

# Médicos del Cono Sur de Latinoamérica residentes en Argentina y Brasil<sup>1</sup>

Gabriela Adriana Sala<sup>2</sup>

## Resumen

A partir de información de los censos demográficos de la ronda 2000/1 de Argentina y Brasil, esta ponencia describe las características de los migrantes de países del Cono Sur de América Latina vinculados al cuidado de la salud.

Muestra que la mayoría de los extranjeros residentes en Argentina insertos en ocupaciones de la salud y la sanidad provenía de Perú, Paraguay, Bolivia, Chile y Uruguay. Destaca la mayor concentración de los migrantes limítrofes entre los graduados en medicina y enfermería.

Paralelamente, en Brasil, la mayoría de los profesionales de las ciencias biológicas, la salud y afines nacidos en el Cono Sur eran médicos, cirujanos dentistas y enfermeras con formación profesional.

En ambos países, la mayoría de los profesionales de la salud nacidos en el Cono Sur se radicaron durante los años setenta. A partir de entonces, en todos los grupos migratorios, a excepción de los nacidos en Bolivia, declinó la cantidad de personas que fijaron residencia en estos países.

Muestra que Bolivia y Paraguay, países con muy baja disponibilidad de profesionales de salud, exportaron médicos y odontólogos hacia Argentina y Brasil, especialmente durante la década del setenta. También señala que la mayoría de los médicos migrantes estaban formalmente insertos en los mercados laborales de los países de destino y efectuaba aportes previsionales. Sin embargo, en Argentina era muy importante el porcentaje de quienes tenían una inserción laboral precaria, especialmente, entre quienes habían migrado durante los años noventa. En Brasil, quienes recibían un salario y hacían aportes a la previsión social tenían mayor peso relativo entre los médicos chilenos, argentinos y uruguayos y menor entre los bolivianos. A diferencia de lo que ocurría en Argentina, la estabilidad de la inserción laboral no estaba relacionada con la mayor antigüedad de la residencia en Brasil.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima- Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014.

<sup>2</sup> CONICET – CENEP. Email gabrielasala67@hotmail.com

## Médicos del Cono Sur de Latinoamérica residentes en Argentina y Brasil

### Introducción

Argentina, en el último cuarto del siglo XX, continuaba concentrando la mayor cantidad de migrantes intrarregionales del Cono Sur de América Latina y en Brasil creció la presencia de migrantes bolivianos, paraguayos, uruguayos y argentinos durante la década del noventa. En ambos países, entre 1990/1-2000/1, la presencia de bolivianos y paraguayos creció a mayor ritmo que la de otros migrantes de países del Cono Sur y declinó la población chilena, como resultado del retorno al país de origen.<sup>3</sup> Los nacidos en Uruguay, especialmente las mujeres, mostraron tasas de crecimiento negativas en Argentina y positivas en Brasil, situación que expresa el re-direccionamiento de la emigración de uruguayos hacia Estados Unidos, Europa y Brasil y de la pérdida del atractivo de Argentina.

Argentina era el principal destino de los migrantes limítrofes de baja calificación, mientras Brasil mostraba una presencia exigua de migrantes regionales entre quienes predominaban los de escolarización media y alta. Los nacidos en Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay que se dirigieron hacia Argentina tenían menos escolaridad que la población residente en este país. En Brasil, quienes provenían de Argentina, Bolivia, Chile y Uruguay, tenían mayor escolaridad que ésta y mayor participación de quienes habían concluido estudios superiores. La escolaridad de los nacidos en Paraguay se asemejaba a la de la población nativa.

La emigración calificada tiene una presencia relativamente antigua en América Latina y El Caribe y si bien se orientó principalmente hacia Estados Unidos y Europa, en Sudamérica, Argentina, Venezuela y Brasil se destacan como receptores de migrantes calificados intrarregionales (Pellegrino, 2003). Hacia comienzos del siglo actual, los profesionales de salud, especialmente los médicos, tenían un peso relevante entre los migrantes del Cono Sur con estudios superiores completos ocupados, residentes en Argentina y Brasil (Sala, 2009).

Esta ponencia describe las características de los migrantes de países del Cono Sur de América Latina residentes en Argentina y Brasil ocupados en actividades relacionadas con el cuidado de la salud. Pone especial énfasis en la caracterización de la inserción laboral de los médicos migrantes. Para ello, recurre a la información de los censos demográficos de la ronda 2000/1 de estos países.

El porcentaje de trabajadores migrantes en el total de profesionales de salud residentes en Argentina y Brasil es bajo, en relación al que presentan países como Gran Bretaña o Canadá, próximos a 30%. Sin embargo, la inserción laboral relacionada con el cuidado de la salud merece un análisis especial por su importante peso relativo en la distribución según ocupaciones de los migrantes calificados.

En Argentina, entre los ocupados con estudios superiores completos 39% de los hombres bolivianos, 40% de las mujeres bolivianas, 30% de los paraguayos de ambos sexos, 30% de los las mujeres uruguayas, 15% de los varones uruguayos y 24% de las mujeres chilenas desarrollaban ocupaciones relacionadas con el cuidado de la salud (Sala, 2009).

---

<sup>3</sup> En el año 2001 fueron censados en Argentina 233.464 bolivianos, 34.712 brasileños, 212.429 chilenos, 325.046 paraguayos y 117.564 uruguayos, que totalizaban 923.215 migrantes limítrofes. La población total residentes era de 36.260.130 habitantes en 2001. En el año 2000, en Brasil fueron censados 28.822 paraguayos, 27.531 argentinos, 24.740 uruguayos, 20.388 bolivianos y 17.131 chilenos. La población total residente era de 169.799.170 habitantes.

En Brasil, en el total de migrantes con estudios superiores concluidos ocupados, la categoría “profesionales de las ciencias biológicas, de la salud y afines”, concentraba a casi la mitad de los varones bolivianos, a un quinto de los paraguayos y a 10% de los uruguayos. Entre las mujeres calificadas ocupadas pertenecían a esta categoría: 31% de las bolivianas, 24% de las paraguayas, 17% de las uruguayas, 11% de las argentinas y 10% de las mujeres chilenas. La participación relativa de los profesionales de las ciencias biológicas, de la salud y afines era mucho menor entre los varones calificados chilenos y argentinos (6% y 4%, respectivamente) (Sala, 2009).

### **Algunas conceptualizaciones de migración calificada**

La migración calificada fue objeto de extensos análisis en el marco del debate sobre los alcances, características y consecuencias del “brain drain”. El concepto “brain drain” designa la transferencia internacional de recursos, en la forma de capital humano, a través de la migración de individuos calificados desde países y áreas en desarrollo hacia países desarrollados. Esta cuestión, que motivó numerosos estudios en las décadas de sesenta y setenta y estuvo asociada al debate sobre políticas de desarrollo, volvió a ser objeto de análisis en la década del noventa, a raíz del debate sobre políticas migratorias en los países desarrollados y del impacto de la emigración calificada en los países en desarrollo.

Entre las causas de este fenómeno se señalan las diferencias salariales y de oportunidades profesionales, la carencia de políticas de empleo apropiadas y de oportunidades para progresar en el país de origen, la relevancia del entrenamiento internacional y el diferencial tecnológico (Adams, 1968 en Lowell, 2002). También se indican otros factores que propician la emigración calificada, como la inestabilidad política y económica, la discriminación y persecución política, la existencia de redes científicas que incrementan los intercambios académicos entre países y la internacionalización de las empresas (Lowell, 2002).

El campo de los estudios de la migración internacional calificada también incluye un conjunto de abordajes referidos a los desplazamientos internacionales de estudiantes, propiciados por las estrategias de internacionalización de las instituciones de educación superior, las políticas educativas y migratorias de los países y la emergencia de una cultura de la movilidad estudiantil. La migración internacional de estudiantes puede ser considerada como precursora de la migración de personas calificadas; o bien, desde otra perspectiva, como una categoría específica de la migración calificada (Van Mol. 2008)

### **La emigración calificada en el Cono Sur de América Latina**

La emigración de latinoamericanos calificados ha sido objeto de numerosos análisis desde la década de sesenta. Se destaca la contribución realizada por los estudios en el marco del proyecto IMILA-CELADE, especialmente los trabajos de Pellegrino (1993, 2000, 2001 y 2003), Pellegrino y Martínez Pizarro (2001) y Villa y Martínez Pizarro (2000).

Entre los factores que propiciaron el incremento de la migración de recursos humanos calificados en América Latina, Pellegrino y Martínez Pizarro (2001) mencionan la transformación de la estructura productiva y de los sistemas educativos de los países de la región. Específicamente, consideran la importancia de la expansión de la matrícula en los

diversos niveles educativos, especialmente en el nivel superior. Al respecto, señalan que la ampliación de la oferta de las universidades y de los centros de investigación contribuyó a incrementar la disponibilidad de personas de alta calificación. También mencionan las crisis políticas y económicas y las dictaduras militares de los años setenta en Argentina, Chile y Uruguay, que incrementaron la emigración a Europa, Australia, Estados Unidos, Canadá y otros países latinoamericanos, como México, Venezuela y Costa Rica. Estos autores también hacen referencia al estímulo proveniente de empresas multinacionales que emplean trabajadores calificados y al desarrollo de los transportes y de las telecomunicaciones, que estimula una gran variedad de formas de movilidad espacial y de prácticas residenciales en varios países, que implican desplazamientos continuos y conducen a la adopción de un espacio de vida transnacional.

Son muy escasos y recientes los estudios que de algún modo se refieren a los migrantes calificados de otros países sudamericanos residentes en Argentina y Brasil. Así por ejemplo, Pellegrino y Martínez Pizarro (2000) muestran que los migrantes calificados latinoamericanos se dirigen principalmente hacia países externos a la región, aunque también consideran la relevancia de los intercambios interregionales. Señalan que, excluyendo a Estados Unidos como país de destino y sin considerar a los migrantes extra-regionales, hasta 1990, pocos países se destacaban como receptores interregionales en América Latina y entre ellos mencionan a Argentina, Brasil y Venezuela.

Por su parte, Pellegrino (2003) señala que en el Cono Sur de América Latina, Argentina y Uruguay sobresalen entre los emisores de “brain drain” hacia los Estados Unidos. Considera que si bien Brasil no es el destino principal para los argentinos y uruguayos, tiene una capacidad creciente de incorporar personas calificadas, por el mayor nivel de inversión, las políticas de desarrollo científico y tecnológico y una tradición en la captación de estudiantes de otros países latinoamericanos, a través de becas de estudio. También señala otros factores, como la existencia en Brasil de una política de estímulo a la industria y de fomento a los vínculos entre ésta, las universidades y los centros de investigación. Otros elementos que explican la emigración de argentinos y uruguayos calificados propuestos esta autora, serían los bajos salarios, el subempleo, el bajo apoyo a la investigación.

Existe un renovado interés por la emigración de recursos humanos de salud, que se expresa en declaraciones de las organizaciones internacionales. Para la OPS (2007), la emigración de personal de salud en Latinoamérica es un problema creciente, relacionado con incapacidad de los mercados laborales de los países expulsores de absorber adecuadamente a los profesionales de salud; las limitaciones presupuestarias de los servicios médicos públicos en los países de origen y las condiciones de trabajo insatisfactorias. Otros factores asociados con esta problemática son la poca adecuación de algunos programas de formación a los problemas sanitarios locales y a los niveles tecnológicos disponibles y el estímulo de agencias y reclutadores de enfermeros o médicos dispuestos a emigrar.

Las condiciones de inserción profesional en los países de origen ocupan un lugar destacado entre los factores que promueven la emigración del personal de salud. Promueven la emigración la baja remuneración y la incertidumbre laboral, el escaso equipamiento y la carencia de material de trabajo, los horarios rígidos, las jornadas laborales prolongadas y las pocas oportunidades para el desarrollo profesional en los países de origen. Algunos de los factores que colaboran en la atracción del personal de salud son la búsqueda de oportunidades de desarrollo profesional, la mayor seguridad personal y familiar, la compatibilidad de idioma, las políticas de otorgamiento de visas y las mejores oportunidades escolares en el país de destino (Koolhaas y Prieto, 2007).

## Profesionales de salud limítrofes que migraron a la Argentina

El censo de población de Argentina de 2001 captó a 20.418 extranjeros vinculados a ocupaciones de la salud y la sanidad, que representaban aproximadamente 3% del grupo ocupacional. La mayoría provenía de Perú, Paraguay, Bolivia, Chile y Uruguay. Los trabajadores peruanos representaban un quinto de los extranjeros y también se destaca la participación de las mujeres paraguayas y chilenas y de los hombres bolivianos, que concentraban, respectivamente, 17%, 16% y 14% del total de extranjeros en estas ocupaciones

Argentina es uno de los países que con mayor cantidad de médicos por habitantes en Latinoamérica y tiene un déficit de personal de enfermería. En esta profesión coexisten profesionales universitarios y enfermeros no universitarios, capacitados en escuelas hospitalarias (OPS, 2007).<sup>4</sup>

Las restricciones para ingresar a las facultades de medicina en las universidades estatales fueron cíclicas y es muy bajo el porcentaje de graduados en relación a los ingresantes. En general, en las universidades nacionales argentinas, el número de ingresantes a la carrera de medicina fue regulado a partir de exámenes de ingreso eliminatorios durante los gobiernos militares y, durante los gobiernos democráticos, las autoridades universitarias decidieron autónomamente aplicar o no estas restricciones. Actualmente existe una oferta importante de cursos de medicina en universidades privadas, con requisitos de admisión más flexibles que los de las universidades estatales.

El ejercicio legal de la medicina supone la posesión de la matrícula profesional habilitante, otorgada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Los profesionales graduados en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y España antes de matricularse deben **convalidar** sus estudios en el Ministerio de Educación de Argentina. La convalidación es posible por la existencia de convenios específicos que habilitan el ejercicio profesional a profesionales graduados en universidades de esos países. Cuando el diploma universitario fue obtenido en países que carecen de estos convenios, sus titulares deberán **revalidar** sus estudios en alguna Universidad Nacional. En los trámites de revalidación las autoridades de las Universidades Nacionales deben determinar si la formación de grado obtenida en el exterior es equivalente y adecuada a la actividad profesional y si corresponden exámenes teóricos y prácticos adicionales. Por otra parte, la revalidación de títulos extranjeros de nivel universitario también requiere la aprobación de estudios de nivel medio. Actualmente, una de las vías para adquirir una especialización médica es la residencia en hospitales escuela, en general bajo formas remuneradas, pero que no implican el establecimiento de vínculos laborales con la institución.

Entre los extranjeros radicados en Argentina, insertos en ocupaciones de la salud y la sanidad, la mayoría provenía de Perú, Paraguay, Bolivia, Chile y Uruguay. Los trabajadores peruanos representaban un quinto de los extranjeros en este grupo ocupacional. Las mujeres paraguayas y chilenas y los hombres bolivianos respectivamente, 17%, 16% y 14% del total de extranjeros en este grupo.

---

<sup>4</sup> En Argentina, se estimaba que en el año 2004 medio millón de trabajadores estaban vinculados a las actividades de salud y a los servicios sociales y 70% de ellos eran mujeres. La tasa de crecimiento anual de la población de médicos era mayor a la de la población del país (3,5% y 1,6%, respectivamente). El promedio nacional era de 3,2 médicos por 1.000 habitantes. El personal de enfermería era insuficiente. La relación médico/enfermero, era de 9,5 médicos por cada enfermero, si se consideran solamente los universitarios y de 1,5, si se consideraba, además, el personal auxiliar y empírico de enfermería (OPS, 2007). En 2004 la relación médico/personal de enfermería (enfermeros universitarios, personal auxiliar y empírico de enfermería) era de 4 médicos a 1, cuando las recomendaciones de la OMS indicaban que fuera de 1 enfermero imoversitario por cada médico.

En el conjunto de profesionales de salud es destacable la mayor concentración de los migrantes limítrofes entre los graduados en medicina y enfermería. Entre los médicos los mayores niveles de sobrerrepresentación se observan entre los varones bolivianos y los nacidos en Paraguay y Brasil. El peso relativo de los odontólogos era mayor entre los nacidos en Paraguay. Las mujeres profesionales nacidas en país limítrofe estaban más concentradas entre las graduadas en enfermería. Se destaca la mayor sobrerrepresentación entre los enfermeros profesionales, de los varones chilenos y de las mujeres bolivianas, chilenas y paraguayas y, en menor medida de las brasileras y uruguayas (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Argentina. Profesionales de las ciencias biológicas, salud y ocupación similares, por sexo, ocupación, y el país de nacimiento (%). 2001**

<b>Sexo y ocupación</b>	<b>Argentina</b>	<b>Bolivia</b>	<b>Brasil</b>	<b>Chile</b>	<b>Paraguay</b>	<b>Uruguay</b>	<b>Total Cono Sur</b>
<b>Varones</b>							
Psicología	4,0	1,3	7,0	6,5	0,9	6,7	3,0
Odontología	11,6	8,5	3,5	7,6	14,5	10,6	9,9
Enfermería	1,6	3,1	0,0	11,8	3,8	4,3	4,4
Kinesiología	2,9	0,2	0,0	5,3	1,6	2,0	1,4
Medicina	63,8	80,9	71,9	51,2	72,2	56,9	70,7
Veterinaria	6,0	0,3	1,8	2,9	1,3	5,1	1,8
Otras profesiones	10,0	5,7	15,8	14,7	5,7	14,5	8,8
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	<b>80842</b>	<b>613</b>	<b>57</b>	<b>170</b>	<b>317</b>	<b>255</b>	<b>1412</b>
<b>Mujeres</b>							
Psicología	17,4	3,7	9,2	9,0	9,0	20,7	11,6
Odontología	12,4	12,1	7,9	5,2	15,1	12,3	11,2
Enfermería	5,8	33,2	11,8	33,1	18,0	11,7	21,9
Kinesiología	5,4	3,0	6,6	4,1	3,2	2,4	3,3
Medicina	33,3	31,5	47,4	23,4	37,6	34,4	33,0
Veterinaria	1,4	0,0	0,0	0,7	0,3	2,0	0,8
Otras profesiones	24,2	16,4	17,1	24,5	16,7	16,5	18,2
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	<b>103097</b>	<b>298</b>	<b>76</b>	<b>290</b>	<b>311</b>	<b>454</b>	<b>1429</b>

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001

La información sobre año de llegada a la Argentina es de muy mala calidad. No obstante, si se soslayara esta importante deficiencia, se puede observar que la mayoría de los médicos, dentistas y enfermeros paraguayos habría fijado residencia en Argentina antes de 1970. En la década del setenta, lo hicieron la mayoría de los médicos, dentistas y enfermeros chilenos y uruguayos. Debido a la antigüedad de su permanencia, es probable que hubiesen adquirido su formación en Argentina. A diferencia del aporte de estos grupos migratorios, la mayor parte de los trabajadores y profesionales de salud bolivianos migró a la Argentina durante los años ochenta y noventa. Entre los médicos y dentistas nacidos en Chile, Paraguay y Uruguay el porcentaje de quienes se radicaron en esas décadas cayó notablemente. La participación de trabajadores y profesionales brasileños ocupados en actividades de salud y sanidad era muy baja. La mayoría de ellos se radicó en Argentina durante los años setenta y los noventa (Tablas 2, 3 y 4). El peso de las respuestas ignoradas conduce a analizar la estructura de edades. Los stocks de médicos brasileños y chilenos eran los más jóvenes. Esta característica podría estar asociada a la renovación del stock de médicos debido a la migración de estudiantes de estos países, cuyas carreras de medicina tienen requisitos de admisión y permanencia más estrictos que los de Argentina. Por el contrario, los contingentes más envejecidos corresponden a Paraguay y Uruguay, con 52% y 46% de los médicos con 50 y más años de edad (Tabla 5).

**Tabla 2**  
**Argentina. Médicos por sexo, período en el que fijaron residencia en la Argentina y país de nacimiento (%) . 2001**

Sexo y país de nacimiento	Antes de 1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	S/D	Total (%)	Total (Abs)
<b>Varones</b>							
Bolivia	23,0	15,0	25,5	25,7	10,7	100,0	521
Brasil	21,2	25,0	21,2	15,4	17,3	100,0	52
Chile	27,5	30,3	14,7	11,0	16,5	100,0	109
Paraguay	57,8	20,2	6,6	1,7	13,6	100,0	287
Uruguay	34,1	39,1	11,2	4,5	11,2	100,0	179
Total	33,8	22,0	17,3	14,5	12,4	100,0	1.148
<b>Mujeres</b>							
Bolivia	19,4	19,4	17,5	39,8	3,9	100,0	103
Chile	21,5	36,7	16,5	10,1	15,2	100,0	79
Paraguay	44,8	22,1	9,7	2,8	20,7	100,0	145
Uruguay	13,3	46,1	20,0	6,1	14,4	100,0	180
Total	24,1	32,0	15,7	13,7	14,4	100,0	547*

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001 \*Incluye 40 mujeres brasileñas,

**Tabla 3**  
**Argentina. Dentistas por sexo, período en el que fijaron residencia en la Argentina y país de nacimiento (%) . 2001**

País de nacimiento	Antes de 1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	S/D	Total (%)	Total (Abs)
Bolivia	22,3	5,4	22,3	33,0	17,0	100,0	112
Chile	21,7	32,6	26,1	10,9	8,7	100,0	46
Paraguay	52,5	17,8	5,9	6,8	16,9	100,0	118
Uruguay	25,7	37,6	11,9	7,9	16,8	100,0	101
Total	32,5	20,3	15,2	15,7	16,2	100,0	394

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001 \*Contiene 17 nacidos en Brasil

**Tabla 4**  
**Argentina. Enfermeras por sexo, período en el que fijaron residencia en la Argentina y país de nacimiento (%) . 2001**

País de nacimiento	Antes de 1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	S/D	Total (%)	Total (Abs)
Bolivia	14,3	17,1	32,9	20,0	15,7	100,0	140
Chile	10,3	36,8	26,5	8,4	18,1	100,0	155
Paraguay	39,5	26,7	10,5	8,1	15,1	100,0	86
Uruguay	10,71	36,9	17,9	15,5	19,0	100,0	84
Total	17,2	28,2	23,4	14,5	16,6	100,0	482*

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001 \*Contiene 17 nacidos en Brasil

**Tabla 5**  
**Argentina. Médicos país de nacimiento según edad (%) . 2001**

Edad	Bolivia	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay	Total limítrofes
Hasta 39	26,0	47,8	42,0	15,3	24,8	26,0
40-49	42,9	31,5	27,7	33,1	29,5	35,3
50 y más	31,1	10,9	30,3	51,6	45,7	38,8
Total	100,0	90,2	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001 \*Contiene 17 nacidos en Brasil

La mayoría de los médicos migrantes estaba concentrada en las jurisdicciones con mayor cantidad de médicos (Ciudad autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) (Tabla 6).

A partir de los aportes jubilatorios es posible determinar formas precarias de vinculación laboral. La precariedad se asocia a la estabilidad o a la duración de la contratación, considerando como precario a los contratos laborales que no son de duración permanente (OIT, 2003). En Argentina, los asalariados en relación de dependencia registrados aportaban al sistema previsional, a partir de descuentos efectuados por el empleador. Durante los años ochenta, y fundamentalmente durante los noventa, crecieron las formas de contratación encubiertas de trabajadores *autónomos*, que aun estando en relación de dependencia efectuaban voluntariamente aportes jubilatorios al sistema previsional.

La distribución desigual de los profesionales y la tendencia a la precarización de la profesión dieron lugar a la existencia de circuitos diferenciados de atención médica. Con frecuencia, los médicos migrantes de arribo reciente trabajan en condiciones más precarias que los médicos argentinos y que sus compatriotas que fijaron residencia en periodos anteriores.

Los médicos migrantes residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba mostraban mayor nivel de precariedad que los médicos argentinos, porque entre ellos eran más bajos los porcentajes de trabajadores con descuentos jubilatorios y mayores los de quienes no efectuaban aportes ni tenían descuento. En Buenos Aires y Santa Fe era más alto el porcentaje de asalariados con descuentos jubilatorios entre los migrantes, que entre los nativos (Tabla 6 y 7). A la mayoría de los médicos de ambos sexos nacidos en Bolivia, Chile y Paraguay y a las mujeres uruguayas les descontaban los aportes jubilatorios (Tabla 8). Como es esperable, era más alta la proporción de trabajadores precarios entre quienes migraron en la década del noventa. En el total de migrantes del Cono Sur que fijaron residencia en Argentina esa década, a 50% le efectuaban descuentos jubilatorios, 26% aportaba y a 24% no le descontaban ni aportaba. Estos porcentajes eran de 57%, 33% y 10% en el total de médicos del Cono Sur, sin distinguir por tiempo de residencia.

**Tabla 6**  
**Argentina. Jurisdicciones seleccionadas. Médicos de ambos sexos nacidos en países del Cono Sur, según tipo de aportes jubilatorios (%). 2001**

Tipo de aportes jubilatorios	Total país	Provincia de Buenos Aires	Ciudad autónoma de Bs. As	Córdoba	Santa Fe
Le descuentan	56,6	61,3	51,9	33,0	53,8
Aporta	32,7	30,5	33,3	50,5	36,5
No le descuentan ni aporta	10,4	8,2	14,2	16,5	9,6
No recibe sueldo	0,2		0,6	0,0	0,0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	1695	548	522	91	52

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001

**Tabla 7**  
**Argentina. Jurisdicciones seleccionadas. Médicos de ambos sexos nacidos en Argentina, según tipo de aportes jubilatorios (%). 2001**

Tipo de aportes jubilatorios	Total país	Provincia de Buenos Aires	Ciudad autónoma de Bs. As	Córdoba	Santa Fe
Le descuentan	54,1	58,0	54,8	44,2	42,1
Aporta	36,8	35,9	34,5	44,7	48,3
No le descuentan ni aporta	8,9	6,0	10,5	10,8	9,4
No recibe sueldo	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	100.031	30.266	24.545	11.076	8067

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001

**Tabla 8**  
**Jurisdicciones seleccionadas de Argentina. Médicos de ambos sexos por aportes jubilatorios y país de nacimiento (%). 2001**

Jurisdicción	País de nacimiento				
	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	Total Cono Sur
<b>Provincia de Buenos Aires</b>					
Le descuentan	66,5	64,3	60,9	52,3	61,3
Aporta	22,0	26,8	34,8	40,0	30,5
No le descuentan ni aporta	11,5	8,9	4,3	7,7	8,2
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	209	56	138	130	548
<b>Ciudad de Buenos Aires</b>					
Le descuentan	57,5		51,0	56,5	46,7
Aporta	26,9		32,7	32,3	42,0
No le descuentan ni aporta	15,1		14,3	9,7	11,3
No recibe sueldo	0,5		2,0	1,6	0,0
Total (%)	100,0		100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	212	49	62	150	522

Fuente: INDEC (2005) Censo de Población, Hogares Viviendas 2001

### **Profesionales de salud del Cono Sur de América Latina en Brasil**

En Brasil en el 2000, los nacidos en Chile presentaban el mayor porcentaje de personas con estudios superiores concluidos (39,5%, entre los hombres y 33,8%, entre las mujeres). El porcentaje de migrantes calificados era también importante entre los argentinos (35,5%, entre los hombres y 30,7%, entre las mujeres); los bolivianos (34,1%, entre los varones y 19,5%, entre la mujeres) y los uruguayos (19,8%, entre los hombres y 15,7%, entre las mujeres). Entre los hombres bolivianos, paraguayos y uruguayos y las mujeres de todos los orígenes, con estudios superiores concluidos, la mayoría había fijado residencia en el Brasil, a una edad estimada, inferior a los 25 años. Por lo que es probable, que concluyeran sus estudios superiores en ese país. Entre los hombres argentinos y chilenos este grupo era mayoritario se habrían radicado en el Brasil con 25 y más años y, probablemente, se graduaron es universidades o establecimientos de nivel terciario de sus países de origen (Sala, 2005).

Los profesionales de salud tenían un peso relevante entre los migrantes calificados nacidos en países del Cono Sur residentes en Brasil, especialmente entre los bolivianos y paraguayos. Con relación a los trabajadores nativos con estudios superiores completos los migrantes del Cono Sur de América Latina estaban sobre-representados en este grupo de ocupaciones (Sala, 2009). El porcentaje de empleadores y de trabajadores por cuenta propia entre los profesionales de las ciencias biológicas, de la salud y afines indica la autogeneración de opciones laborales. En este grupo ocupacional, la mayoría de los varones argentinos eran empleadores y de las argentinas cuentapropistas. Entre los varones y mujeres chilenos y uruguayos y las mujeres bolivianas predominaban los trabajadores registrados, aunque el peso relativo de los no registrados era relevante. Los porcentajes de trabajadores no registrados eran muy altos entre los varones bolivianos, chilenos, paraguayos y uruguayos (37%, 33%, 42% y 18%, respectivamente) y entre las mujeres argentinas, bolivianas y uruguayas (28%, 12% y 29%, respectivamente). Esta categoría concentraba a la mayoría de los varones bolivianos y paraguayos (Sala, 2009).

Brasil y Argentina presentan diferencias en lo que respecta a relación profesionales de salud y la cantidad de habitantes. En Brasil, tanto las universidades públicas federales, como las privadas tienen exámenes eliminatorios muy estrictos para ingresar a las carreras de medicina

y enfermería, la cantidad de médicos por habitantes es menor que en Argentina y los médicos están fuertemente concentrados en los grandes centros urbanos<sup>5</sup>.

A fines de la década del noventa, durante la presidencia de Fernando Henrique Cardoso, Brasil cambió su política de reconocimiento de diplomas universitarios extranjeros, dificultando la reválida de estudios y el ejercicio legal de la medicina. Esta situación multiplicó las presentaciones judiciales de médicos graduados fuera de Brasil y de los Consejos regionales y Federal de Medicina, interesados en regular el ejercicio de esta profesión. En 1999, fue aprobada la Ley 9.394/96, que obliga a brasileños y extranjeros a revalidar los diplomas universitarios obtenidos fuera de Brasil en universidades brasileiras para ejercer legalmente en ese país. En el caso de los médicos, son necesarios exámenes de suficiencia profesional y de conocimiento en lengua portuguesa. Anteriormente, el reconocimiento de diplomas de medicina extranjeros podía realizarse en cualquier universidad estatal o federal y, posteriormente, los Consejos Regionales de Medicina daban el registro que legalizaba el ejercicio profesional. En los primeros años de la década pasada, los gobiernos estatales buscaron ampliar el acceso a los servicios de salud a las personas de bajos recursos y residentes en áreas alejadas. Para satisfacer la demanda de médicos fueron contratados profesionales extranjeros, pero esta medida enfrentó la resistencia de los colegios médicos.<sup>6</sup> También en Brasil se precarizaron las condiciones de trabajo y de contratación de los profesionales de la salud, aunque todavía el ejercicio de la medicina es una profesión lucrativa, por el mayor retorno a la escolaridad en este país.<sup>7</sup>

En Brasil, la categoría que contenía a los profesionales de las ciencias biológicas, la salud y afines nacidos en países del Cono Sur, incluía mayoritariamente a médicos y cirujanos dentistas de ambos sexos y enfermeras con formación profesional. Los mayores porcentajes de médicos correspondían a los hombres bolivianos y paraguayos (69% y 67%, respectivamente) y a las mujeres bolivianas y argentinas (50% y 34% respectivamente). Los porcentajes más altos de cirujanos dentistas se observaban entre los hombres chilenos y bolivianos (33% y 28%, respectivamente) y entre las mujeres argentinas y paraguayas (40% y 24%, respectivamente). Las mujeres bolivianas, chilenas, paraguayas y uruguayas también estaban concentradas entre las enfermeras con formación superior (14%, 28%, 12% y 21%, respectivamente). También se destaca la participación de fisioterapeutas, especialmente entre las paraguayas, argentinas y uruguayas (17%, 16% y 15%, respectivamente); de biólogas, entre las chilenas (20%) y de farmacéuticas, entre, las bolivianas y paraguayas (22% y 16%, respectivamente) (Tabla 9).

Bolivia aportó la mayor parte de profesionales de salud del Cono Sur censados en Brasil. La mayoría de los médicos y dentistas de este origen se radicó en Brasil antes de los años setenta. Entre los médicos era también importante el porcentaje de quienes se radicaron durante los años ochenta. La mayoría de los médicos y dentistas argentinos de ambos sexos y los médicos varones chilenos, paraguayos y uruguayos fijaron residencia en Brasil durante los años

---

<sup>5</sup> En Brasil, en 2004 había 1,6 médicos y 1,0 odontólogos por 1.000 habitantes en todo el país y existían importantes diferencias regionales, estando las regiones Sur y Sureste en situación más favorable (OPS, 2007).

<sup>6</sup> A mediados de abril del 2005, el gobierno del estado de Tocantins rescindió los contratos de trabajo de 56 de los 96 médicos cubanos que habían llegado a Brasil a través de convenios bilaterales entre los gobiernos de Cuba y Brasil. Esta medida resultó del acatamiento de la prohibición de la Justicia Federal del ejercicio de la medicina a los profesionales que no hubiesen revalidado sus títulos, a raíz de una causa iniciada por el *Conselho Regional de Medicina*. La decisión gubernamental motivó un incidente diplomático, que culminó con el pedido del gobierno cubano de repatriación y la salida de los 96 médicos (véanse fuentes periodísticas en Sala, 2005).

<sup>7</sup> Brasil era y es uno de los países con mayores retornos a la escolaridad en Latinoamérica. A fines de los años noventa, presentaba las brechas salariales más importantes de Latinoamérica según nivel de instrucción. Mostraba las mayores tasas de retorno a la educación primaria (17%) y los retornos a la educación universitaria eran superiores al 20% (BID, 1999).

setenta. Más de la mitad de las médicas uruguayas migró durante los años noventa y la mayoría de las bolivianas, lo hizo durante los años ochenta y noventa. La mayoría de las mujeres profesionales se radicó en Brasil una década más tarde que los hombres del mismo origen (Tabla 9 y 10). La presencia de enfermeras de países del Cono Sur era inexpressiva.

El censo demográfico brasileño registró en el año 2000 a 198.153 médicos, de los cuales 5675 eran extranjeros (2,9%). La mayoría de ellos había nacido en Bolivia, Portugal, Perú, Colombia, Italia, Argentina, Cuba, Uruguay, Paraguay y España. Los médicos nacidos en otros países del Cono Sur estaban muy concentrados en los estados de las regiones Sudeste y Sur. Estas regiones, además de ser las más prosperas de Brasil, tenían una oferta de recursos humanos de salud superior a la media nacional. La región Sudeste, compuesta por los estados de San Pablo, Rio de Janeiro y Minas Gerais, es la más poblada de Brasil y los dos primeros estados fueron históricamente los principales polos de atracción para la migración internacional del Cono Sur. En las décadas del ochenta y noventa los estados de la región Sur (Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul) se convirtieron en importantes receptores de la migración de uruguayos, argentinos y paraguayos.

La mayoría de los médicos argentinos eran empleadores y de las médicas argentinas, cuentapropistas. Entre los varones y mujeres chilenos y uruguayos y las mujeres bolivianas predominaban los trabajadores registrados, aunque el peso relativo de los no registrados era relevante. Los porcentajes de trabajadores no registrados eran muy altos entre los varones bolivianos, chilenos, paraguayos y uruguayos (37%, 33%, 42% y 18% respectivamente) y entre las mujeres argentinas, bolivianas y uruguayas (28%, 12% y 29% respectivamente). Esta categoría concentraba a la mayoría de los varones bolivianos y los médicos paraguayos. Los pasantes sin remuneración estaban presentes entre los médicos bolivianos, especialmente entre quienes residían en San Pablo (Tablas 11 y 12).

**Tabla 9**  
**Brasil. Ocupados en las ciencias biológicas, salud y ocupación similares, por sexo, ocupación, y el país de nacimiento (%). 2000**

Sexo y ocupación	País de nacimiento					
	Argentina	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	Total
<b>Hombres</b>						
agrónomos y afines	12,3	0,9	9,9	0,0	0,0	2,7
Médicos	63,9	68,5	41,1	66,7	48,8	64,1
Cirujanos dentistas	15,9	28,1	33,1	9,6	18,5	24,5
Veterinarios	4,4	2,1	0,0	0,0	19,0	3,6
Farmacéuticos	0,0	0,4	0,0	18,7	5,4	2,4
fisioterapeutas y afines	3,6	0,0	15,9	5,1	8,3	2,7
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	<b>252</b>	<b>1403</b>	<b>151</b>	<b>198</b>	<b>205</b>	<b>2209</b>
<b>Mujeres</b>						
biólogos y afines	0,0	0,0	23,2	0,0	0,0	3,7
Médicos	34,3	50,0	18,7	22,1	26,2	33,2
Cirujanos dentistas	39,9	14,5	12,3	24,0	13,1	20,9
Veterinarios	0,0	0,0	14,8	8,7	0,0	3,3
Farmacéuticos	4,3	21,7	0,0	16,3	4,2	9,8
enfermeras de nivel superior y afines	0,0	13,8	27,7	11,5	21,0	14,1
fisioterapeutas y afines	16,3	0,0	3,2	17,3	15,0	9,5
nutricionistas	5,2	0,0	0,0	0,0	15,0	4,5
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0*	100,0*
Total (abs.)	<b>233</b>	<b>276</b>	<b>155</b>	<b>104</b>	<b>214</b>	<b>982</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra \*Incluye agrónomas uruguayas

**Tabla 10**

**Brasil. Médicos por sexo, período en el que fijaron residencia en Brasil y país de nacimiento (%). 2000**

Sexo y período en el que fijaron residencia en Brasil	País de nacimiento					Total
	Argentina	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	
<b>Varones</b>						
Antes 1970	16,7	29,7	0,0	20,3	11,0	24,7
1970-1979	60,5	23,1	38,7	39,8	57,0	32,0
1980-1989	6,8	29,7	30,6	21,8	32,0	26,5
1990-2000	16,0	17,5	30,6	18,0	0,0	16,7
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	<b>162</b>	<b>960</b>	<b>62</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>1417</b>
<b>Mujeres</b>						
Antes 1970	22,5	25,4			0,0	23,3
1970-1979	11,3	15,9			28,6	19,9
1980-1989	38,8	29,7			17,9	28,5
1990-2000	27,5	29,0			53,6	28,2
Total (%)	100,0	100,0			100,0	100,0
Total (abs.)	<b>80</b>	<b>138</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>326</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

**Tabla 11**

**Brasil. Dentistas por sexo, período en el que fijaron residencia en Brasil y país de nacimiento (%). 2000**

Período en el que fijaron residencia en Brasil	Hombres				Mujeres	
	Argentina	Bolivia	Chile	Total*	Argentina	Total**
Antes 1970	17,5	38,4	0,0	29,3	24,5	29,3
1970-1979	60,0	27,2	80,0	38,0	42,6	38,0
1980-1989	22,5	25,2	20,0	25,0	23,4	25,0
1990-2000	0,0	9,2	0,0	7,6	9,6	7,6
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (abs.)	<b>40</b>	<b>393</b>	<b>50</b>	<b>539</b>	<b>94</b>	<b>539</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

\*Incluye 19 hombres paraguayos y 37 uruguayos. \*\*Incluye 40 mujeres bolivianas, 19 chilenas 25 paraguayas y 28 uruguayas

**Tabla 12**

**Brasil. Médicos nacidos en países del Cono Sur, según sexo y posición en el trabajo principal, por país de nacimiento (%). 2000**

Sexo posición en el trabajo principal	Argentina	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	Total Cono Sur
<b>Varones</b>						
Empleado con cartera de trabajo firmada	32,7	36,1	37,1	29,5	38,0	35,3
Empleado sin cartera de trabajo firmada	8,0	36,9	32,3	42,4	18,0	32,6
Empleador	42,6	4,3	17,7	3,8	0,0	8,9
Cuenta propia	16,7	19,8	12,9	24,2	44,0	21,2
Aprendiz o Pasante sin remuneración	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,0
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>162</b>	<b>961</b>	<b>62</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>1417</b>
<b>Mujeres</b>						
Empleado con cartera de trabajo firmada	36,3	64,5	21		35,7	48,9
Empleado sin cartera de trabajo firmada	27,5	11,6	8	12	28,6	22,8
Empleador	0,0	12,3			17,9	8,3
Cuenta propia	36,3	11,6		10	17,9	20,0
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0			100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>80</b>	<b>1138</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>325</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

La mayoría de los médicos bolivianos residentes en San Pablo y Rio de Janeiro eran empleados registrados. Mientras que en Minas Gerais, Rio Grande do Sul y Santa Catarina, la mayoría eran cuentapropistas. El segundo grupo más número entre los médicos de los estados seleccionados, era el de los empleados no registrados, especialmente entre los residentes en Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais y Santa Catarina, donde esta categoría concentraba, respectivamente, 38%, 35%, 31% y 25% los médicos residentes (Tabla 14).

El análisis combinado de las variables posición en la ocupación y contribución al Instituto del Previsión oficial en el trabajo principal muestra un rasgo significativo de la inserción laboral de los médicos en Brasil, relacionado con la importante oferta de becas de posgrado para extranjeros. El sistema educativo brasilero brinda soporte económico a quienes se encuentran en el circuito de formación post universitaria y ofrece un importante número de becas de post grado a graduados universitarios de países latinoamericanos y del África lusófona. Estas condiciones explican en parte, la importante presencia relativa de empleados con cartera de trabajo firmada a quienes no correspondía la indagación sobre aportes al sistema previsional oficial entre los médicos migrantes. Entre los empleados que no respondieron a la pregunta sobre aportes a la previsión oficial, por ser presumiblemente aprendices o pasantes remunerados ubicamos a la mayoría de los médicos argentinos, uruguayos, bolivianos y paraguayos (45%, 41%, 40% y 25%, respectivamente) (Tabla 15) (Ver Anexo Metodológico).

Quienes recibían un salario y hacían aportes a la previsión social tenían mayor peso relativo entre los médicos chilenos, argentinos y uruguayos. Los nacidos en Chile concentraban los mayores porcentajes de contribuyentes, tanto entre los empleados registrados como no registrados y de no contribuyentes entre los registrados. Los nacidos en Paraguay y Argentina concentraban los mayores porcentajes de médicos no registrados, que no contribuían al sistema previsional y los nacidos en Chile y Uruguay, los de médicos registrados que no efectuaban contribuciones. Entre los trabajadores registrados el menor porcentaje de contribuyentes correspondía a los trabajadores bolivianos (Tabla 15).

La estabilidad de la inserción laboral, detectable a partir de la posesión de cartera de trabajo y de los aportes jubilatorios, no estaría relacionada con la mayor antigüedad de la residencia en Brasil entre los médicos bolivianos (Tabla 16) y si podría estarlo entre los médicos chilenos, población que no tuvo renovación por el ingreso de nuevos migrantes. A diferencia de lo que ocurre en Argentina, en Brasil, los médicos migrantes que fijaron residencia durante los años noventa tendrían una inserción laboral menos precaria, ya que entre ellos son mayores los porcentajes de contribuyentes previsionales y de empleados públicos estatutarios.

**Tabla 13**  
**Estado de San Pablo. Médicos nacidos en países del Cono Sur, según posición en el trabajo principal, por país de nacimiento (%). 2000**

Posición en el trabajo principal	País de nacimiento					Total Cono Sur
	Argentina	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	
Empleado con cartera de trabajo firmada	29,1	54,6	54,3	14,3	19,4	45,3
Empleado sin cartera de trabajo firmada	6,0	19,7	45,7	39,3	47,2	21,7
Empleador	31,6	4,6	0,0	8,9	0,0	9,0
Cuenta propia	33,3	14,9	0,0	37,5	33,3	20,0
Aprendiz o Pasante sin remuneración	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	4,0
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>117</b>	<b>456</b>	<b>35</b>	<b>56</b>	<b>36</b>	<b>700</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

**Tabla 14**  
**Brasil. Médicos de ambos sexos nacidos en Bolivia, según posición en el trabajo principal y estado de residencia (%). 2000**

Posición en el trabajo principal	Estado de residencia				
	São Paulo	Rio de Janeiro	Minas Gerais	Rio Grande do Sul	Santa Catarina
Empleado con cartera de trabajo firmada	54,6	48,2	15,2	14,5	24,6
Empleado sin cartera de trabajo firmada	19,7	38,1	31,6	34,8	24,6
Empleador	4,6	4,6	10,1	0,0	0,0
Cuenta propia	14,9	9,1	43,0	50,7	50,9
Aprendiz o Pasante sin remuneración	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>456</b>	<b>197</b>	<b>79</b>	<b>69</b>	<b>57</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

**Tabla 15**  
**Brasil. Médicos de ambos sexos nacidos en países del Cono Sur, según posición en el trabajo principal y aportes a la Previsión oficial, por país de nacimiento (%). 2000**

Posición en el trabajo principal y aportes a la Previsión oficial	Argentina	Bolivia	Chile	Paraguay	Uruguay	Total Cono Sur
<b>Empleado con cartera de trabajo firmada</b>						
contribuye a la previsión oficial	17,1	5,8	26,0	11,2	10,8	9,0
No contribuye a la previsión oficial	7,7	8,3	15,1	0,0	11,8	8,2
No corresponde la indagación (probablemente aprendiz o pasante <b>CON REMUNERACION</b> )*	45,3	39,9	20,5	25,2	40,9	38,0
<b>Empleado sin cartera de trabajo firmada</b>						
contribuye a la previsión oficial	12,8	16,8	27,4	20,6	18,3	17,5
No contribuye a la previsión oficial	17,1	9,9	0,0	22,4	8,6	11,0
No corresponde la indagación por ser* militar o empleado público estatutario	0,0	19,3	11,0	20,6	9,7	16,3
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>117</b>	<b>808</b>	<b>73</b>	<b>107</b>	<b>93</b>	<b>1198</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

**Tabla 16**  
**Brasil. Médicos de ambos sexos nacidos en países del Cono Sur, según posición en el trabajo principal y aportes a la Previsión oficial, por país de nacimiento (%). 2000**

Contribución a la previsión oficial	Nacidos en Bolivia			Nacidos en países del Cono Sur		
	Fijaron residencia antes de 1900	Fijaron residencia entre 1900-2000	Total	Fijaron residencia antes de 1900	Fijaron residencia entre 1900-2000	Total
Si	32,7	41,8	34,5	41,1	44,4	41,8
No	22,3	21,2	22,1	19,4	28,0	21,0
Aprendiz o pasante	32,4	16,3	29,3	28,8	14,6	26,1
Militar o empleado	12,6	20,7	14,2	10,7	13,1	11,2
<b>Total (%)</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Total (absoluto)</b>	<b>891</b>	<b>208</b>	<b>1100</b>	<b>1415</b>	<b>329</b>	<b>1746</b>

Fuente: IBGE (2004) Censo Demográfico 2000. Microdatos de muestra

El conocimiento de la edad al momento de migrar permite suponer en qué país los migrantes fueron escolarizados y adquirieron experiencia laboral, como así también sobre las perspectivas futuras de reemigración o retorno. Borjas (1999) señala que quienes migraron siendo niños habrían asimilado los valores y la cultura del país receptor y tendrían mayores posibilidades de una mejor inserción en el mercado de trabajo. Esta edad está relacionada también con el tiempo de residencia en el país de destino y con diferencias salariales, ya que la escolaridad y experiencia obtenidas en el país de destino son mejor remuneradas que las logradas en el país de origen (Ferrer, Geen y Riddell, 2004). Finalmente, otro aspecto develado por la edad al momento de migrar se relaciona con el debate acerca de los costos para los países de origen y los beneficios para los de acogida de la transferencia de capital humano, resultante de la migración calificada, asociados a la formación y entrenamiento profesional.

Una forma aproximada de saber si los migrantes concluyeron sus estudios superiores en el país de origen es estimar la edad probable de fijación de residencia en el Brasil, restando a la edad declarada en el momento del censo la diferencia entre 2000 y el año en que fue fijada la residencia en ese país. Así, se observó que en Brasil, la mayoría de los médicos nacidos en Argentina, Bolivia y Uruguay habría migrado con 25 y más años. Situación que indicaría el mayor grado de permeabilidad al ingreso de profesionales graduados fuera de Brasil, producto, tanto de los mecanismos de admisión y permanencia vigentes para migrantes y nativos en esas ocupaciones en diferentes periodos, como de las estrategias desplegadas por los migrantes para generar oportunidades de empleo en el país receptor. Cabe destacar que el cambio en la legislación habría reducido esta permeabilidad.

## **Reflexiones finales**

Si se soslaya la mala calidad de los datos sobre año de llegada del censo argentino, es posible suponer que la mayoría de los migrantes vinculados a ocupaciones relacionadas con el cuidado de la salud se radicaron en Argentina y Brasil durante los años setenta. A partir de entonces, en todos los grupos migratorios, a excepción de los nacidos en Bolivia, declinó la cantidad de personas que fijaron residencia en estos países. Esto indicaría que la migración de profesionales de salud, entendida como cambio de residencia habitual, habría sido más intensa en el pasado que la actualidad. Por otra parte, la información censal se refiere a los que sobrevivieron y no re-emigraron.

Durante la década del setenta confluyeron una serie de procesos, que podrían haber incentivado la radicación de profesionales de salud o de niños migrantes, que posteriormente se graduaron en profesiones vinculadas al cuidado de la salud en los países de destino. Argentina recibió un contingente importante de migrantes limítrofes, entre los que ingresaron muchos profesionales. En ese período creció la oferta de servicios públicos de salud y, como sucede en la actualidad en Brasil y Chile, el incremento de puestos de trabajo, también contribuyó a la inmigración internacional de médicos. Durante la década del setenta la mayoría de los migrantes del Cono Sur con estudios superiores completos, activos e inactivos en el 2000, se radicaron en Brasil en ese período. Muchas de estas personas podrían haber emigrado de sus países como consecuencia de la inestabilidad política y los golpes militares. También podría haber influido la expansión de la economía y de las instituciones de educación superior en el Brasil, que favorecieron la captación de recursos humanos calificados.

Durante los años ochenta y noventa la restructuración económica y las reformas sectoriales tuvieron como efecto la flexibilización de las modalidades de vinculación laboral del personal de salud, visibles en el aumento de las relaciones salariales encubiertas bajo formas autónomas y de subcontratación y en la mayor intermitencia del vínculo laboral.<sup>8</sup> El deterioro de las condiciones laborales habría estimulado la emigración del personal de salud de los países Andinos (Bolivia, Perú y Ecuador) hacia otros países de Sudamérica. En los demás países del Cono Sur no parece haber ejercido mayor influencia, porque tanto en Argentina como en Brasil, la mayor inmigración de profesionales de salud del Cono Sur, a excepción de los nacidos en Bolivia, se produjo durante los años setenta.

Bolivia y Paraguay, países con muy baja disponibilidad de profesionales de salud exportaron médicos a países con mayores recursos sanitarios, como Argentina y Brasil. También se observa que la emigración de profesionales de salud bolivianos se sostuvo en el tiempo. En Paraguay y Bolivia, a pesar del déficit de estos profesionales, el escaso desarrollo de las estructuras sanitarias y la baja inversión pública en el sector no satisfacen las expectativas laborales y salariales de los trabajadores de salud, promueven la emigración y desalientan el retorno de los emigrantes<sup>9</sup>.

En los grandes centros urbanos de Argentina y Uruguay existe una oferta excedente de médicos.<sup>10</sup> En general, el exceso en la oferta de trabajadores de una rama, especialidad u ocupación puede contribuir a la devaluación de su trabajo. Ambas situaciones tienen la capacidad de inducir la emigración o la reconversión ocupacional. Factores estructurales y coyunturales influyen en los costos y beneficios de elegir un destino interno o internacional, regional o extra regional o de optar por el cambio de ocupación. Durante los años ochenta y noventa, la emigración de médicos argentinos y uruguayos se explicaría por el exceso de oferta de egresados y el deterioro de las condiciones laborales y salariales. Argentina y Uruguay alimentan flujos de profesionales de salud orientados hacia Estados Unidos y Europa y, en mucha menor medida a Brasil. Cabe mencionar el carácter excepcional de las médicas y enfermeras uruguayas, que optan por destinos regionales en Brasil y Argentina. Sin embargo, la reducción general del stock de uruguayos en Argentina, lleva a pensar que también este país perderá atractivo para las mujeres uruguayas.

Algunos países con niveles intermedios de disponibilidad de profesionales de salud por habitante, como Chile y, en menor medida, Brasil, se convirtieron en receptores de profesionales de salud provenientes de otros países de la región. Ambos países muestran una serie de iniciativas orientadas a mejorar la dotación de recursos humanos en los servicios sanitarios, que posibilitaron la contratación de profesionales extranjeros.<sup>11</sup> En Chile, la

---

<sup>8</sup> En Argentina, Brasil y Perú, creció la desprotección de los trabajadores de la salud y se segmentaron las formas de contratación, entre las del subsector privado, que en general ofrecía mejores salarios y condiciones de trabajo, y las del subsector público, con mayor protección social y otros beneficios. Otro síntoma del deterioro en las condiciones laborales del personal de salud fue el incremento del pluriempleo, como resultado del crecimiento de la cantidad de puestos de trabajo a tiempo parcial y de las bajas remuneraciones. El pluriempleo se aprecia en mayor grado en Argentina, Brasil, Uruguay y Perú (OPS, 2007).

<sup>9</sup> Las tasas de personal sanitario por 10000 habitantes de Paraguay y Bolivia eran respectivamente 9,1 y 10,8 en 2004. Eran inferiores a la densidad mínima requerida para brindar cobertura mínima de salud a la población residente. Bolivia muestra carencias de profesionales de salud áreas periurbanas y rurales. Paraguay presenta importantes inequidades en el acceso y deficiencias de calidad de la atención y, paradójicamente, exceso de formación de médicos (OPS, 2007).

<sup>10</sup> Las tasas de médicos por habitante del Uruguay y la Argentina se ubicaban entre las más altas de la Región (superiores a 30 por 10.000 habitantes). En Uruguay, en el año 2005 había 13.390 médicos (41,3 por 10.000 habitantes). La mayoría de ellos habían concluido una especialidad y tenían más de un empleo (OPS, 2007).

<sup>11</sup> En Chile de los 25.542 médicos en servicio, 2.276 fueron formados en el extranjero y reconocidos directamente por el Ministerio de Relaciones Exteriores y 963 eran inmigrantes que revalidaron su título en ese país. La relación médico/habitante era de 1/612 en 2004 (OPS, 2007). En Brasil el gobierno del estado de Tocantins promovió la incorporación de médicos cubanos en sus servicios.

inmigración de profesionales de salud tiene un peso relativo mayor y probablemente se produjo en la última década. En Brasil, los profesionales de salud de otros países del Cono Sur tienen muy baja presencia relativa y mayoritariamente llegaron a Brasil en la década del setenta.

Argentina recibía ininterrumpidamente profesionales de salud bolivianos y cada vez menos nacidos en Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Por su parte, Brasil, con su oferta generosa de becas de posgrado, menor desempleo relativo, mayor estabilidad económica y mayores diferenciales salariales según escolaridad atrae migrantes calificados de la región, que podrían optar por la radicación definitiva. En ambos países se destacan los contingentes de médicos bolivianos, que residen en las jurisdicciones con mayor población y disponibilidad de profesionales de salud.

Entre los médicos migrantes del Cono Sur predominaban quienes efectuaban aportes a los sistemas previsionales. Sin embargo, en Argentina era muy importante el porcentaje de quienes no aportaban, especialmente, entre quienes habían migrado durante los años noventa. En Brasil, los asalariados con aportes jubilatorios tenían mayor peso relativo entre los médicos chilenos, argentinos y uruguayos y menor entre los bolivianos y a diferencia de lo que se supone que ocurría en Argentina, la estabilidad de la inserción laboral no estaría relacionada con la mayor antigüedad de la migración.

El tiempo de residencia en la Argentina y el de permanencia en la ocupación podrían mejorar el grado de protección laboral del trabajador. Lamentablemente, la mala calidad de los datos censales impide analizar exhaustivamente el papel de la antigüedad de la migración y esta fuente no indaga la edad de entrada al mercado laboral o a la ocupación desempeñada en el momento de ese relevamiento. Ambas variables merecen ser objeto en el futuro de un tratamiento más detallado, a partir de enfoques y fuentes alternativos. Una hipótesis explicativa de las diferencias poco acentuadas entre migrantes y nativos podría ser que la mayoría de los profesionales limítrofes se habría radicado en la década del setenta y habría comenzado su carrera en un contexto económico más favorable. Paralelamente, el conjunto de trabajadores nativos estaría expuesto a un proceso de renovación permanente, por la incorporación de personas que inician sus trayectorias laborales en un contexto más adverso. Esta diferencia en la antigüedad de inicio de la carrera profesional, que en los migrantes además estaría asociada a la antigüedad de la migración, podría traducirse en desiguales porcentajes de contribuyentes voluntarios y de no contribuyentes al sistema previsional, probablemente mayores entre los nuevos trabajadores tanto migrantes como nativos.

El interés por conocer las características de los estudiantes universitarios del Cono Sur que residen en un país diferente del de nacimiento resulta pertinente en el contexto actual de consolidación del bloque regional Mercosur. Este proceso de integración regional contempla acuerdos internacionales referidos a la libre circulación de personas y al reconocimiento de titulaciones obtenidas en otros países de la región, por lo que se esperaría un incremento de la movilidad de estudiantes universitarios entre los países del bloque.

## Notas Metodológicas

La información básica sobre migraciones de los censos de Argentina y Brasil responde a los lineamientos internacionales y por ello es parcialmente comparable. Sin embargo, existen algunas diferencias destacables. Además de la mayor variedad de preguntas sobre migración e inserción laboral de los censos brasileños, en estos se imputan valores en los casos de no respuesta. Esto no ocurre en el censo 2001 de Argentina, por lo que es muy elevado el porcentaje de respuestas ignoradas en la pregunta sobre año de llegada. Es preciso ser cautelosos con las conclusiones obtenidas a partir de esta variable.

También difieren los sistemas de clasificación de ocupaciones utilizados. Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay en 1999 acordaron conservar el contenido de cada subgrupo principal, según los lineamientos generales de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones – CIUO 88, quedando a criterio de cada país los niveles siguientes de desagregación, es decir, los dígitos posteriores a los dos primeros (dos más en el caso de del clasificador brasileño y tres más, en el clasificador argentino). Así, el clasificador de ocupaciones del censo demográfico brasileño las ordena de acuerdo a las funciones y posición en la jerarquía ocupacional, siguiendo los lineamientos internacionales y permite la identificación por profesiones. La información de censos y encuestas de Argentina se organiza a partir del Clasificador Nacional de Ocupaciones 2001 o CNO-2001, a cinco dígitos. Los dos primeros dígitos se basan en el CIUO 88 e informan sobre el carácter ocupacional y se refieren al tipo de objeto o producto generado por las ocupaciones. El tercer dígito se refiere a la jerarquía ocupacional. El cuarto da cuenta de la dimensión tecnológica. El quinto describe la calificación de la ocupación. A partir del censo argentino es imposible llegar a identificar profesiones específicas. Para subsanar este inconveniente, los médicos fueron identificados a partir de la variable “Carrera Universitaria que completó” en la Base Usuarios de INDEC (2005) en formato Redatam. Este procedimiento lleva a suponer la coherencia entre los estudios y la ocupación, por lo que no permitiría detectar situaciones de sobrecalificación o inconsistencias entre estudios y ocupación.

Otra diferencia entre ambos censos se observa las preguntas orientadas a detectar el grado de precariedad de los asalariados en ambos países. La base usuarios del censo brasileño define en la categoría “Empleados” a los empleados propiamente dichos (quienes trabajaban para un empleador, recibiendo en contrapartida una remuneración en dinero, bienes o beneficios). Incluye además a quienes prestaban servicio militar obligatorio, a los religiosos. También contabiliza en esta categoría a los aprendices y pasantes, que ejercieron una ocupación sin remuneración, durante por lo menos una hora en la semana, en cumplimiento de una pasantía voluntaria u obligatoria, ligada a una profesión. Los empleados fueron clasificados según la posesión de cartera de trabajo firmada. En el Brasil la posesión de “*carteira de trabalho assinada*”, indica que la persona en relación de dependencia posee un documento firmado por el empleador que reconoce el vínculo laboral protegido por las leyes laborales. Los militares y oficiales públicos estatutarios no tenían cartera de trabajo firmada, aunque algunas de las publicaciones basadas en el Censo demográfico 2000, muchas veces los contabilizan como poseedores. La categoría militares y oficiales públicos estatutarios, incluye a los militares de las fuerzas armadas y auxiliares y a los empleados de los poderes ejecutivo, legislativo o judicial, en los niveles federal, estadual o municipal.

En el censo brasileño, la pregunta sobre contribuciones al sistema previsional se efectuaba a todos los ocupados en la semana de referencia, quedando excluidos los aprendices o pasantes sin remuneración, a los trabajadores familiares no remunerados. Entre los médicos analizados

el porcentaje de respuestas en blanco era elevado y correspondía a quienes eran servidores públicos estatutarios o, presumiblemente, eran aprendices, pasantes o becarios que concurrían a algún hospital para continuar con su formación de posgrado. El sistema previsional oficial era el sistema de jubilaciones casi excluyente en el Brasil, debido al escaso desarrollo de los esquemas previsionales privados en el año 2001. Sin embargo, existían algunos regímenes especiales para los militares y empleados públicos estatutarios. Las residencias médicas, pasantías y cursos de posgrados podían o no ser rentados y en general, no estaban sujetos a descuentos previsionales, aunque en algunos casos existieran aportes.

## Referencias

Borjas, G. (1999). *Heaven's door: immigration policy and the American economy*. Princeton, NJ: Princeton University.

Boyd, M., Schellenberg, G. (2005). Re-accreditation demands and skilled labor flows: the paradoxes of professional migration. Ponencia presentada en la 25th International Population Conference, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Tours, France, 18 al 23 de julio. Disponible en <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50333>

Ferrer, A., Geen, D. y Riddell, C. (2004). The effect of literacy on immigrant earnings. Canada: Statistics Canada, Human Resources and Skills Development (International Adult Literacy Survey). Disponible en <http://www.statcan.ca/english/research/89-552-MIE/89-552-MIE2004012.pdf>

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Base Usuarios Censo 2001- Aplicación de Redatam+SP x Plan (Celade-Cepal). Buenos Aires, 2005

Koolhaas, M., Prieto, V. (2007) “Emigración de personal calificado: el caso de los profesionales de la salud formados en Uruguay”. Programa de Población-Unidad Multidisciplinaria Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República. Montevideo. Octubre 2007. Disponible en [http://www.universia.edu.uy/contenidos/especiales/uruguayos\\_ida\\_vuelta/informes/Informe\\_Pellegrino\\_%20Koolhaas\\_poblacion\\_salud.pdf](http://www.universia.edu.uy/contenidos/especiales/uruguayos_ida_vuelta/informes/Informe_Pellegrino_%20Koolhaas_poblacion_salud.pdf)

Lowell, B. L. (2002) *Skilled labour migration from developing countries: annotated bibliography*. Geneva: International Migration Program, International Labor Office, 2002. (International Migration Papers, 56) Disponible em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp56e.pdf>

Luchilo, L, “Movilidad de estudiantes universitarios e internacionalización de la educación superior”, Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS), 2006 Vol. 3, No 7, Centro REDES – Universidad de Salamanca – OEI, Buenos Aires, septiembre, pp. 105-133.

Maguid A. (1997). Migrantes limítrofes en el mercado de trabajo del Área Metropolitana de Buenos Aires, 1980-1996. Revista *Estudios migratorios latinoamericanos*. CEMLA. Buenos Aires: n.35, p.31 - 62, 1997.

Marshall, A. (1984). Los trabajadores inmigrantes y el mercado de trabajo: un análisis comparativo. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, Unesco, 7 Place de Fontenoy, 757000. Paris. v.36, n.101, p.531-550, 1984.

Marshall, A. y Orlansky, D. (1983). Inmigración de países limítrofes y demanda de mano de obra en la Argentina 1940-1980. *Desarrollo Económico*, v.23, n.89, abr./jun. 1983. Disponible en: <[http://www.puentes.gov.ar/educar/servlet/Downloads/S\\_BD\\_DESA7/PD000470.PDF](http://www.puentes.gov.ar/educar/servlet/Downloads/S_BD_DESA7/PD000470.PDF)>

OIT, (2003) *17va. Conferencia internacional de estadísticos del trabajo*, Ginebra, 24de nov-3de Dic 2003, Informe general 1. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/download/17thicls/r1gen.pdf>

OPS (2007) Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Washington, D.C. (OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622). Disponible en <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>

Pellegrino, A. (2000) “Drenaje, movilidad, circulación: nuevas modalidades de la migración calificada”. Documento presentado en el Simposio sobre Migración Internacional en las Américas. Organizado por la CEPAL/CELADE/OIM. San José, Costa Rica, 4 al 6 de septiembre del 2000. Disponible en: <[www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/4/LCG2124P/lcg2124P\\_pres.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/4/LCG2124P/lcg2124P_pres.pdf)>.

Pellegrino, A. y Martínez Pizarro, J. (2001). *Una aproximación al diseño de políticas sobre migración internacional calificada en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. (Población y Desarrollo, 23.)

Pellegrino, A (2003) *Migración de mano de obra calificada desde Argentina e Uruguay*, Programa de Migraciones Internacionales, Ginebra: Oficina internacional del trabajo, 2003, (Estudios sobre migraciones internacionales, 58) Disponible en: <[www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp58s.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp58s.pdf)>.

Sala, G (2009) Qualified migrants born in the Latin American’s Southern Cone living in Argentina and Brazil. Paper presented at the IUSSP 26th International Population Conference. Marrakech, Morocco 27 September to 2 October of 2009. Disponible en: <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91632>

Sala, G. (2008) “Perfil educativo y laboral de los nuevos y viejos migrantes regionales censados en Argentina y Brasil”. *En Migraciones Internacionales*. El Colegio de la Frontera Norte. Vol 1. Núm. 15. Julio-diciembre de 2008. Disponible en [http://www.colef.mx/migracionesinternacionales/Volumenes/Vol4\\_No4/n1573-106.pdf](http://www.colef.mx/migracionesinternacionales/Volumenes/Vol4_No4/n1573-106.pdf)

Van Mol, C. (2008) La migración de estudiantes chinos hacia Europa. En Revista Migraciones Internacionales N° 15-Vol. 4 Núm. 4 Julio-diciembre 2008. El Colegio de la Frontera Norte. San Antonio del Mar Baja California.

Villa, M., Martínez Pizarro, J. (2002) Rasgos sociodemográficos y económicos de la migración internacional en América Latina y el Caribe. *Capítulos del SELA: las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe*, n.65, p.26-67, mayo-agosto 2002. Disponible en: <<http://www.sela.org/index.asp?URL=aa2k/es/cap/revcaps.htm>>