza las relaciones económicas entre las antiguas potencias coloniales y las ex colonias. En estos modelos, el Estado-nación, y sus minorías privilegiadas, son los agentes que fijan las reglas de juego a las que deberán atenerse los agentes menos poderosos.

Se dice muchas veces que el neocolonialismo es una forma encubierta de imperialismo, ya que crea la ilusión de la autodeterminación. La descolonización supuso la independencia nominal de las colonias, pero las antiguas potencias coloniales pudieron continuar dominando las relaciones de intercambio de mercancías y materias primas. A diferencia del colonialismo, el neocolonialismo interviene fundamental-

mente mediante sistemas de control indirecto, y los objetivos de transferencia de recursos se consiguen, en parte, fomentando la dependencia económica y cultural en las ex colonias. Ello se logra dando apoyo político y económico a las minorías autóctonas dominantes que adoptan políticas favorables a las potencias neocoloniales. Los teóricos neocoloniales y poscoloniales argumentan que esta orientación «externa» de las minorías rectoras ocasiona en muchas ocasiones un deterioro de las circunstancias de la población en general en ámbitos fundamentales como la educación, el desarrollo y la pobreza. La subversión de la cultura y los conocimientos tradicionales se consigue por medio de unos organismos educativos y culturales que son un calco de los existentes en las antiguas potencias coloniales.

Las teorías del neocolonialismo pueden aplicarse de distintas maneras al asunto de la emigración de los profesionales de la salud. En la actualidad escasean los especialistas de algunos sectores en las antiguas potencias coloniales, lo cual puede paliarse facilitando la migración de profesionales de las ex colonias a la antigua metrópoli colonial. Los pagos directos a los dirigentes políticos y la ayuda para el desarrollo favorecen el apoyo — o al menos la ausencia de oposición — a esta corriente migratoria, aun cuando el resultado sea perjudicial para la salud pública del conjunto de la sociedad.

Como las minorías selectas están relativamente aisladas de las consecuencias sanitarias de la emigración, tienen menos interés en oponerse al éxodo de cerebros impulsado desde el exterior. De hecho, en los países con sistemas sanitarios mixtos, públicos y privados, los establecimientos privados suelen prestar servicios de calidad superior, pero más costosos; es de conocimiento general que los altos funcionarios públicos y los directivos empresariales evitan absolutamente el sistema público y prefieren acudir a los proveedores privados de servicios sanitarios (Clark y Clark, 2004b).

Estos mecanismos de transferencia son especialmente eficaces cuando las antiguas potencias coloniales intervienen en el establecimiento de las normas nacionales en el ámbito de la educación y la formación profesional. Es probable que estas normas estén poco en consonancia con la situación real de los sistemas de salud pública de los países en desarrollo. Así, los profesionales y especialistas piensan que se sentirán más «cómodos» trabajando en un país desarrollado y acaban convenciéndose de que es lo mejor para ellos, dada su situación de semiprivilegio con respecto a la sociedad en general. No obstante, estos trabajadores tienen poca capacidad de negociar su remuneración y sus condiciones de trabajo en los países desarrollados. Como ocurre en sus países de origen, sus opciones se fijan de manera unilateral mediante decisiones adoptadas por organismos administrativos de los países desarrollados. En consecuencia, muchos profesionales de la salud que migran al mundo desarrollado cobran remuneraciones inferiores a las de los trabaja-

dores del país que realizan el mismo trabajo. Ello se debe con frecuencia a que deben pasar un período largo de formación o de prueba con un sueldo disminuido; otras veces se ven obligados a aceptar puestos que se encuentran uno o dos niveles por debajo del que les correspondería en su país de origen (por ejemplo, enfermeras tituladas que trabajan como enfermeras auxiliares, o incluso médicos que trabajan como enfermeros).

Confirmando lo que hemos expuesto anteriormente, la inmensa mayoría de los profesionales de la salud que emigran se dirigen a la nación que ejerció en su día el poder colonial. Con excepción de Filipinas, la mayoría de las enfermeras y médicos extranjeros del Reino Unido han migrado allí desde países que pertenecieron al imperio británico. Asimismo, un número significativo de enfermeras y médicos de Portugal proceden de antiguas colonias portuguesas como Angola, Mozambique y Cabo Verde. Igualmente, el proveedor principal de enfermeras extranjeras al sistema de sanidad de los Estados Unidos es Filipinas, antigua colonia americana.

Del análisis de la colonización y descolonización se desprende una consecuencia programática importante: los países en desarrollo deben emprender una planificación sistemática para poner coto a la fuga de cerebros, partiendo del supuesto de que sus intereses no coinciden con los de los países desarrollados. Médicos por los Derechos Humanos destaca que las inversiones en el sistema sanitario son decisivas para que un país consiga asentar un desarrollo económico firme. Por tanto, los países en desarrollo deberían desoír los llamamientos de los organismos internacionales que financian el desarrollo de que reduzcan los presupuestos del sector de la salud. Además, la asociación citada sostiene que los países deben examinar los planes de enseñanza de la medicina para garantizar que se amolden a los problemas sanitarios del propio país, y no a los del exterior (PHR, 2004).

### *Teorías de la globalización*

A los efectos del presente artículo, las teorías de la globalización pueden considerarse como un examen sistemático de la actual fase avanzada de desarrollo de la «economía global», una vez que se reconoce que hubo etapas del proceso anteriores a la configuración actual. Una de las características distintivas de la etapa presente de la globalización es que la integración y la dependencia han alcanzado niveles sin precedentes en muchos sectores de la economía. La tecnología de la información, el rápido crecimiento del comercio internacional y la descentralización de los procesos productivos han impulsado enormemente esta integración en gran escala. Los organismos internacionales y supranacionales reguladores y las empresas multinacionales se han apropiado de gran parte de las atribuciones tradicionales de los

gobiernos nacionales en lo que se refiere a la tutela del comercio internacional. Lo que distingue a las teorías de la globalización de las teorías neocoloniales y poscoloniales es que estudian a fondo la actuación de estos nuevos agentes, aunque todas ellas hacen hincapié en problemas semejantes.

La producción descentralizada vence algunos obstáculos que impedían tradicionalmente la circulación transfronteriza de los trabajadores. En el pasado, los gobiernos de los países desarrollados restringían mucho la capacidad de las empresas de redistribuir unilateralmente sus centros productivos y sus trabajadores, mediante las leyes de inmigración y de relaciones laborales. No obstante, los críticos mantienen que el debilitamiento de las facultades del Estado-nación para gobernar la economía mundial hace que los trabajadores de los países desarrollados estén cada vez más indefensos frente al derecho de las empresas multinacionales a trasladar sus establecimientos a lugares de bajos salarios y con normas laborales más permisivas. Los detractores de la globalización insisten en que la pérdida progresiva de fuerza de los sindicatos, que actuaban de contrapeso, ha agravado la vulnerabilidad de los trabajadores ante las decisiones empresariales cuyo objetivo casi exclusivo es multiplicar los beneficios.

La mayor parte de los análisis sobre los pros y los contras de la globalización llegan a la conclusión de que, hasta la fecha, las desventajas han sido mayores que los beneficios. No obstante, un estudio general de los efectos de la globalización en los resultados económicos, el empleo, la desigualdad y la pobreza, patrocinado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), llega a conclusiones ambivalentes y hace hincapié en que los beneficios económicos y los costos sociales de la globalización están desigualmente repartidos entre los sectores de la sociedad (Comisión Mundial, 2004). Asimismo, en el estudio se afirma que, «como en el caso de los países, entre las personas que más se han beneficiado de la globalización se incluyen aquellas asociadas a empresas multinacionales de éxito [...] y a empresas nacionales competitivas internacionalmente» (*ibíd.*, pág. 50).

En los países industrializados hay distintos grados de competencia interna entre las ciudades y regiones que desean atraer empresas multinacionales, y esta competencia aumenta el desnivel de bienestar existente entre las ganadoras y las perdedoras. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, Shuman (2000, pág. 1) se lamenta de que «casi todos los Estados, condados, ciudades y aldeas [...] han subordinado su porvenir al de alguna o algunas empresas trotamundos». Un aspecto de esta competencia dentro de los países es el esfuerzo que hacen ciudades y regiones por ofrecer los servicios mejores y más atractivos a los directivos y a los profesionales de las multinacionales. Dado que la atención sanitaria es uno de los servicios más importantes para ellos, la contratación de profesionales de la salud extranjeros permite continuar siendo competitivas a las zonas con escasez de trabajadores nacionales.

En los Estados Unidos, la captación masiva de trabajadores extranjeros ha coincidido con el dominio cada vez mayor de las empresas que prestan atención sanitaria, lo cual ha alterado notablemente las condiciones de trabajo y de contratación de los profesionales de la salud. Estas transformaciones van unidas a los efectos generales de la globalización de los mercados laborales, es decir, un descenso del trabajo a tiempo completo, el aumento significativo del tiempo parcial y la expansión del empleo atípico (véanse los análisis generales de la globalización de los mercados de trabajo en Memedovic, Kuyvenhoven y Molle, 1998, y de Choi y Greenaway, 2001).

Dado que las tendencias siguen direcciones coincidentes, es importante examinar qué relación guarda la inmigración de profesionales de la salud altamente cualificados con el deterioro de las condiciones de trabajo y de contratación de los trabajadores nacionales del sector. Por ejemplo, ¿están los trabajadores migrantes más dispuestos que los nacionales a aceptar puestos de trabajo a tiempo parcial, temporales, con contrato inestable o subcontratados? ¿Hacen los empleadores caso omiso de la normativa laboral al captar y contratar profesionales de la salud extranjeros? ¿La contratación de profesionales extranjeros de la salud induce una merma de los salarios y un deterioro de las condiciones de trabajo de los trabajadores nacionales?

Quizá no sea posible encontrar respuestas claras a estas preguntas, pero cada vez hay mayor consenso en que los patrones actuales de globalización que afectan a los profesionales de la salud no son favorables a los intereses de los países en desarrollo. Un ejemplo concreto: Médicos por los Derechos Humanos ha recomendado que los países africanos se opongan a la liberalización del comercio de los servicios sanitarios que promueve la Organización Mundial del Comercio (PHR, 2004).

## Cuestiones políticas

La globalización del mercado de trabajo de la salud tiene repercusiones en los profesionales individuales, los sistemas sanitarios y los países. Algunas de ellas son positivas, en particular las oportunidades que se ofrecen a las enfermeras y médicos de mejorar su vida profesional y personal y a los países desarrollados de resolver su déficit de enfermeras y médicos. Hay también consecuencias negativas importantes, en primer lugar, que lastran las posibilidades de los países más necesitados de prestar una atención sanitaria decorosa a sus ciudadanos debido al éxodo de los profesionales de la salud nacionales.

Existen diversas opiniones sobre la conveniencia de adoptar o no medidas reguladoras frente a las repercusiones que tiene en el personal sanitario la globalización del mercado de trabajo. Los defensores del mercado libre argumentan que éste funciona acertadamente, pues alienta a los países en desarrollo a mejorar las condiciones de trabajo

de sus profesionales para evitar el éxodo. Otros, incluidos algunos países desarrollados y organizaciones nacionales e internacionales del sector de la sanidad, recomiendan que se adopte alguna forma de reglamentación del mercado de trabajo mundial.

La incógnita fundamental con la que se encuentra toda propuesta de regulación es cómo compaginar los derechos y necesidades de las principales partes implicadas: profesionales de la salud, países desarrollados y países en desarrollo. La mayor parte de los observadores de la globalización están de acuerdo en que la libertad de circulación para mejorar las circunstancias profesionales y personales es un derecho humano fundamental. Privar de este derecho a los profesionales de los países de origen no es un método admisible para resolver el problema de la migración. Sin embargo, como dijimos en el apartado anterior sobre la globalización, la falta de equidad en las relaciones de intercambio y el legado del colonialismo han configurado un mercado de trabajo tal que, si se deja absolutamente libre, tendrá efectos devastadores en la atención sanitaria de los países en desarrollo.

Un planteamiento más plausible para los países de origen es tratar de poner fin a los factores «de rechazo» que fomentan la migración de los profesionales de la salud. La mejora de las remuneraciones, las condiciones de trabajo y las oportunidades profesionales reduciría sin duda la fuga de cerebros de los países en desarrollo. Algunos países están ensayando unos alicientes menos costosos como facilitarles viviendas, transporte hasta el lugar de trabajo y préstamos baratos para la adquisición de automóviles. Si bien muchas de las naciones más pobres no tienen los recursos necesarios para dar estas facilidades, algunas de ellas están considerando la posibilidad de utilizar fondos internacionales para el desarrollo con el fin de remunerar mejor a los profesionales de la salud, posibilidad que no existía en el pasado (Brown, 2003).

Otra idea es que los países de origen eleven el costo de la contratación de enfermeras y médicos fijando un impuesto o arancel a estas transacciones (Jordan, 2001). La justificación de esta propuesta es que los países de origen efectúan cuantiosas inversiones para formar a los profesionales de la salud, de las cuales se benefician los países de destino. Cuando estos profesionales migran, el país de origen no sólo pierde esta inversión, sino que debe formar a otros que los sustituyan. La recuperación de parte de los costos de formación parece una solución razonable para las naciones de origen; por desgracia, ello tropieza con varios escollos, por lo que, hasta la fecha, ningún país ha emprendido este camino.

No obstante, en la asamblea internacional de la Organización Mundial de la Salud se respaldó la propuesta de constitución de un fondo destinado a la formación de personal sanitario en los países en desarrollo perjudicados por la migración. Sería financiado por los países desarrollados para resarcir a los países en desarrollo por las inversiones en formación perdidas (Dugger, 2004).

Otro método, que ya ha sido adoptado por algunos países en desarrollo, consiste en imponer a los alumnos que terminan los estudios de enfermería y medicina la obligación de trabajar en el país durante algún tiempo; de esa manera financian una parte del costo de la educación sufragada por el Estado. Ahora bien, este método es difícil de aplicar e imponer (Buchan, Parkin y Sochalski, 2003).

La modificación de los planes de estudio para amoldarlos más a las circunstancias sanitarias nacionales, siguiendo la recomendación de Médicos por los Derechos Humanos (PHR, 2004), puede ser una solución menos intervencionista que conseguiría resultados semejantes. Tal como hemos señalado en el apartado relativo al capital humano, este planteamiento haría que los profesionales de la salud formados en países extranjeros resultaran menos atractivos para los países desarrollados, ya que aumentarían los costos de readiestramiento profesional de los inmigrantes.

Parece claro que los problemas que plantea la migración de los profesionales del sector de la sanidad sólo pueden resolverse con la colaboración de los países de destino. De hecho, las estrategias centradas en los factores de atracción parecen ofrecer más posibilidades de reducir el éxodo y los efectos nocivos que tiene éste en los países de origen. Algunos países han adoptado ya medidas voluntarias de este tipo (Schmid, 2004).

Las preocupaciones éticas suscitadas por los efectos de la migración en los países en desarrollo han llevado a los sistemas sanitarios del Reino Unido y de Irlanda a adoptar unas directrices sobre la captación de enfermeras. Éstas obligan a los servicios correspondientes a dar información verídica y exacta a las enfermeras interesadas sobre las condiciones de contratación y de trabajo, y prohíben al NHS británico que busque enfermeras sudafricanas y de las Antillas. Pero estas normas no rigen en los centros privados, ni impiden al sistema sanitario público contratar enfermeras extranjeras que migran y solicitan un puesto por propia iniciativa. De ahí que la medida haya dado pocos resultados (Buchan, Parkin y Sochalski, 2003).

Otro planteamiento es la firma de convenios bilaterales con el fin de limitar el número de personas que se pueden contratar, y reducir de este modo el daño causado al sistema sanitario del país de origen. El Reino Unido firmó en 2000 uno de estos acuerdos con España para iniciar un proceso de «reclutamiento sistemático y estructurado» de enfermeras españolas para el NHS (Buchan y Dovlo, 2004); el objetivo inicial era la contratación de 5.000 profesionales. El Reino Unido ha mantenido también conversaciones sobre acuerdos semejantes con la India y China.

En 2003 el NHS británico y el Gobierno de Sudáfrica firmaron un programa de intercambio en virtud del cual los profesionales de la salud de un país podrían trabajar en el otro país durante un tiempo máximo de seis meses. Es probable que se desplacen más enfermeras y

médicos de Sudáfrica al Reino Unido que en el sentido contrario aprovechando esta posibilidad de migración temporal (Mullholland, 2003). Asimismo, la Comunidad del Caribe (CARICOM) ha adoptado un programa «para alentar a los profesionales de la sanidad a trabajar en otros países con carácter rotativo, ausentándose durante un período aproximado de tres años, después del cual deben regresar» (Stilwell y otros, 2004, pág. 598). Las naciones de la CARICOM esperan que este programa fomente la migración temporal, y no la permanente.

Quizá el intento de más alcance para resolver los problemas causados por la migración de profesionales de la salud es el Código de Conducta en la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, adoptado por el Commonwealth en 2003. Este acuerdo fija una serie de principios éticos que desalientan la captación de trabajadores de la salud en países donde escasean y respaldan los derechos de los que deciden emigrar (Secretaría del Commonwealth, 2003). En el contexto del análisis anterior sobre la globalización, el interrogante decisivo es si estos acuerdos bilaterales o regionales pueden ponerse en práctica en el marco de las normas comerciales mundiales aprobadas por la Organización Mundial del Comercio (OMC).

No obstante, la manera más natural de reducir la influencia de los factores de atracción en los países desarrollados es que éstos afronten con más firmeza las causas de la escasez de profesionales de la salud. La contratación de enfermeras y médicos de otros países es, en definitiva, sólo un paliativo. Estos países deben adoptar medidas enérgicas para formar y readiestrar al personal que necesitan dentro de su propia población, lo cual reducirá la escasez presente y futura.

Hay otras entidades que pueden coadyuvar en la búsqueda de soluciones a las disyuntivas que plantea la migración de profesionales de la salud. Organismos y asociaciones internacionales y regionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Médicos por los Derechos Humanos tienen personal especializado que puede ayudar por igual a los países de origen y de destino, pero no parece que tengan la influencia necesaria para imponer una reglamentación del mercado de trabajo de los profesionales de la sanidad. No obstante, estas entidades han realizado una labor importante de estudio y documentación de la gravedad de la migración. Han formulado también directrices y códigos de conducta que alientan a las partes implicadas en la migración a adoptar prácticas responsables y éticas (véase, por ejemplo, CIE, 2001).

Representantes gubernamentales y de asociaciones de enfermeras del Caribe han ido todavía más allá al adoptar un Programa General de Migración Regulada que trata de garantizar «la prestación de servicios sanitarios de calidad a la población del Caribe, dadas las circunstancias de migración de numerosas enfermeras profesionales con experiencia» (RNB, 2004, pág. 1). El acuerdo, elaborado y firmado por un número

significativo de jefes de enfermería de la sanidad pública y de presidentes de las asociaciones de enfermeras de la mayor parte de los países del Caribe, contiene un plan destinado a paliar los efectos de la migración en los sistemas sanitarios de la región. En él se pide también a los países del Caribe que adopten medidas decididas y ambiciosas para mejorar la contratación de enfermeras, conservarlas en el país de origen, promover su valoración y reconocimiento, elevar su remuneración y sus condiciones de trabajo y facilitarles más oportunidades educativas. El programa se ha divulgado en numerosos actos y conferencias celebrados en la región y ha dado mayor relieve al problema de la migración en el Caribe (Clark y Clark, 2004c y 2004d). Este empeño, que se basa en las fuerzas propias y en la colaboración, trata de hacer frente al lastre de la herencia colonial y a los efectos de neocolonialismo con medidas que muchos otros planteamientos han olvidado.

Habrà que ver si alguna de estas estrategias consigue resolver con acierto las consecuencias nocivas que causa el mercado mundial de trabajo de los profesionales de la salud, pero este análisis demuestra que, con el fin de averiguar cuáles son las políticas más equitativas y favorables al crecimiento, lo más conveniente es emplear una síntesis de marcos teóricos que sirva para valorar las repercusiones previsibles de las recomendaciones programáticas.

### Bibliografía citada

- AFT (American Federation of Teachers – Federación Estadounidense de Profesores). 2003. *Empty hallways: The hidden shortage of healthcare workers*. Washington.
- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Sochalski, Julie A.; Busse, Reinhard; Clarke, Heather; Giovannetti, Phyllis; Hunt, Jennifer; Rafferty, Anne-Marie, y Shamian, Judith. 2001. «Nurses' reports on hospital care in five countries», *Health Affairs* (Bethesda, Maryland), vol. 20, núm. 3, págs. 43-53.
- Andersson, Hilary. 2004. «Malawi crippled by nursing crisis», crónica emitida por *BBC News* el 23 de agosto. Disponible en: <<http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/africa/3590764.stm>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Brown, Phyllida. 2003. «The health service brain drain: What are the options for change?», *Immunization Focus* (Ginebra), octubre, págs. 6-8.
- Buchan, James, y Dovlo, Delanyo. 2004. *International recruitment of health workers to the UK: A report for DFID*. Londres, Dept. for International Development, DFID Health Systems Resource Centre, febrero.
- ; Jobanputra, Renu, y Gough, Pippa. 2004. *London calling? The international recruitment of health workers in the capital*. Londres, King's Fund Publications, julio.
- , y Sochalski, Julie. 2004. «The migration of nurses: Trends and policies», *Bulletin of the World Health Organization* (Ginebra), vol. 82, núm. 8 (agosto), págs. 587-594.
- ; Parkin, Tina, y Sochalski, Julie. 2003. *International nurse mobility: Trends and policy implications*. Informe auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras y el Colegio Real de Enfermería. Ginebra, OMS.
- Carvel, John. 2004. «Nil by mouth», *The Guardian* (Londres), 27 de agosto. Disponible en: <<http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/story/0,7991,1292102,00.html>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).

- Cherry, Barbara, y Jacobs, Susan. 2004. *Contemporary nursing: Issues, trends and management*. Tercera edición. Saint Louis (Missouri), Mosby.
- Choi, E. Kwan, y Greenaway, David (directores). 2001. *Globalization and labor markets*. Oxford, Blackwell.
- Clark, Paul F., y Clark, Darlene A. 2004a. Entrevista con Yvonne Pilgrim, presidenta de la Asociación de Enfermeras Tituladas de Trinidad y Tabago, 23 de julio de 2004, Puerto España.
- , y —. 2004b. Entrevista con Thembi Mngomezulu, vicedirectora de la Asociación Democrática de Enfermeras de Sudáfrica, 7 de junio de 2004, Pretoria.
- , y —. 2004c. Entrevista con Judith Oulton, directiva del Consejo Internacional de Enfermeras, 27 de julio de 2004, Curaçao, Antillas Neerlandesas.
- , y —. 2004d. Entrevista con Angela Crawford, oficial de programa de la Organización Panamericana de la Salud, 29 de julio de 2004, Curaçao, Antillas Neerlandesas.
- , y —. 2003. «Panorama mundial de los problemas que afrontan las asociaciones y los sindicatos de enfermeras», *Revista Internacional del Trabajo* (Ginebra), vol. 122, núm. 1, págs. 35-54.
- Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización. 2004. *Por una globalización justa. Crear oportunidades para todos*. Ginebra, OIT.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). 2004. «The inadequate supply of nurses is having a negative effect on care outcomes globally». Comunicado de prensa del 8 de noviembre. Disponible en: <[http://www.icn.ch/PR13\\_04.htm](http://www.icn.ch/PR13_04.htm)> (página consultada el 10 de febrero de 2006).
- . 2001. *Position statement: Ethical nurse recruitment*. Ginebra. Disponible en: <<http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Cooper, Richard A. 2004. «Weighing the evidence for expanding physician supply», *Annals of Internal Medicine* (Filadelfia, Pensilvania), vol. 141, núm. 9 (noviembre), págs. 705-714.
- Couper, Ian, y Worley, Paul. 2002. «The ethics of international recruitment», *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health*, vol. 2, abril. Disponible en: <<http://rrh.deakin.edu.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=196>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Departamento de Salud de los Estados Unidos. 2002. *Projected supply, demand, and shortages of registered nurses: 2000-2020*. Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis, julio. Disponible en: <<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnproject/report.htm>> (página consultada el 13 de febrero de 2006).
- Diamond, David. 2002. «One nation, overseas», *Wired Magazine*, junio, edición en línea. Disponible en: <<http://www.wired.com/wired/archive/10.06/philippines-pr.html>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Dugger, Celia W. 2004. «Africa needs a million more health care workers, report says», *The New York Times* (Nueva York), 26 de noviembre, pág. A27.
- Dunn, Amanda. 2003. «Nurse shortage brings concern for patient care», *The Age* (Melbourne), 8 de mayo. Disponible en: <[www.theage.com.au/articles/2003/05/07/1052280322026.html](http://www.theage.com.au/articles/2003/05/07/1052280322026.html)> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Forcier, Mélanie Bourassa; Simoens, Steven, y Giuffrida, Antonio. 2004. «Impact, regulation, and health policy implications of physician migration in OECD countries», *Human Resources for Health*, vol. 2, núm. 12. Disponible en: <<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/12/#IDANTOOC>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Gathercole, Glenn. 2003. *Free movement of professionals: Opening up opportunities or perpetuating problems?* Actualización núm. 62, 14 de julio. European Public Health Alliance. Disponible en: <<http://www.ephia.org/a/521>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Greene, Jay. 2001. «United Kingdom, Canada moving to train more physicians», *American Medical News*, vol. 44, núm. 15, 14 de abril. Disponible en: <<http://www.ama-assn.org/amednews/2001/toc0416.htm>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).

- Home Office. 2006. «Working in the U.K.: Healthcare shortage occupations». Londres, Ministerio del Interior del Gobierno del Reino Unido. Disponible en <[http://www.ind.homeoffice.gov.uk/working\\_in\\_the\\_uk/en/homepage/work\\_permits/applying\\_for\\_a\\_work/business\\_and\\_commercial/shortage\\_occupations/health\\_sector.html?action=register](http://www.ind.homeoffice.gov.uk/working_in_the_uk/en/homepage/work_permits/applying_for_a_work/business_and_commercial/shortage_occupations/health_sector.html?action=register)> (página consultada el 13 de marzo de 2006).
- Hongoro, Charles, y McPake, Barbara. 2004. «How to bridge the gap in human resources for health», *The Lancet* (Londres), vol. 364, 16 de octubre, págs. 1451-1456.
- Jordan, B. 2001. «Nurses face emigration tax», *Sunday Times-Johannesburg*, 9 de septiembre.
- Kline, Donna S. 2003. «Push and pull factors in international nurse migration», *Journal of Nursing Scholarship* (Oxford), vol. 35, núm. 2, págs. 107-111.
- Lorenzo, F. 2002. *Nurse supply and demand in the Philippines*. Manila, Universidad de Filipinas, Instituto de Estudios de la Política y el Desarrollo de la Salud.
- Martin, Philip. 2003a. *Highly skilled labor migration: Sharing the benefits*. Ginebra, Instituto Internacional de Estudios Laborales de la OIT, mayo.
- . 2003b. *Sustainable migration policies in a globalizing world*. Ginebra, Instituto Internacional de Estudios Laborales de la OIT, marzo.
- McKenna, M. 2004. «US strains supply of nurses: Poor nations are losing trained professionals to better pay and greater opportunities», *Atlanta Constitution-Journal* (Atlanta), 14 de julio.
- Mejía, Alfonso; Pizurki, Helena, y Royston, Erica. 1979. *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Memedovic, Olga; Kuyvenhoven, Arie, y Molle, Willem T. M. (directores). 1998. *Globalization of labour markets: Challenges, adjustment and policy response in the EU and LDCs*. Boston (Massachusetts), Kluwer Academic.
- Mincer, Jacob. 1974. *Schooling, experience, and earnings*. Nueva York, National Bureau of Economic Research.
- Mulholland, Helene. 2003. «UK agrees health staff swap with South Africa», *The Guardian* (London), 24 de octubre. Disponible en: <<http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/story/-0,7991,1070388,00.html>> (página consultada el 10 de febrero de 2006).
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2004. «WHO estimates of health personnel». Disponible en <<http://who.int/globalatlas/default.asp>> (página consultada el 24 de marzo de 2006).
- Overpopulation.com. 2006. «Physicians and nurses per capita – Africa», en *Overpopulation.com, 2006*. Disponible en: <[http://www.overpopulation.com/faq/health/health\\_personnel/africa.html](http://www.overpopulation.com/faq/health/health_personnel/africa.html)> (página consultada el 14 de marzo de 2006).
- Oyowe, A. 1996. «Brain drain: Colossal loss of investment for developing countries», *The Courier ACP-EU*, vol. 159, págs. 59 y 60.
- Padarath, Ashnie; Chamberlain, Charlotte; McCoy, David; Ntuli, Antoinette; Rowson, Mike, y Loewenson, Rene. 2003. *Health personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain*. Discussion Paper núm. 3, Equinet (Network for Equity in Health in Southern Africa). Harare.
- Pakkiasamy, Divya. 2004. «Saudi Arabia's plan for changing its workforce», *Migration Information Source*, 1 de noviembre. Disponible en: <<http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=264>> (página consultada el 10 de febrero de 2006).
- Pang, Tikki; Lansang, Mary Ann, y Haines, Andy. 2002. «Brain drain and health professionals», *British Medical Journal* (Londres), vol. 324, págs. 499-500.
- PHR (Physicians for Human Rights – Médicos por los Derechos Humanos). 2004. *An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa*. Boston (Massachusetts).
- Regional Nursing Body, Caribbean Community Secretariat (RNB). 2004. *Managed migration*. Disponible en: <<http://prod-nursing.emory.edu/lccin/rnb/program.shtml>> (página consultada el 23 de marzo de 2006).
- Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC). 2004. *Implications of the nurse shortage: Questions and answers for registered nurses*. Vancouver (Canadá).

- Disponible en: <[http://www.rnabc.bc.ca/publicandmedia/issues\\_background/nurse\\_shortage/-causes.htm](http://www.rnabc.bc.ca/publicandmedia/issues_background/nurse_shortage/-causes.htm)> (página consultada el 10 de febrero de 2006).
- Saravia, Nancy Gore, y Miranda, Juan Francisco. 2004. «Plumbing the brain drain», *Bulletin of the World Health Organization* (Ginebra), vol. 82, núm. 8, agosto, págs. 608-615.
- Schmid, Karoline. 2004. «Strategies to manage migration of health professionals to protect national health systems will be successful only if all stakeholders are involved in the process», *Bulletin of the World Health Organization* (Ginebra), vol. 82, núm. 8, agosto, págs. 621 y 622.
- Secretaría del Commonwealth. 2003. *Companion Document to the Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. Disponible en: <<http://www.thecommonwealth.org/Templates/Colour.asp?NodeID=34044>> (página consultada el 9 de febrero de 2006).
- Shuman, Michael H. 2000. *Going local: Creating self-reliant communities in a global age*. Nueva York, Routledge.
- Sicilian, P. 2001. «On-the-job training and starting wages», *Journal of Labor Research* (Fairfax, Virginia), vol. 22, otoño, págs. 809-816.
- Stanton, P., Willis, E., y Young, S. 2005. *Workplace reform in the healthcare industry: The Australian experience*. Nueva York, Palgrave Macmillan.
- Stilwell, Barbara; Diallo, Kassoum; Zurn, Pascal; Vujicic, Marko; Adams, Orvill, y Dal Poz, Mario. 2004. «Migration of health-care workers from developing countries: Strategic approaches to its management», *Bulletin of the World Health Organization* (Ginebra), vol. 82, núm. 8, págs. 595-600.
- Taraldset, Anders. 2006. «Statistics and research on physicians in Norway in English». 16 de enero. Disponible en: <<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=8449>> (página consultada el 13 de febrero de 2006).
- The New York Times* (Nueva York). 2001. «Unfilled jobs in pharmacies raise fears of drug errors», 26 de agosto.
- The Times* (Londres). 2001. «Sick and tired», 17 de agosto, pág. 22.
- Weiner, R.; Mitchell, G., y Price, M. 1998. «Wits medical graduates: Where are they now?», en *South African Journal of Science* (Pretoria), núm. 94, págs. 59-63.