

Los trabajadores de la salud, su migración y sus consecuencias

Diego A. Bernardini Zambrini

El pasado lunes 14 de abril se inauguró la Asamblea Mundial de la Salud en su 60.^a edición en la sede de Naciones Unidas. En Ginebra esta vez soplan vientos de cambio. Con un papel internacional recuperado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), gracias a la anterior gestión de la Dra. Brundland y después de la corta y malograda función del Dr. Wook, la Organización se encamina, de la mano de su nueva directora general, la Dra. Chan, a colocar sobre la agenda mundial el tema de la seguridad en salud.

Con la creación en 2005 de la Comisión para el Estudio de los Determinantes Sociales de la Salud, la OMS dio un giro a la concepción de la salud, entendiendo que mientras siga habiendo personas que sufran amenazas o riesgos sociales y económicos, sus derechos fundamentales estarán amenazados. Asegurar ciertos mínimos y adecuados estándares para la promoción de la salud y vigilancia de la enfermedad es la premisa. En consecuencia, mientras haya países con esta población mayoritaria, el resto del mundo también pagará sus costos, y lo hará en términos económicos, como lo subraya la Comisión de Macroeconomía y Salud liderada por J. Sachs.

Sin embargo, desde niveles más micro, o más tangibles y concretos si se quiere, esta seguridad en salud está pasando por un tema que ha ocupado un papel central en esta Asamblea: la movilidad de los trabajadores de la salud. Éste no sólo fue el tema sobre el que giró el último Informe Mundial de la Salud, publicado en abril de este año, «Colaboremos por la salud», sino que hubo un seminario especialmente programado durante la Asamblea y que se desarrolló a sala llena. Hasta la directora general asistió.

Esta situación se engloba en una crisis general de recursos humanos y no es algo nuevo. La novedad está en el alcance y el modelo que comprende. España es un país que pierde médicos y enfermeras. Así como Noruega, Inglaterra o Portugal, por desarrollo o remuneración, reciben profesionales españoles, en España se reciben de América Latina o Polonia. La salud hoy es un elemento de inclusión social. Con la salida de profesionales de la salud, la brecha entre países ricos y pobres se amplía, poniendo en riesgo en muchos casos los propios sistemas de salud de los países «donantes» de profesionales. Desde hace tiempo, es muy clara la vinculación entre la escasez de recursos humanos y las crisis sanitarias.

En la Universidad de Salamanca estamos finalizando un estudio donde se evaluó a 744 estudiantes de los últimos dos cursos de la carrera de medicina, en 11 universidades distintas que representan la geografía española. Los resultados preliminares son bastante obvios: el 51,3% pensó en algún momento irse de España a ejercer la profesión en otro país. ¿A dónde? El 35,9%, al Reino Unido e Irlanda; el 15,2%, a Estados Unidos y Canadá; el 11,4%, a Portugal. ¿Las razones? La primera fue para continuar con su formación y capacitación; la segunda, para ganar más o mejor dinero; la tercera, para trabajar en un ambiente que les permita progresar, y la cuarta, para trabajar en un sistema de salud mejor.

La migración es un derecho humano, forma parte de la globalización, y está fundamentada en razones humanitarias, sociales, pragmáticas y económicas, entre otras. Hay países que ya han tomado posición en este sentido: Filipinas, donde la migración es un fenómeno muy enraizado, se limitó a regularizarla a través de controles. Noruega, país receptor, sin desempleo y sin reserva de mano de obra calificada, se está planteando, ante la necesidad de 200.000 profesionales de la salud en los próximos 35 años, legitimar su equidad y compensar a los países donantes en forma de transferencia de tecnología o hasta con una compensación económica, como si se tratara del mercado de futbolistas profesionales. La cooperación resulta fundamental para forjar un porvenir más seguro. Sin embargo, cuando se habla de cooperación siempre nos viene a la memoria el eje norte-sur. ¿Y esta cooperación «informal» sur-norte?

Hay otro punto que también es para analizar. La principal migración es la que se produce en forma de migración in-

Candidato al Doctorado por la Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.
Programa de Envejecimiento y Curso de Vida. Organización Mundial de la Salud (ALC/WHO). Ginebra. Suiza.

No hubo fuente de financiación a fin de ser citada ni hay conflicto de intereses alguno.

Correspondencia: Dr. D.A. Bernardini.
Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Alfonso X El Sabio, s/n.
37007 Salamanca. España.
Correo electrónico: diegobernardini@usal.es

Manuscrito recibido el 28-5-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 28-5-2007.

Palabras clave: Recursos humanos. Trabajadores de la salud. Movilidad.

terna: la migración desde el medio rural a la ciudad. El fenómeno de urbanización, en el año 2007, dio lugar a que, en el mundo, pasaran a ser más las personas que viven en ciudades que las que viven en el campo.

España está viviendo un fenómeno inmigratorio sin precedentes. Esto nos permite suponer, con un importante grado de certeza, que envejecerán fuera de su país de origen, y por ello con necesidades diferentes. Algunos vecinos ya han alertado y actuado ante esta situación. Con la nueva administración Sarkozy, Francia ha creado un Ministerio de Inmigración e Identidad Nacional.

Nuestro país también tiene otro abordaje de este fenómeno que está afectando seriamente a determinadas comunidades como las del Mediterráneo: el turismo médico. Son personas mayores que no sólo vienen a tratarse, sino que, después de su retiro, consumen servicios que no están preparados para la diferencia de idioma y cultura.

Este escenario, con sus diferentes facetas, nos pone frente a un desafío, un nuevo y urgente planteo para la salud pública.

Una aproximación transversal incluiría preguntarnos: ¿qué tenemos? ¿Qué queremos? ¿Qué podemos o estamos en condiciones de hacer?

Este año, en Castilla y León ha sobrado el 30% de las plazas MIR para medicina familiar; la entrada al sistema de salud, la base del sistema asistencial español.

También en esta comunidad el consejero de Sanidad declaró hace un tiempo «estar tranquilo» porque había médicos suficientes hasta el 2012. ¿Y después qué? ¿Acaso el 2012 no está en un abrir y cerrar de ojos? Ayer hablábamos del año 2000. La aproximación transversal involucra las áreas de educación, desarrollo, trabajo y salud. Pero también la participación ciudadana es vital. Se requiere un cambio de actitud. Hoy la salud es solidaridad, como lo fue en el momento de la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1948. Solidaridad del rico con el pobre, del joven con el viejo, entre lo público y lo privado, del norte con el sur, pero también del sur con el norte y, sobre todas las cosas, solidaridad entre todos.