

Patrick
Pérez

La construcción social del sueño americano en la frontera entre México y Estados Unidos.

Formación y proyectos migratorios de los estudiantes de enfermería

Fecha de recepción: 16/01/2012 • Fecha de aprobación: 15/03/2012

Resumen: En México, el “sueño americano” no deja de ser reciente, las expectativas del personal de cuidado de la salud en materia de movilidad dependen de la iniciativa individual. Los factores que determinan tanto la migración, como la admisión de los candidatos, son numerosos y difíciles de objetivar, debido a que se encuentran sedimentados por la historia y las complejas relaciones con Estados Unidos, que simbolizan la promesa de un “horizonte de movilidad abierto”, con referencia al cual se desprecian profundamente las condiciones de trabajo en el país de origen. Sin embargo, las condiciones reales de trabajo en Estados Unidos no son tan idílicas como los estudiantes gustan creerlo.

Abstract: In Mexico, the “American dream” is still a topical issue. The expectations of the healthcare workers in terms of mobility depends on the individual initiative. The factors which determine migration, as well as the admission of candidates are numerous and uneasy to specify, given that they are frozen by history and complex relations with the United States, which symbolizes the promise of an “open mobility horizon”, in reference to the disregard of working conditions in their home country. However, the real working conditions in the United-States are not as idyllic as the students want to believe.

Résumé: Au Mexique, le « rêve américain » n'en finit pas d'être d'actualité. Les perspectives du personnel de santé en matière de mobilité dépendent de l'initiative individuelle. Les facteurs déterminants de la migration, ainsi que de l'admission des candidats sont nombreux et difficiles à spécifier, puisqu'ils sont figés par l'histoire et les relations complexes avec les États-Unis, lesquels symbolisent la promesse d'un « horizon de mobilité ouvert », et font référence au mépris des conditions de travail dans le pays d'origine. Cependant, les conditions réelles de travail aux États-Unis ne sont pas aussi idylliques que les étudiants veulent le croire.

[enfermería, migración, trabajo, enseñanza, transnacionalización, cuidados médicos]

La migración del personal de cuidado de la salud –y en particular de los enfermeros– ha experimentado en estos últimos años un importante auge. Entre 1998 y 2006, los flujos de acceso a Estados Unidos de los candidatos formados en el extranjero se incrementaron, tanto en términos relativos como absolutos: en 2006 se postularon 20 907 candidatos extranjeros, frente a sólo 4 044 en 1998, es decir, casi cinco veces más. Esto provocó un incremento del 5 al 16% de la proporción de extranjeros entre los aspirantes a la profesión (Aiken y Robyn Cheung, 2008). Tal situación contribuye a alimentar el imaginario de los estudiantes de enfermería, cuyas expectativas de futuro pueden verse ensombrecidas por la perspectiva de tener que enfrentarse a la organización de un sistema de cuidados médicos poco favorable a su profesión. Una encuesta que se llevó a cabo con una muestra de 418 alumnos de la Licenciatura de enfermería, en tres establecimientos públicos del Distrito Federal, revela cuán atractiva es para ellos la perspectiva de la migración; así, el 68% de los estudiantes declaran tener contemplada esta posibilidad, que asocian con una virulenta crítica a las condiciones laborales vigentes en su país: 33% de los alumnos dispuestos a emigrar estiman que las condiciones laborales en México son malas, frente al 16.2% entre los que no tienen esta intención; en el primer grupo, 42.7% estiman que los salarios son bajos, frente al 22% en el segundo; finalmente, en el primer grupo 86% opinan que es difícil ascender en esta profesión,

* Traducción del francés: Jean Hennequin

frente al 78.7% en el segundo grupo (Rosales-Martínez, Ningenda, Galárraga, Ruiz-Larios, 2010). Este “sueño americano” es reciente para este oficio pero existe desde hace mucho tiempo entre la población mexicana.

Sin embargo, de la esperanza de migrar a la migración efectiva, hay un largo trecho. México sigue siendo un tímido candidato a la migración de personal calificado, aunque al parecer se ha venido produciendo últimamente una inversión de la tendencia (Didou-Aupetit, 2004). Son numerosos los factores que contribuyen a hacer de la migración una posible alternativa para los individuos (política migratoria, dominio de la lengua, estrategias de los establecimientos educativos, etc.). El presente trabajo examinará la relación entre el contenido de la enseñanza y los proyectos de los estudiantes, prestando especial atención a la Frontera Norte de México. Con este fin partiremos de la hipótesis principal según la cual la “transnacionalización” (Dubar y Tripier, 1998) del personal de cuidado de la salud es constitutiva de una “regionalización” del espacio económico de la oferta médica. Por transnacionalización entendemos el proceso de adecuación de las normas y prácticas profesionales de los países proveedores de personal migrante, a las condiciones de ejercicio que prevalecen en el (o los) país(es) receptor(es). Para estos últimos, recurrir a la mano de obra extranjera permite ahorrarse tanto el costo como el tiempo necesarios para la formación del personal (Dumont y Zurn, 2007). En cambio, presenta el inconveniente de no brindar garantía alguna en cuanto a la calidad de la mano de obra. Los Estados, de común acuerdo con las organizaciones profesionales, se previenen contra este inconveniente controlando la conformidad de los diplomas con las condiciones de ejercicio. Para ello existen distintas modalidades: control de la equivalencia de diplomas y del dominio de la lengua del país, acompañado eventualmente de entrevistas y/o exámenes de habilitación prácticos y teóricos. En tales condiciones, producir un personal destinado –parcialmente– a la migración, supone por parte de los países exportadores una “labor de adecuación pedagógica y profesional” a los estándares que prevalecen en los principales países receptores. La transnacionalización de la formación supone la regionalización del espacio económico de la oferta médica. El enriquecimiento del país (o de la zona) puede –bajo ciertas condiciones– contribuir a alentar una demanda local de cuidados médicos privados o, más aún, un mercado destinado a una clientela procedente de países más ricos. Esta dinámica de integración económica, constitutiva de zonas transfronterizas, hace que sea posible y rentable la inversión educativa en materia de formación, tanto por parte de los establecimientos –principalmente privados– como de las familias. ¿Puede hablarse, en el caso de México, de una regionalización de la oferta de cuidados? En caso afirmativo, ¿cuáles son las etapas de este proceso? ¿Qué relación(es) mantiene la regionalización del mercado de cuidados con la transnacionalización de la formación? Finalmente, ¿cómo contribuye ésta a orientar los proyectos y representaciones de los estudiantes de enfermería? Antes de contestar estas preguntas, examinemos la migración con destino a Estados Unidos, con el fin de conocer la posición, central o periférica, de México dentro del proceso en curso.

LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A ESTADOS UNIDOS, EN UNA PERSPECTIVA MUNDIAL

Si bien, como lo hemos visto, este proceso se está presentando actualmente en México, el “sueño americano” no deja, empero, de ser reciente. Este país ocupa una posición periférica en la emergencia de un mercado de la formación destinada a la exportación de mano de obra. Esto se desprende claramente del examen de los resultados obtenidos en la prueba norteamericana estandarizada del NCLEX-RN, que debe presentar todo candidato –autóctono o no– que aspire a ingresar a la profesión. Entre los dos periodos considerados (1999-2002 y

2003-2006), el incremento del número de candidatos extranjeros (que se multiplicó por 2.2) fue acompañado de una mejora de los resultados obtenidos (59% frente a 50.8%, o sea, una ganancia de 8.2 puntos). Y mientras más destaque un país, mejores resultados obtendrán sus ciudadanos; así, en comparación con las naciones occidentales, un grupo de países experimenta una sensible mejora de sus resultados, que va a la par del considerable incremento del número de sus nacionales.

Sólo dos grupos constituyen una excepción: América Latina, así como el conjunto de los países de Asia y África que no están “especializados” en la exportación de mano de obra. Para México, lo mismo que para los demás países latinoamericanos, cuya principal característica sigue siendo la de ser países proveedores de una mano de obra no calificada con destino a Estados Unidos, las expectativas del personal de cuidado de la salud en materia de movilidad dependen más de la iniciativa individual, que de la preparación institucional al concurso.

Los factores que determinan tanto la migración, como la admisión de los candidatos, son numerosos y difíciles de objetivar, debido a que se encuentran sedimentados por la historia y las complejas relaciones que cada país pudo mantener con Estados Unidos. Sin embargo, se dibujan algunos perfiles típicos. Un país debe cumplir condiciones muy particulares para que sus ciudadanos salgan victoriosos del concurso. El principal criterio lo constituye la riqueza de la nación, seguido por el manejo fluido de la lengua inglesa. Un análisis detallado por países

Nacionalidad	Número de candidatos periodo (1999-2002)	Índice Periodo 2003-2006 (base 100=1999-2002)	Tasa de éxito en el NCLEX-RN		Diferencia de % entre 1999-2002 y 2003-2006
			1999-2002	2003-2006	
Europa del Oeste, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, África del Sur y Europa del Este	8,597	110	70.9	67.1	-3.8
Nigeria, Etiopía, Zimbabue, S. Leona, Líbano, Jordania, Irán, Pakistán	1,945	150	35.3	42.6	7.3
Caribe (excepto Cuba) y Guyana	878	160	43.5	54.2	10.7
Corea del Sur, Japón, Singapur, Hong Kong, Taiwán	3,329	230	53.1	65.1	12.0
Filipinas	16,723	250	44.0	55.9	11.8
India, China, Tailandia, Indonesia	2,451	460	46.6	71.3	24.7
América Latina y Cuba	616	300	32.6	31.1	-1.5
Otros países de África y Asia	495	190	29.3	30.5	1.2
Total	35,034	220	50.8	59.0	8.2

Población: candidatos extranjeros que presentaron por primera vez los exámenes.

Cuadro 1 - Incremento del número de candidatos que presentaron el examen NCLEX-RN y tasas de éxito, por nacionalidad. Comparación de los periodos 1999-2002 y 2003-2006.

2 451 es el número de candidatos provenientes de la India, China, Tailandia, Indonesia que presentaron por primera vez las pruebas entre 1999 y 2002. Si se asigna al periodo 1999-2002 una base 100, el índice para el periodo 2003-2006 es de 460, es decir, que el número de estos candidatos se multiplicó por 4.6 entre los dos periodos.

Para este grupo de países, se registró una progresión del número de éxitos de 24.7 puntos (71.3 – 46.6).

Fuente: *National Council of State Boards of Nursing*.

(periodo 1999-2003) revela que más allá de cierto umbral –del orden de 15 000 dólares a paridad de poder adquisitivo (PPA) 2005 por habitante– la tasa de éxito es elevada y las diferencias entre países son relativamente reducidas. Un elevado nivel de riqueza constituye un factor favorable para el desarrollo de una formación educativa más exigente y estandarizada, debido al carácter altamente racionalizado de las organizaciones laborales. La diferencia de éxito entre los países occidentales y los países orientales más ricos (Corea del Sur, Japón, Taiwán, Hong Kong, Singapur) se explica por la importancia numérica de los angloparlantes (nativos de Canadá, Inglaterra, Irlanda, África del Sur, Nueva Zelanda) entre los candidatos del bloque occidental; desaparece tan pronto como se controla este efecto estructural. Por debajo del umbral anterior (15 000 dólares PPA por habitante) se observa una importante dispersión y la tasa de éxito oscila entre el 10 y el 60%. Sin embargo, se perfila una tendencia: a nivel de un 45% de éxito encontramos a Filipinas (que concentra casi el 50% del total de los candidatos), a las islas del Caribe, así como a los nuevos “dragones” asiáticos (India, China, Tailandia, Indonesia); y con un 35% de éxito, a otro grupo más heterogéneo (Nigeria, Etiopía, Zimbabue, Sierra Leona, Líbano, Jordania, Irán, Pakistán). Estos países experimentaron un incremento de éxito entre los dos periodos del orden de 10 puntos, en tanto que los “dragones” asiáticos superaron a todos los demás con una ganancia que se acerca a los 25 puntos, y aventajaron incluso por un pequeño margen a los países occidentales (71.3% frente a 67.1%). Provenir de un país rico constituye el principal punto a favor, mientras que dominar la lengua inglesa y contar con una sólida formación representa una alternativa eficaz para quienes provienen de los países más pobres. Los candidatos mexicanos sacaron escaso provecho de estas ventajas: de los 529 candidatos formados en México que cruzaron la frontera para tentar la suerte en los exámenes del NCLEX-RN, sólo 113 fueron habilitados. Sin embargo, la Frontera Norte cuenta con varios establecimientos educativos cuyos programas de enseñanza esgrimen el acceso al mercado norteamericano como una oportunidad profesional y diseñan sus programas con vistas a alcanzar este objetivo. Este “imaginario fundador” se sustenta en una larga labor de acumulación de capital financiero y humano.

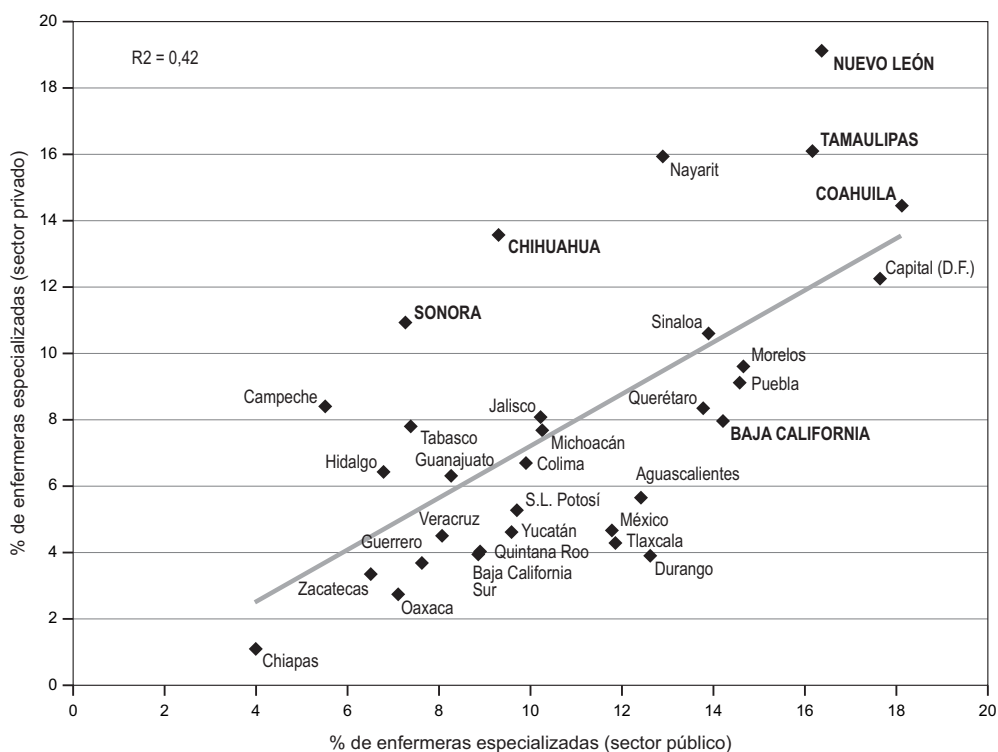
LA REGIONALIZACIÓN DE LA OFERTA DE CUIDADOS EN MÉXICO: EL CASO DE LA FRONTERA NORTE

En materia de oferta privada, México se presenta como un mundo bipolar organizado en torno a dos focos principales: uno concentrado en la capital, otro más difuso en la Frontera Norte. Podemos hacernos una idea de sus características gracias a tres indicadores: la productividad del sector privado, su densidad (sin entrar en el detalle de las categorías) y el grado de especialización de las enfermeras. El personal privado concentrado en la frontera se dedica básicamente a la producción de cuidados con un importante valor agregado, puesto que cinco de los seis estados fronterizos encabezan la lista de los estados con una fuerte productividad y figuran entre los ocho primeros lugares, de un total de 32. Cuatro se encuentran en este caso por la densidad de personal por número de habitantes; y cinco figuran entre los ocho que cuentan con el mayor número de enfermeras especializadas. Sólo el Distrito Federal comparte estas tres características con los estados fronterizos. ¿Cómo explicar este hecho? Cabe señalar que en México –lo mismo que en otros numerosos países– el grado de especialización de una profesión es proporcional al nivel de desarrollo humano de la región. Esto se debe a una mayor demanda de cuidados, que contribuye al incremento de la densidad del personal. De ello resulta una mayor división del trabajo y una progresiva especialización de la profesión en distintos ámbitos de competencia (Durkheim, 1893). México no es la excepción por lo que respecta a esta tendencia, puesto que existe una importante relación ($r = 0.54$) entre el

índice de desarrollo humano (IDH) y la tasa de personal enfermero especializado, sin importar el sector (público o privado). Por consiguiente, mientras mayor sea en un estado el número de enfermeras especializadas que laboran en el sector público, mayor será también este número en el sector privado ($r = 0.65$). Esta tendencia se acentúa en los estados fronterizos, como se desprende de la gráfica siguiente: con excepción de Baja California, todos se sitúan por encima de la recta correspondiente a la tendencia media.

Esta constatación se corrobora si se toma en cuenta un indicador de orden institucional. Los estados fronterizos concentran el mayor número de establecimientos que han promovido una estrategia de conquista del mercado destinado a una clientela extranjera, como lo revela la distribución de la acreditación *Joint Commission International (JCI)*. Se trata de una acreditación otorgada a solicitud del establecimiento hospitalario, mediante la cual éste se compromete a respetar un pliego de condiciones que certifica la “calidad” de los cuidados prestados a los pacientes. Nueve establecimientos mexicanos cumplen con las normas internacionales y se distribuyen entre 18 centros hospitalarios: un tercio de los establecimientos se ubican en Nuevo León, otro tercio en los demás estados fronterizos, y los restantes en el Distrito Federal y Puebla.

La morfología es fruto de la globalización. En México, la constitución de un mercado privado de cuidados resulta de la globalización (creación de zonas libres, política liberal en materia de salud) y saca provecho de su cercanía a Estados Unidos. La fuerte preponderancia de personal calificado entre los estados fronterizos, se debe a las condiciones favorables de las que goza la fuerza de trabajo local, ya que estos estados figuran entre los más ricos de México. Esta especificidad se deriva de la instauración de zonas libres –exentas de aranceles y obligaciones fiscales– que favorecieron la inversión de capitales extranjeros. El impulso generado por esta medida, se observa en el dinamismo económico de las regiones fronterizas:



tanto los ingresos provenientes del trabajo, como la tasa de cobertura social, figuran entre los más elevados del país. Esto alienta la instalación del personal, así como su especialización, ya sea como asalariado del sector público o privado. En cuanto a la especificidad de los estados fronterizos en materia de personal privado, ésta se deriva de las políticas sociales (y de salud) que prevalecen a ambos lados de la frontera. En 1982, México se vio afectado por una grave crisis financiera y fiscal que lo condujo, bajo la presión de las organizaciones internacionales –el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional–, a revisar su política económica e industrial, reorganizar su gasto público y abrirse al mercado internacional (Fouquet, 2008). La liberalización del sector de la salud, consecutiva a estas reformas estructurales (Laurell y Ortega, 1991), reforzada por el Tratado de Libre Comercio y los acuerdos del GATT, contribuyó a convertir el sector de servicios –y en particular, el de la salud– en un campo de acumulación del capital. La Frontera Norte se ve favorecida con respecto a la capital del país, debido a su cercanía geográfica con los Estados Unidos, cuyo sistema de protección social incita a los residentes a cruzar la frontera para obtener tarifas ventajosas, bienes (medicamentos) y servicios médicos. Esta población abarca una amplia gama de personas, desde aquellas que carecen de cobertura social hasta una población más acomodada que encuentra allí cuidados –de calidad acreditada– a un precio inigualable. ¿Cómo se articula la acumulación regional de los capitales, con la transnacionalización de la formación?

LA TRANSNACIONALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN: LAS UNIVERSIDADES PRIVADAS EN MONTERREY

Monterrey constituye una metrópoli ejemplar, aquella que mejor simboliza actualmente el proceso de regionalización/transnacionalización en curso. El número medio de asalariados por cada establecimiento hospitalario privado es el más elevado del país; su personal es el mejor calificado y una tercera parte de los hospitales mexicanos con la acreditación JCI se encuentra implantada en esta ciudad. Esto resulta de un proyecto político-económico de transformar a Monterrey en una ciudad de atención médica de alto nivel.

En el plano educativo, su sector universitario de prestigio, es más apreciado por los estudiantes que el de la capital, y representa una seria competencia para el sector público en ciencias e ingeniería; además, dado que ofrece otras formaciones, favorece a aquellas que se relacionan con la administración de empresas (Pérez y Silas, 2011). Las carreras médicas, aunque menos numerosas que en el sector público, se concentran en la cirugía y la ingeniería biológica y gozan de excelente reputación. Prueba de ello son los resultados en el concurso nacional de médicos internos (medicina especializada, a nivel de doctorado).

En 2005, el ITESM –universidad privada fundada en 1943 por miembros de la élite económica local– ocupó el primer lugar de un total de 72 establecimientos; en muy buena posición se encuentra también la Universidad de Monterrey (UDEM) –otra universidad privada–, con el octavo lugar. Los resultados obtenidos en la prueba de inglés (primer lugar para el ITESM, quinto para la UDEM) corroboran estos datos –los cuales sin duda tienen mucho que ver con el Tratado de Libre Comercio– y subrayan la vocación transnacional de estos establecimientos que comparten su liderazgo con tres establecimientos privados del Distrito Federal y del Estado de México. Recientemente estas dos universidades han ampliado su oferta académica con la creación de una Licenciatura en enfermería. La coincidencia entre la apertura de estas carreras y el otorgamiento de la acreditación JCI a los establecimientos hospitalarios (2006), sugiere que son el fruto de estrategias que apuntan explícitamente a la transnacionalización de la formación; es decir, que se orientan tanto hacia el mercado norteamericano, como hacia el mercado fronterizo de los establecimientos acreditados.

De ahí nuestra propuesta de llevar a cabo un estudio monográfico de una de estas dos universidades, con especial énfasis en la relación existente entre el contenido de la formación que ofrece y los proyectos individuales de migración de sus estudiantes. La universidad que hemos seleccionado con este fin, el Instituto Tecnológico de Monterrey (ITESM) fue fundada por un grupo de empresarios locales y constituida en Asociación Civil sin fines de lucro. Obtiene parte de sus ingresos de las elevadas colegiaturas y de donaciones. Procederemos a un análisis de las estrategias del establecimiento a través de su *curriculum* formal, antes de estudiar la interacción existente entre el *curriculum* oculto (lo que se transmite de manera informal durante los cursos) y los proyectos profesionales de los estudiantes. Adicionalmente, procederemos al análisis de materiales recolectados por Bastien Vincent, consistentes en entrevistas a dos responsables de formación (una enfermera y un médico) y a quince estudiantes. Estos elementos serán puestos en perspectiva a través de un análisis comparativo del estatus del personal a ambos lados de la frontera.

Aunque es reciente, su programa es fruto de una estrategia largamente madurada; se estableció al término de un estudio prospectivo realizado con los responsables de servicios de distintos establecimientos hospitalarios y se sometió a consideración de expertos internacionales. Con el objeto de atraer a una clientela que podría desistir de matricularse en esta universidad por el costo prohibitivo de la inscripción (más de 66 000 dólares PPA 2008, para los cuatro años de licenciatura), el establecimiento otorga automáticamente una beca de un monto equivalente al 80% del derecho de inscripción, siempre y cuando el estudiante se comprometa a obtener resultados (85/100 como promedio general).

El análisis comparativo de su programa de estudios con el de la universidad pública revela que este establecimiento sobresale por una sólida formación en inglés y la transmisión de un *ethos* empresarial. Éste se manifiesta a través de una sensibilización precoz a la organización laboral (comportamiento organizativo, administración, resolución de conflictos) y una pronunciada tendencia mercantil (administración de la relación con el cliente, desarrollo empresarial). La formación en enfermería no contraviene la tendencia general que prevalece dentro del ITESM. En la competencia que la enfrenta a los demás establecimientos –públicos y privados– (Didou-Aupetit, 2004), supo desarrollar tempranamente la internacionalización de la formación (Didou-Aupetit, 2003) cultivando el espíritu empresarial (Palacios y Lamanthe, 2008). En el caso del personal de enfermería, estos elementos sugieren que la formación asegura a los estudiantes tanto el acceso al mercado norteamericano (hospitales, *home care*), como a los establecimientos hospitalarios privados mexicanos que cumplen con las normas de calidad. Como lo afirma uno de los responsables, “estaban el cirujano y el ingeniero de diagnóstico, sólo faltaba la enfermera para conformar el equipo de trabajo”. A pesar de esta voluntad de formar a una mano de obra llamada a trabajar en los establecimientos locales, tanto los estudiantes como los responsables prefieren deshacerse en elogios respecto a los Estados Unidos cuando se trata de hablar de destino profesional. ¿Cómo explicar tal insistencia, y qué revela?

Como país de inmigración que valora la movilidad económica, Estados Unidos cuenta con importantes atractivos para una mano de obra calificada. Así, desde la perspectiva de un candidato extranjero la profesión de enfermero puede ir aparejada con un estatus económico y social envidiable, que favorece la superación personal. El título de RN (*Registered Nurse*) que se adquiere al término de los estudios de licenciatura (*undergraduate*) permite gozar de un nivel de vida apreciable, en comparación con lo que ocurre en el conjunto de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Expresado en dólar 2005 a paridad de poder adquisitivo (*Worldsalaries*, 2005), el salario neto mensual (3 168 dólares) es casi cuatro veces más elevado que en México (834 dólares). Además, los candidatos extranjeros cuentan en este país con la garantía de un trato equitativo, en la medida en que el título de *Registered Nurse* los protege de toda discriminación salarial, aunque deben enfrentar

condiciones laborales más exigentes (Xu y Kwak, 2007). Finalmente, Estados Unidos puede suscitar las mayores expectativas en materia de movilidad profesional. Proseguir los estudios a nivel maestría permite obtener el anhelado título de *Advanced Nurse Practitioner*, el cual garantiza una mayor autonomía y responsabilidad en el ejercicio de la profesión (Simonet, 2010). Esto se debe a que los enfermeros con este título gozan, en parte, de las prerrogativas del poder médico, gracias a la posibilidad –otorgada bajo ciertas condiciones– de emitir diagnósticos y realizar tratamientos.

Cuando evocan su futuro, los estudiantes de Monterrey, lo mismo que los de la capital, denuncian los bajos salarios, las malas condiciones laborales, así como las pocas perspectivas de movilidad profesional que existen en México. Sin embargo, un análisis detallado de las entrevistas sugiere la existencia de un factor subyacente en todas estas actitudes, el cual a nuestro parecer reside en la reivindicación de una nueva relación con la autoridad médica. Cuando comparan a México con las naciones más ricas susceptibles de recibirlos, los estudiantes mencionan tres ventajas de estos países: la autonomía en el trabajo, la mayor diversidad de las tareas y la estrecha cooperación entre médicos y enfermeros. Esto no deja de evocar una unión idílica entre los distintos encargados de los cuidados, que otorgaría a los enfermeros mayor autonomía en la toma de decisiones. Desde la perspectiva de los estudiantes, el trabajo en el extranjero garantiza un buen nivel de vida, además de brindar la posibilidad de liberarse de la jerarquía y aprovechar nuevas formas de organización laboral que favorecen superación personal. Esto refleja una imagen poco halagüeña de México, presentado como una tierra de “caciques” que los estudiantes anhelan abandonar para poder realizarse individualmente (Beruf, según la expresión a la cual M. Weber, en su obra de 1905, dedicó un análisis muy acertado).

Si bien no es posible compartir una visión tan idealista, esto no significa que deba ocultarse la diferencia entre ambos países. El trabajo paramédico consiste en asistir la labor de diagnóstico y tratamiento del médico, el cual posee el monopolio de la definición de la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, esta división del trabajo, históricamente construida, se encuentra sujeta a ciertas tensiones debido a la reivindicación de autonomía funcional por parte de las categorías “paramédicas” (Freidson, 1978). Por autonomía funcional se entiende, de acuerdo con este autor, el trabajo que puede llevar a cabo un personal paramédico independientemente del médico. Para el personal de enfermería, las reivindicaciones de autonomía oscilan entre dos polos: el primero concierne a la conquista de una autonomía administrativa que sitúe a este personal en la interfaz de la actividad terapéutica y los imperativos de gestión de las organizaciones burocráticas; el segundo –siempre limitado, ya que permanece supeditado a la actividad médica–, se refiere a la conquista de una autonomía relativa en la prestación de cuidados. En Estados Unidos, el grupo profesional supo incluir en los programas sólidos conocimientos administrativos que legitiman la autonomía administrativa del gremio. El título de *Advanced Nurse Practitioner*, por su parte, confiere una autonomía relativa en la prestación de cuidados, en la medida en que el personal de enfermería puede, bajo ciertas condiciones, establecer un diagnóstico y prescribir una terapéutica. En México, las enfermeras con licenciatura son el símbolo de la autonomía administrativa, aunque no han conquistado una autonomía propiamente médica, lo cual no es sorprendente en vista del nivel de desarrollo del país. Antes de que las reivindicaciones se expresen públicamente y sean –eventualmente– reconocidas, es preciso acumular en el interior del gremio un nivel de capital humano que justifique la pretensión de liberarse de la autoridad del médico. Pero resulta que en México sólo el 16% del personal de enfermería posee un nivel de licenciatura, frente al 50% en Estados Unidos; se advierte fácilmente la diferencia que media entre ambas naciones. Como quiera que sea, la reivindicación de un trabajo libre de la pesada tutela jerárquica no deja de expresarse a través del *curriculum* real de la actividad docente de este establecimiento, y aunque el programa oficial no contiene la menor huella de esta representación, su arraigo en las mentes

es muy real. Interrogada acerca de la creación del diploma, la responsable, prudente ante la protesta que podría suscitar esta reivindicación entre los médicos, evoca la cooperación entre médicos y enfermeras en la definición del nuevo programa, así como la voluntad de poner en pie de igualdad a los estudiantes de medicina y de enfermería. La cooperación entre médicos y enfermeros en la elaboración del programa constituye una novedad, en la medida en que hasta entonces existía una única formación de nivel bachillerato, definida exclusivamente por el cuerpo médico. La segunda innovación es el afán de construir un “nuevo espíritu de equipo” mediante la creación de unidades de docencia comunes para los estudiantes de medicina y enfermería.

Enseñar no sólo consiste en transmitir saberes (técnicos o administrativos), sino que expresa también el afán de autonomía profesional por parte del grupo. Emitimos la hipótesis –que no someteremos a prueba en el presente trabajo– de que esta reivindicación permea la totalidad de los establecimientos –privados y públicos– como una subrepticia impugnación de la tutela médica. De ahí que el imaginario pedagógico (y profesional) del ITESM revele una extrema ambivalencia. Aunque se presenta bajo el ropaje de la socialización anticipada y la adaptación funcional a las relaciones laborales que prevalecen en Estados Unidos, se encuentra permeado por una sigilosa tensión con la jerarquía médica.

PROYECTOS INDIVIDUALES DE FORMACIÓN Y ESTRATEGIAS FAMILIARES

De acuerdo con los resultados de la encuesta que se realizó en el Distrito Federal (Rosales-Martínez, Ningenda, Galárraga, Ruiz-Larios, 2010), los (las) estudiantes con mayor disposición a emigrar pertenecen a las fracciones más ricas de la promoción, que comparten el cosmopolitismo de la mundialización. Tener familiares en el extranjero constituye un criterio discriminante: tal es el caso del 59% de aquellos estudiantes que piensan emigrar, frente al 43.5% de aquellos que no tienen tal expectativa. Provenir de un medio relativamente acomodado, es otro criterio discriminante: cerca de la cuarta parte de los individuos que declaran tener la probable intención de emigrar, provienen de hogares que pertenecen al rango de ingresos más elevados (por lo menos 6 700 pesos mensuales, es decir, lo equivalente al salario de una maestra de escuela primaria: 6 500 pesos, de acuerdo con el Observatorio Laboral 2005) frente al 13.8% de los demás. El sueño americano va acompañado de un juicio muy severo respecto a las condiciones laborales que imperan en México y se expresa con mayor fuerza entre aquellos estudiantes que proceden de las clases medias o altas inscritas en el meollo de la mundialización. El análisis de las entrevistas realizadas en Monterrey revela pocas diferencias con los resultados obtenidos en el Distrito Federal: las condiciones laborales en México se denuncian con una intensidad similar y la cuarta parte de los estudiantes planean proseguir sus estudios en el extranjero al concluir la licenciatura. Sin embargo, la naturaleza del establecimiento (privado), su ubicación geográfica fronteriza, así como la estrategia de reclutamiento que lo anima (ausencia de gastos de inscripción y otorgamiento de becas de estudio), contribuyen a poner en tensión el modelo transnacional de formación.

Por lo que respecta a sus ventajas, el ITESM cuenta con una sólida base lingüística, en la medida en que la localización fronteriza de la metrópoli permite reclutar a un alumnado con un buen dominio inicial de la lengua inglesa. Desde este punto de vista podemos hablar de un cosmopolitismo iniciado por la migración transfronteriza de los propios estudiantes. Un poco menos de la mitad de ellos han tenido ya la oportunidad de residir en Estados Unidos; entre estos alumnos pueden distinguirse dos tipos de trayectorias y aspiraciones: el primero concierne esencialmente a estudiantes procedentes de las clases medias, que no pudieron concluir su licenciatura y ocuparon numerosos empleos precarios en Estados Unidos. En este caso, la

inscripción les permite –según declaran los propios interesados– volver a tomar las riendas de su destino social gracias al financiamiento de la formación; el objetivo anhelado al término de la licenciatura, es su inserción profesional inmediata. El segundo tipo de trayectoria concierne a estudiantes cuyos padres son a veces, aunque no de manera sistemática, ejecutivos transnacionales (Wagner, 2004). Estos estudiantes son “herederos” (en el sentido que Bourdieu y Passeron, 2003, dan a este término) animados por el *ethos* del trabajo (Weber, 1905) y cuyos padres administran sus estudios como lo hacen ellos mismos con su propia carrera profesional (Establet, 1983). Muy ilustrativo al respecto es el caso de María, quien terminó sus estudios de bachillerato en Texas, antes de estudiar enfermería. Al igual que su hermano, está inscrita en el mismo establecimiento donde sus padres estudiaron su carrera y cuya profesión –ingenieros– les brindó la ocasión de trabajar en Estados Unidos.

Sin embargo, la formación no deja de suscitar resistencia, debido al medio social del cual procede el alumnado. El carácter privado del establecimiento imprime su huella en el perfil de los estudiantes, puesto que las dos terceras partes de los alumnos del Distrito Federal tienen un padre con un nivel de escolaridad correspondiente, cuando mucho, a la secundaria, mientras que en Monterrey éste es el caso tan sólo de una tercera parte de los alumnos. La decisión de estudiar enfermería –una especialidad que se incorporó tardíamente al cortejo mundial de los movimientos del personal de cuidados– no siempre es aceptada de buena gana por el entorno de las estudiantes. En México, el nivel de calificación del personal de enfermería es muy inferior al que se observa en los países más ricos; pero sobre todo, para determinado nivel de formación, esta profesión ofrece muchas menos expectativas de desarrollo que otras. Una persona con una licenciatura de enfermería percibe 6 473 pesos mensuales (Observatorio Laboral, 2005), es decir menos que un profesional, cualquier sea su carrera (9 000 pesos). Los padres, e incluso el entorno, suelen desear que su hija estudie la carrera de medicina, sobre todo si pertenecen a un medio acomodado (ingenieros) y su hija obtiene buenos resultados en la escuela. Frente a esta norma dominante, el establecimiento, en la persona de sus responsables, debe llevar a cabo una difícil tarea de negociación con los padres, quienes por su nivel social (y económico) abrigan ambiciones más elevadas para su hija. Prueba fehaciente de ello es el estudio de B. Vincent (2009), consagrado a los factores que determinan la elección de la carrera. Citemos un extracto de entrevista:

En un principio no querían, pero para nada. Se oponían totalmente a la idea. Porque la imagen que tenían de la enfermería era la de la enfermera del seguro popular con un mínimo de estudios; por eso no les interesaba. Y como yo tenía más bien un perfil para trabajar como ingeniera, durante mi carrera entendía siempre mejor todo lo que es matemáticas, física; y como ellos, los dos, eran ingenieros, tenían en la mente que yo hiciera lo mismo. Fue difícil cuando les dije que quería estudiar letras, y con enfermería también. Pero quedaron totalmente convencidos al ver el programa (Carolina, de padre y madre ingenieros).

Presentar las ventajas comparativas de las distintas formaciones, ayuda a superar la aprensión inicial, sobre todo si se toma en cuenta que las familias suelen tener un conocimiento concreto de Estados Unidos, que fueron adquiriendo a lo largo de sus migraciones laborales. Como lo subraya la responsable:

Mira, cuando el alumno me dice que quiere entrar a estudiar, que sea por mail, por vía telefónica, presencialmente... Es aspirante, pero me dice “Sí, quiero entrar, pero mis papás no me dejan”, bueno cómo ves, invita a tus papás, platicamos con ellos, y les explicamos cómo está todo. Con Estados Unidos hemos desarrollado mucho las relaciones con las escuelas y los hospitales, entonces [es] con ellos, pues bueno, por ahorita... como saben que los alumnos de esta

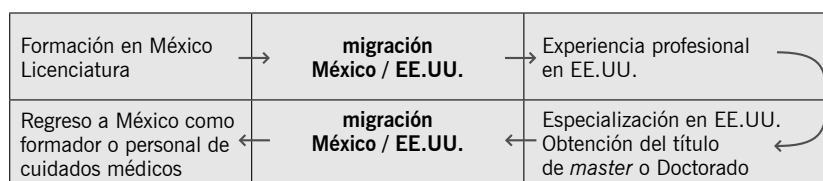
universidad son los únicos que manejan un segundo [o] hasta un tercer idioma. ¿Si estuvieras en un hospital de Estados Unidos, cuales son los alumnos que te llevarías? ¿Los de la Universidad pública que no hablan inglés? (Responsable de la formación).

Dominio del inglés, convenios con las universidades texanas constituyen en opinión de la responsable las principales fortalezas del ITESM. La negociación familiar (proyecto individual vs negativa de los padres) se lleva a cabo mediante un compromiso implícito entre los padres y la institución. Conducida a legitimarse ante ellos y en su afán de contar con buenos alumnos en quienes pueda confiar para renovar la mano de obra, la institución –en la persona de la responsable– contribuye al desarrollo de estrategias de promoción debidamente ponderadas que incluyen el financiamiento por parte del propio establecimiento (costeando los derechos de inscripción y otorgando becas de estudio). Esto permite a las familias ahorrar dinero, que podrán aprovechar para una futura inversión escolar en Estados Unidos. La cuarta parte de la generación, que proviene esencialmente de las clases sociales altas, desea seguir estudiando en Estados Unidos. Esto significa que la institución contribuye activamente al *brain drain* (fuga de cerebros) nacional, corriendo así el riesgo de debilitar su propia estrategia de producción de una mano de obra calificada que cumpla con las condiciones laborales de los establecimientos hospitalarios mexicanos acreditados. Consciente de la contradicción que implica este modelo de formación, la responsable se refugia en otro imaginario, donde la lógica del mercado quedaría en entredicho, en virtud de la obligación moral de “devolver el don” (Mauss, 1923).

Los elementos más importantes adentro de todos estos procesos de acreditación y certificación es el recurso humano, definitivamente. ¿Entonces, que está sucediendo? Todo esto que se está generando en el país, donde existe un cambio social y... y a raíz de este cambio social una remuneración más atractiva. Si mis alumnos tienen la capacidad de poder regresar a Estados Unidos, pues claro que no le meten [a lo] que sucede con las instituciones. Las instituciones deben formar y retener a sus mejores alumnos, a estos alumnos talentosos para que se queden en estas instituciones. ¿Cuál es el atractivo? Las condiciones laborales, la percepción del trabajo. También, debemos pensar en que nuestros alumnos tienen esta oportunidad de viajar en Estados Unidos en maestría, en doctorados. Estar un tiempo en Estados Unidos y regresar a su país. Bueno regresarían a la formación de recursos humanos de manera distinta. Con una misión distinta. Entonces eso empieza a mover este motor, a engranar todas estas cosas que están sucediendo, para que la enfermería de nuestro país cambie.

La figura esperada de la trayectoria es la migración pendular (como se ilustra más abajo en el cuadro 2).

Como se advierte, el discurso de la responsable mezcla dos registros. El primero se refiere a las lógicas de acumulación del capital humano en sus dos principales componentes: el nivel de escolaridad y la experiencia profesional. En un mercado, es lógico que se desarrollen es-



Cuadro 2 - Trayectoria típica esperada.

trategias, individuales y familiares, de acumulación del capital humano, que contribuyen de esta manera a desposeer al establecimiento y al país que se encargaron de la formación. Sin embargo, en opinión de la responsable este intercambio desigual podría equilibrarse en virtud de otra relación social, basada en la obligación moral. Si hemos de crearle, el complemento de formación y experiencia adquirido en Estados Unidos debería beneficiar a la nación formadora: que los estudiantes devuelvan a su país lo que éste les dio, para poder reforzar así la calidad de la mano de obra local y nacional:

El objetivo no es que se vayan, que migren. El objetivo es que ellos (los estudiantes) tengan la oportunidad de estar en un ámbito internacional, pero que regresen a su país. Pero regresar a su país como te lo decía, con un doctorado o una maestría. Que devuelvan a su país lo que su país les dio. Que están fomentando el crecimiento de la profesión, con altos estándares de calidad. La ventaja de eso es adquirir conocimiento. Ir, tener sus postgrados, y luego regresar. (Responsable de la formación).

Sin embargo, este discurso no puede reducirse a una simple invocación mágica; la responsable conserva toda su lucidez. Sólo mejores condiciones laborales y un salario más atractivo podrían garantizar este retorno. De faltar estos elementos y en espera del reconocimiento a la larga labor de movilización de la profesión, en particular a través de la formación del personal, la obligación moral de devolver lo recibido constituye, en su opinión, el único recurso para enfrentar el intercambio desigual entre México y Estados Unidos.

CONCLUSIÓN

El sueño americano procede de un cambio de las mentalidades. El imaginario de los estudiantes es portador, tanto de una esperanza individual, como de una reivindicación colectiva. Los Estados Unidos simbolizan la garantía de un mejor nivel de vida, así como el acceso a un estatus profesional más reconocido. En este país, la autonomía del gremio enfermero se encuentra más afianzada y el reconocimiento meritocrático del esfuerzo individual, mejor garantizado. Un suplemento de educación a nivel maestría, adquirido gracias a la ascesis escolar o profesional, permite acceder al título de *Advanced Nurse Practitioner*, que asegura una mayor autonomía laboral. Los Estados Unidos simbolizan por lo tanto la promesa de un “horizonte de movilidad abierto”, con referencia al cual se desprecian profundamente las condiciones de trabajo en el país de origen. Sin embargo, las condiciones reales de trabajo en Estados Unidos no son tan idílicas como gustan creerlo los estudiantes. Si bien el salario de los trabajadores en el extranjero es más elevado que en su país de origen, este salario resulta de un número excesivo de horas de trabajo, debido a la escasez de personal de enfermería (Xu y Kwak, 2007). Más joven y a menudo exento de todo compromiso familiar (*US Department of Health and Human Services, Bureau of Health Professions, 2004*), el personal extranjero constituye un paliativo al envejecimiento del personal enfermero autóctono. Aunque permanece oculto en el discurso, tanto de los estudiantes como de los responsables de formación, y a pesar de que este hecho sea conocido por las organizaciones internacionales de enfermeras, el sueño americano constituye, en nuestra opinión, el “querer creer” en la esperanza de una movilidad profesional. Coincide en eso con los intereses colectivos del grupo –tal es nuestra hipótesis– o por lo menos, de los docentes de este establecimiento, quienes presentan la unión de los trabajadores del área de cuidados como una panacea que garantizaría la superación personal y el reconocimiento de la profesión. El discurso de los estudiantes es hasta tal grado homogéneo, que revela la fuerza de inculcación de la acción pedagógica. Una corriente subrepticia recorre todo

el *curriculum* oculto, permitiéndonos apreciar hasta qué punto la labor pedagógica es un proceso de conversión de las mentes a la reivindicación de autonomía funcional de los enfermeros mexicanos. En cada generación, el grupo –por mediación del personal de formación– refuerza sus esperanzas, consolida sus reivindicaciones, alimentando al mercado norteamericano, y eventualmente mexicano, con un personal dispuesto a reivindicar la autonomía de la labor enfermera. De ahí que se abogue por la causa del grupo al mismo tiempo que se produce para el extranjero, condenándose a la frustración perpetua y permaneciendo inerte ante las estrategias familiares de los estudiantes procedentes de los medios más acomodados, más hábiles para sacar provecho de la construcción del mercado transnacional de formación del personal de cuidados. Para que tal “imaginario fundador” de carreras y de la profesión pudiera emerger en la conciencia de los individuos, fue necesario que las políticas neoliberales hicieran de la salud en México –en sus dos centros: la capital y la frontera– un campo de acumulación. ¿Cuáles son entonces las formas concretas de organización del trabajo en los establecimientos privados de cuidados médicos? ¿Cómo se reestructuran las normas profesionales bajo el efecto de la globalización? ¿Cuáles estratos del poder (universitario, médico y político) ocupan los promotores de este imaginario y cuáles son las relaciones –conflictivas o de alianza– que se establecen con los médicos? Si bien no podemos por el momento contestar estas preguntas, merecen no obstante ser formuladas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken L. H. y Robyn Cheung R., 2008 – *Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Employment, Labour and Social Affairs Committee, Health Committee, OECD Health Working Papers No. 35.
- Bourdieu P. y Passeron J.-C., 2003 – *Los herederos, los estudiantes y la cultura*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores. [1964].
- Didou-Aupetit Sylvie, “¿Fuga de cerebros o diásporas? Inmigración y emigración de personal altamente calificado en México”. *Revista de la Educación Superior*, octubre-diciembre 2004, vol. XXXII (4), No. 132.
- Didou-Aupetit Sylvie, « Public et privé dans l'enseignement supérieur au Mexique. Tensions et complémentarité ». www.revues.msh-paris.fr/vernumpub/DidouCRES3.pdf
- Didou-Aupetit Sylvie, 2003 – *L'internationalisation des universités au Mexique*, Paris, L'Harmattan.
- Dubar C. y Tripiér P., 1998 – *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- Dumont J.-C. y Zurn P., 2007 – « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », in *Perspectives des Migrations Internationales*, SOPEMI, OCDE.
- Durkheim E., 1982 – *La división del trabajo social*, Madrid: Akal Editor, [1893].
- Durkheim E., 1982 – *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas. La evolución pedagógica en Francia*, Madrid, Las Ediciones de La Piqueta, [1938].
- Establet R., 1983 – *L'école est-elle rentable?* Paris, PUF.
- Fouquet A., 2008 – “Disparidades regionales en México: ¿una cuestión de herencia o geográfica?” en Guzmán, *Sociedad, desarrollo y ciudadanía en México*, LIMUSA, México.
- Freidson E., 1978 – *La profesión médica*, Barcelona, Península, [1970].
- INEGI, *Anuario estadístico de los estados de México*. <http://www.inegi.org.mx>
- Joint Commission International, <http://www.jointcommissioninternational.org>
- Lauréll A.-C., y Ortega M.-E., 1991 – *El Impacto del Tratado de Libre Comercio en el Sector Salud*. Fundación Friedrich Ebert. México, s/p (documento de Trabajo).
- Mauss M., 2009 – *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*, Katz Editores, Buenos Aires y Madrid, [1923].
- National Council of State Boards of Nursing, <http://www.ncsbn.org>
- Observatorio Laboral, <http://www.observatoriolaboral.gob.mx>
- Palacios L. y Lamanthe A., “Traditional organizations coping with globalization in France and Mexico: what are they telling about general trends?”, Comunicación presentada en el Primer Foro ISA de Sociología del Trabajo, Barcelona, 5-8 septiembre de 2008.
- Pérez P. y Silas J. C., 2011 – “Jóvenes de uno y otro sexo en la competencia escolar: ‘el espíritu pedagógico’ de Nuevo León”, en Baby-Collin V., Blöss T., Contreras C., Mercier D., Sheridan C. y Zúñiga V. (coordinadores), *Cuando México*

- enfrenta la globalización. *Permanencias y cambios en el área metropolitana de Monterrey*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rosales-Martínez, Ningenda, Galárraga, Ruiz-Larios, "Expectativas de migración internacional en estudiantes de enfermería en México". Distrito Federal, *Salud pública de México*, vol. 52, No. 3, mayo-junio 2010.
- Simonet D., "La situation des infirmières américaines", *Recherche en soins infirmiers*, No. 63, diciembre 2000.
- US Department of Health and Human Services, "The Registered Nurse Population, National Sample Survey RN", *Bureau of Health Professions*, marzo de 2004.
- Vincent B., 2009 – « *Nouveaux modèles d'apprentissage et nouvelles formes de travail dans la mondialisation. Le cas des infirmières au Mexique* ». Memoria de master 1, bajo la dirección de Pérez Patrick, Université de Provence.
- Wagner C., 2004 – « La mondialisation des dirigeants économiques », en P. Bouffartigue, *Le retour des classes sociales. Inégalités, dominations, conflits*. Paris, La dispute.
- Weber M., 2003 – *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, México, Fondo de Cultura Económica, [1905]. *Worldsalaries*, <http://www.worldsalaries.org/professionalnurse.shtml>, consultado el 20 de abril de 2012.
- Xu Y. y Kwak C., "Comparative trend analysis of characteristics of internationally educated nurses and U.S. educated nurses in the United States", *International Nursing Review*, No. 54, 2007.