

La movilidad laboral como oportunidad para la salud global. Una perspectiva africana.

Autoría:

Gonzalo Fanjul

Ismael Gálvez Iniesta

Coordinación general:

Jéssica Domínguez

Miren Hualde

Entrevistas realizadas por:

Emilia García Morales

Patricia Macías

Ana Rojas

Este informe ha sido promovido y coordinado por Fundación Anesvad.

Noviembre 2022

Contenidos

Resumen	4
1. Introducción	7
2. La distribución global del personal sanitario como determinante de las desigualdades en salud	9
3. Las oportunidades y los riesgos en la movilidad internacional de trabajadores de la salud	23
4. Un modelo de migración de profesionales de la salud compatible con el interés común	30
5. Partenariados globales de capacidades: un modelo atractivo para España y la UE	35
6. Conclusión: Una oportunidad para la reforma	39

Resumen

La escasez de personal sanitario especializado constituye un obstáculo fundamental en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 sobre salud, y un determinante de las desigualdades que lo lastran. Desde la atención directa a las enfermedades, la vigilancia epidemiológica y la investigación sobre diagnósticos y tratamientos, hasta la educación sanitaria, la formación de nuevos profesionales o la rehabilitación física y mental de las personas afectadas: estos perfiles forman parte de toda la cadena de intervención de los sistemas de salud. Su solidez depende de la posibilidad de garantizar un número suficiente y capacitado de profesionales de la salud.

Lamentablemente, este objetivo constituye todavía una utopía en regiones como África y en territorios como el de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD). Fundación Anesvad es testigo directo del modo en que las personas afectadas por patologías como el dengue, la lepra o la enfermedad del sueño sufren un doble abandono: por el lugar en el que han nacido y por las enfermedades a las que deben hacer frente. Millones de personas se convierten cada año en víctimas invisibles de una realidad que necesita todo el apoyo que profesionales de la medicina y la enfermería pueden ofrecer.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2006 el concepto de escasez crítica de trabajadores de la salud, un concepto que luego fue utilizado como base para su código de recomendaciones sobre el reclutamiento internacional de estos profesionales. De acuerdo con este criterio combinado, **47 países se encuentran en una situación de escasez crítica de profesionales**, y por lo tanto deben estar sujetos a las salvaguardas contempladas en el código de la OMS. Siete de cada diez países de esta lista (32 en total) corresponden a África subsahariana y el Sahel.

Mientras que la Unión Europea cuenta con 43 personas doctoras y 99 profesionales de la enfermería por cada 10.000 habitantes, esta ratio es de tan solo 3 y 18 para África subsahariana. Los números de esta región son alarmantes incluso cuando se comparan con los de África del Norte. El valor de la ratio de doctoras y enfermeras de la región se mantiene estancado por más de una década.

Mientras tanto, en Australia, Noruega, Suecia, Reino Unido o EEUU más de un 25% del personal médico ha sido formado en el extranjero. Este porcentaje es menor pero sustancial en otros como Francia o Alemania, donde se sitúa en torno al 12%. En la especialidad de enfermería, el porcentaje es significativamente menor, aunque relevante en países como Alemania (8%), Reino Unido (15%) o Australia (17%). El peso del personal sanitario formado en el extranjero ha ido creciendo en importancia desde los últimos años. En Francia o Alemania el porcentaje de profesionales de la medicina formados en el extranjero se ha duplicado desde 2000 a 2019.

Esta evolución está espoleada por dos factores principales: las tendencias demográficas –tasas crecientes de dependencia y escasez laboral en los países más prósperos– y la composición de la carga de la enfermedad y sus efectos en los cuidados sanitarios a domicilio. El número de personas con demencia, por ejemplo, podría llegar a triplicarse para el año 2050.

El envejecimiento de la población en los países más ricos también afecta a la formación de nuevos profesionales de este sector. De acuerdo con la OMS, un tercio de todos los doctores y doctoras que ejercen en los países de la OCDE tenían en 2014 más de 55 años. Las mismas proyecciones de la OMS estiman que para 2030 España tendrá un déficit de más de 85.000 profesionales de la enfermería y casi 30.000 de la medicina.

Reino Unido destaca como el principal receptor de personal extranjero, recibiendo en torno a unos 10.000 profesionales. Le sigue EE.UU., con unos 8.000 y 6.000 médicos y enfermeras, respectivamente. En cuanto a los países de la UE, conviene diferenciar entre las dos especialidades. Para la medicina, España destaca como el país receptor más relevante en 2019, recibiendo más de 6.000 profesionales formados en el extranjero. En contraste, en enfermería destaca claramente Alemania, mientras que los números para España son mucho más bajos (617).

Pero España exporta trabajadores, además de acogerlos. En el año 2019, 362 doctores y doctoras formadas en España entraron en alguno de los países de la OCDE de los que se dispone de información. En el caso de la enfermería este número fue de 2.578, la mayoría de ellas (82%) con destino Reino Unido.

¿De dónde proceden los y las migrantes sanitarias que llegan a la UE? El principal continente de origen es la propia Europa, tanto para la medicina como para la enfermería (30% y 60%, respectivamente). Para la especialidad de medicina, le sigue América Latina (28%) y los países del Mediterráneo oriental (16%). De África subsahariana proceden en torno al 6% de los flujos migratorios de profesionales de la medicina. La

importancia del continente es aún menor en el caso de la enfermería: Europa es el origen más del 60% de estas profesionales, mientras que la región del pacífico occidental (Filipinas, principalmente, con destino a EEUU, Canadá y Reino Unido) y el sur y sudeste asiático (India) representan en torno al 20% y 10% del total. Para España, el origen de los flujos de personal médico y de enfermería se concentra casi exclusivamente (90%) en América Latina.

La regulación de estos movimientos en beneficio de todas las partes involucradas se encuentra aún en fase de construcción dentro de la UE. La llamada Tarjeta Azul –destinada al personal más formado y especializado, como los de la medicina y la enfermería– establece criterios de admisión más inclusivos, facilita la movilidad intracomunitaria y la reagrupación familiar, simplifica los procedimientos para los empleadores reconocidos, concede un nivel muy alto de acceso al mercado laboral y amplía el ámbito de aplicación para incluir a los miembros de la familia no comunitarios de los ciudadanos de la UE y a los y las beneficiarias de protección internacional. Medidas similares se aplican desde hace tiempo en destinos migratorios tan importantes como Estados Unidos o Canadá.

Incluso bajo estas circunstancias, **el desplazamiento de profesionales de la salud de regiones de menos ingresos a regiones más prósperas plantea importantes dilemas éticos**. En primer lugar, el hecho de que los países ricos se tomen tantas molestias en atraer a los y las trabajadoras mejor formadas, mientras se cierra la puerta a todos los demás –cuyos números son excedentarios y cuya emigración contribuiría a aliviar la pobreza en origen– constituye una paradoja difícil de justificar. En segundo lugar, existe la posibilidad de que se produzca un fenómeno de *fuga de cerebros* que descapitalice sectores fundamentales para el desarrollo.

Por eso es fundamental que la regulación de estos movimientos optimice el equilibrio de riesgos y beneficios asociados a la emigración de profesionales de alta cualificación. Eso no se consigue cortándola por completo, sino aprovechando las ventajas que ofrece y atajando sus problemas con medidas específicas como las que propone este informe:

a) El punto de partida: un modelo reforzado y operativo de Salud Global.

La movilidad de trabajadores sanitarios puede constituir un riesgo para los sistemas en circunstancias y lugares concretos, pero el problema principal es otro: el abandono de los y las pacientes más vulnerables y de sus enfermedades, castigados por la carencia atávica de financiación de infraestructuras, personal y tratamientos; la debilidad institucional y normativa; y la marginalidad científica. Para ello, debe considerarse:

- La inversión en los sistemas de salud con el objeto de alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU).
- La atención de pacientes y enfermedades olvidadas.

b) Modelos de movilidad humana en beneficio de todos.

La movilidad de los y las profesionales sanitarios puede amenazar en algunos casos la sostenibilidad de los sistemas de salud de los que proceden. Pero la experiencia muestra que estos casos son poco frecuentes y que la posibilidad de emigrar comporta otros beneficios para los sistemas sanitarios y económicos de los países de origen que pueden superar con mucho los riesgos iniciales. Estas son algunas de las medidas que podrían ayudar a conseguirlo:

- Acuerdos bilaterales y plurilaterales para una migración legal, segura y ordenada.
- Una aplicación inteligente del código de actuación de la OMS para el reclutamiento de trabajadores sanitarios.
- Una reforma disruptiva de la política migratoria.

c) El papel de la cooperación internacional en este desafío.

Diseñados y aplicados de forma estratégica, los programas de la cooperación pueden convertirse en un intermediario de gran utilidad para la consecución de los acuerdos bilaterales y su impacto en el desarrollo de los países de origen. La experiencia de la GIZ alemana, de la agencia belga de desarrollo (Enabel) o del gobierno de Australia ofrecen ejemplos inspiradores en este sentido.

España tiene también la capacidad para contribuir a la gestión de este reto y a ponerlo al servicio del interés común a través de herramientas como los partenariados globales de capacidades que se describen en este informe y que podrían formar parte de una experiencia piloto.

Estas son algunas de las tareas en las que se puede esperar una involucración activa de las agencias de cooperación:

- Proporcionar un marco institucional y legal sólido.
- Financiar programas piloto.
- Facilitar alianzas.
- Formar en origen.
- Selección de países de alto impacto y riesgo bajo.
- Análisis de impacto.

Gestionadas de manera adecuada, las migraciones constituyen una palanca de la prosperidad común, fomentando el crecimiento y el bienestar de sociedades de origen y destino. En el sector sanitario, esta doble ventaja es particularmente visible: acercar las políticas migratorias a los intereses de todas las partes involucradas permite también apuntalar uno de los pilares de los que dependen los sistemas de salud. Las certezas demográficas, convertidas en reformas políticas.

La Fundación Anesvad ha establecido un compromiso con la población olvidada de África subsahariana y contra las enfermedades desatendidas que la asolan desde hace siglos. Ese compromiso comprende la necesidad de dotar a los sistemas de salud africanos del personal que necesita para atender dignamente a sus ciudadanos. Si la reforma del modelo migratorio puede ayudar a cumplir ese compromiso, nos empeñaremos en ella como hemos hecho siempre.

1. Introducción

A principios de febrero de 2022, Pamela Cipriano, presidenta de Consejo Internacional de Enfermeras, expresaba en un foro de debate una preocupación rayana en la angustia: “Como profesión, globalmente, estamos pidiendo ayuda. Porque las enfermeras no se sienten valoradas, no se sienten apoyadas, y porque sabemos que en el curso del tiempo necesitamos incrementar la oferta de mano de obra y retener esa oferta. Esto se está convirtiendo en un desafío crítico cuando observamos las condiciones que nos afectan”.¹

La Dra. Cipriano representa a un colectivo del que depende el bienestar, la economía y la estabilidad de nuestras sociedades. Los dos últimos años han llegado a convencernos de que la salud no solo es un derecho deseable y un privilegio de los Estados e individuos que pueden costearla, sino un determinante fundamental de la seguridad humana. Y quienes sostienen los sistemas de salud desde de la medicina, la enfermería y los cuidados se han convertido en un bien público escaso y cada vez más codiciado por gobiernos de todo el mundo.

No hay nada nuevo en esta constatación. La consolidación de los modelos de cobertura sanitaria universal se ha fundamentado en la existencia de sistemas adecuadamente dotados de recursos humanos y materiales. Cuando estos faltan –por incapacidad o negligencia de las autoridades– la ciudadanía solo tiene la alternativa de sus propios recursos o del abandono sanitario. Lo único que ha hecho la pandemia es globalizar un desafío que ya era realidad en las regiones de menos ingresos. Porque, si las economías más prósperas han sufrido para sostener sus sistemas y a su personal, resulta fácil imaginar la situación de muchos otros países para los que Covid-19 es una más de las epidemias a las que deben hacer frente de forma cotidiana.

África subsahariana y las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) constituyen un epítome de esta realidad. Fundación Anesvad es testigo directo del modo en que los y las pacientes de patologías como el dengue, la lepra o la enfermedad del sueño sufren un doble abandono: por el lugar en el que han nacido y por las enfermedades a las que deben hacer frente. Millones de personas se convierten cada año en víctimas invisibles de una realidad que necesita todo el apoyo que los profesionales de la medicina y la enfermería pueden ofrecer. A pesar de que la palabra “desatendidas” está al final de las siglas ETD, pocas veces aparece en la literatura un término que define a enfermedades con un caldo común de cultivo: la pobreza; el aislamiento geográfico y social; el estigma; la competencia con otras enfermedades infecciosas como el VIH, tuberculosis y malaria; la subestimación de sus magnitudes; y la dificultad para recibir atención científica.²

Existe un objetivo prioritario frente a este desafío, y no es exclusivo de ninguna región o nivel de ingreso: dotar al conjunto de los sistemas sanitarios del planeta del personal que precisan para hacer frente a todas las enfermedades y determinantes de la salud. La buena noticia es que este no tiene por qué ser un juego de suma cero, en el que un país solo puede ganar trabajadores a costa de otro. Es posible invertir más y gestionar mejor para dotar al sistema de salud global del personal que necesita. Y, en este esfuerzo, la movilidad internacional de trabajadores y trabajadoras puede jugar un papel muy positivo.

Este documento ofrece algunas pistas para alcanzar ese objetivo. Después de esta introducción, la sección segunda repasa brevemente las desigualdades que lastran la salud global y por qué la distribución de personal sanitario es una de las fundamentales. La identificación de las necesidades críticas de personal constituye uno de los desafíos claves en este debate. La sección tercera se centra en la movilidad internacional de profesionales de la medicina y la enfermería, en el contexto de las razones y las consecuencias de las migraciones contemporáneas. La sección cuarta sugiere tres ámbitos en los que una actuación decidida de actores públicos y privados podría contribuir a optimizar el equilibrio de riesgos y oportunidades de este proceso. Una de las modalidades para llevarlo a cabo –los partenariados globales de movilidad– es explicada en más detalle en la sección quinta. Finalmente, el documento ofrece algunas conclusiones sobre las posibilidades políticas de llevar todo esto a buen término.

1. <https://www.icn.ch/news/profession-globally-we-are-asking-help-nurses-discuss-ways-address-critical-global-nursing>

2. *Sanidad Olvidada, un problema complejo con graves consecuencias*. María de los Ángeles Erazo Pesántez. Fundación Anesvad, marzo de 2022.

Atención sanitaria: un derecho básico de difícil acceso en muchos lugares

Nadège Melanie, tiene 37 años y es doctora especializada en ginecología y salud pública. Originaria de Benín, actualmente trabaja en Burkina Faso junto a Médicos del Mundo. **Nadège se considera “migrante permanente”**. Decidió que quería estudiar medicina cuando una inyección salvó a su hermano de un ataque de asma severo: “en el hospital, con una sencilla inyección se puso de nuevo a reír, a hablar, a correr, a comer. Fue como un milagro para mí”, explica. “Fue desde ese momento que me entraron muchas ganas de estudiar medicina para ayudar a sanar a la población”, concluye. Nadège fue la estudiante con la nota más alta en bachillerato, intentó acceder a la escuela de medicina privada en Benín pero no la seleccionaron. Gracias a sus buenas notas recibió una beca para estudiar en Cuba. Terminada la carrera, regresó a Benín “a servir a su país”, pero se dio cuenta de que quería trabajar allí donde más falta hacía, en lugares con un sistema de salud pública frágil. **Nadège no migra por necesidad -en Benín tenía trabajo- migra por convencimiento y para mejorar las condiciones sanitarias de otras poblaciones más vulnerables**. “Mi deseo es enriquecer mi conocimiento y tener más experiencia de lo que se vive en muchos países, sobre todo de África (...) a regiones con inseguridad o con muchos problemas de salud. Porque a mí me gusta ser útil para el bienestar de los demás, ese es siempre mi ánimo. Me llevará a muchos lugares”, explica.

Desde hace dos años trabaja con Médicos del Mundo en Burkina, donde ha dejado de lado su trabajo en la consulta para coordinar un programa que tiene como objetivo implementar de forma efectiva un sistema de salud pública en el país. Describe el proceso migratorio como profesional de la salud así: “Empezar a trabajar en Burkina fue fácil. Burkina y Benín son vecinos y miembros de la CEDEAO (Comunidad Económica de Estados de África Occidental), eso facilitó mi integración en el sistema de salud. Eso sí, el proceso lo viví con un poco de sorpresa, al ver que **en un contexto de inseguridad todo está muy muy mal. El sistema de salud de Burkina ha sufrido un golpe grande con esta inseguridad, con muchos defectos y muchos problemas en el sistema sanitario**”.

Los desafíos en Burkina Faso son muchos en comparación al vecino Benín, según Nadège: “**Hay menos recursos materiales y humanos. La higiene y las condiciones de los lugares no es la requerida. Los pacientes que están a una cierta distancia de los centros no pueden llegar a los centros sanitarios...**” Como profesional piensa que el principal desafío no es tratar a las y los pacientes, sino el acceso que estas personas tienen a las medicinas que necesitan para tratar sus enfermedades, por eso trabaja ahora por mejorar los sistemas y no como médica practicante.

2. La distribución global del personal sanitario como determinante de las desigualdades en salud

La historia de la salud global en las últimas décadas ha sido esencialmente una historia de éxito. Incluso con el hiato de la pandemia del coronavirus en 2020-21. La esperanza media de vida en el conjunto del planeta había crecido de los 66,8 años de 2000 a los 73,3 de 2019. Durante ese mismo período, el peso de las patologías no transmisibles en la carga global de la enfermedad pasó del 60,8% al 73,6%. La mejora en los niveles de atención sanitaria básica, vacunación, acceso al agua potable y condiciones generales de vida de la población permitió un descenso constante en el número de muertes por complicaciones neonatales, infecciones respiratorias o diarrea. También se lograron avances históricos en la lucha contra la malaria, la tuberculosis o el VIH, que en regiones como África cayeron un 38%, 33% y 70%, respectivamente.³

«La esperanza media de vida en el conjunto del planeta había crecido de los 66,8 años de 2000 a los 73,3 de 2019»

«También se lograron avances históricos en la lucha contra la malaria, la tuberculosis o el VIH, que en regiones como África cayeron un 38%, 33% y 70%, respectivamente»

Este éxito esconde, sin embargo, una preocupante historia de desigualdad. Los indicadores han evolucionado de manera muy diferente dependiendo de la región, edad, género y estrato socioeconómico desde el que se analicen. Una meta-revisión –369 enfermedades y lesiones en 204 países– publicada en la revista Lancet sobre la transformación de la carga global de la enfermedad entre 1990 y 2019 constata una fotografía general positiva, pero plagada de claroscuros.⁴ Es posible identificar diferencias marcadas en el desempeño de los diferentes rangos de edad: mejora notablemente la población de 0 a 9 años; mientras que se estanca o crece la carga de enfermedad de poblaciones mayores. Desde una perspectiva de género, las mujeres presentan niveles de esperanza de vida más altos en la media, y han experimentado avances notables en indicadores como la mortalidad relacionada con el embarazo o el parto (caída del 35% con respecto a 1990); sin embargo, los niveles siguen siendo pavorosamente altos (211 madres muertas por cada 100.000 nacimientos vivos) y concentrados en las regiones más pobres del planeta.

La Covid-19 ha sido un reflejo fiel de estas diferencias. Si bien es cierto que algunos países desarrollados (como Estados Unidos, Reino Unido o España) han mostrado las tasas más altas de mortalidad, la disparidad en el acceso a diagnósticos, vacunas y tratamientos ha marcado el ritmo de la respuesta en el conjunto del planeta. Grandes naciones de renta media y altos niveles de desigualdad –como Brasil e India– han sufrido la pandemia de forma desproporcionada. Lo que es aún más alarmante, las regiones más pobres han sufrido y sufren las consecuencias indirectas en otras causas de morbilidad y mortalidad. Si el 90% de los países informó de la interrupción de los servicios de salud esenciales no relacionados con la Covid-19 y estas interrupciones afectaron a todas las áreas sanitarias, el golpe fue particularmente grave para la atención de salud materna e infantil de los países de ingresos bajos y medios⁵: 267.000 bebés adicionales (6,8% de aumento de las muertes esperadas) murieron en 2020 como resultado de la crisis de la Covid-19.⁶ En otras batallas fundamentales de la salud global, como la lucha contra la malaria, el VIH y la tuberculosis, el impacto ha sido también tangible. Según datos del Fondo Mundial, las pruebas de HIV cayeron un 41% en 2020 y las pruebas de tuberculosis disminuyeron un 59% respecto a 2019.⁷ En el campo de la malaria, la OMS estima que entre 2019 y 2020 hubo un aumento de 14 millones de casos y 69.000 muertes debido a interrupciones de pruebas.⁸

Buena parte de este retroceso se ha producido en la región africana. Muy especialmente, en África subsahariana. **Porque ningún factor de desigualdad de la salud global parece ser más poderoso que el geográfico.** En todos y cada uno de los indicadores de salud, África queda muy lejos del resto y sus avances se producen de manera mucho más lenta. África subsahariana y Asia del Sur concentraron en 2019 el 52% de la población

3. Todo de World Health Statistics 2021.

4. <https://www.thelancet.com/gbd>

5. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240017788>

6. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/8/e050551>

7. https://www.theglobalfund.org/media/10776/covid-19_2020-disruption-impact_report_en.pdf

8. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021-global-briefing-kit-spa.pdf?sfvrsn=8e5e915_23&download=true

«Ningún factor de desigualdad de la salud global parece ser más poderoso que el geográfico»

mundial de niños y niñas menores de 5 años, pero el 80% de sus muertes. Y la proporción de muertes sobre niños africanos nacidos vivos es exactamente el doble en África subsahariana que en Asia central y del Sur. Las diferencias se extienden a la mortalidad materna –una proporción 7,4 veces más alta en esta región africana que en toda América Latina, por ejemplo–. A pesar de los avances de las dos últimas décadas, las patologías transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales siguen siendo la principal causa de muerte en la región africana, mientras que en el resto de regiones del mundo este papel ha sido ocupado por las enfermedades no transmisibles.

Lo que es más preocupante, también entre las enfermedades de la pobreza existen categorías. **Si la malaria o la tuberculosis aparecen en un rincón del mapa de la salud global, otras causas prevalentes de morbilidad y mortalidad en la región parecen haber quedado fuera de él.** Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) ofrecen un ejemplo ilustrativo (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Enfermedades tropicales, letales y desatendidas.

La lista de más de veinte patologías que componen el grupo de enfermedades tropicales desatendidas (ETD) evoca un territorio atávico y novelesco. Desde la lepra hasta el dengue, pasando por la enfermedad del sueño, la leishmaniosis, el pian o las mordeduras de serpiente, estas enfermedades han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, como un estigma que producía pavor en las sociedades que las padecían y abandono en quienes eran presa de ellas. Aunque son únicas –desde el punto de vista etiológico, epidemiológico y clínico–, todas las ETD tienen mayor impacto en las comunidades más desfavorecidas, en países de renta baja, lo que hace que se cumpla el nefasto ciclo de pobreza-enfermedad-pobreza.⁹

El progreso económico, médico y científico permitió ir desterrándolas de buena parte del planeta, pero el desafío sigue siendo abrumador. De acuerdo con la OMS, las ETD afectan todavía a unos 1.700 millones de personas cada año. Sus consecuencias se miden anualmente en cerca de 500.000 muertes y la pérdida de 19 millones de años de vida ajustados por discapacidad. El coste económico anual para los países que las padecen se cuenta en miles de millones de euros.¹⁰ En conjunto, la desigualdad y el abandono de estos pacientes constituye una violación abierta de derechos fundamentales, empezando por el derecho a la salud.¹¹

«Las ETD afectan todavía a unos 1.700 millones de personas cada año. Sus consecuencias se miden anualmente en cerca de 500.000 muertes y la pérdida de 19 millones de años de vida ajustados por discapacidad»

Como señala M. A. Erazo: “Las graves consecuencias socioeconómicas de esta pandemia exigen más innovación y eficiencia en la lucha contra las ETD, tanto en el mapeo de estas enfermedades como al planificar, implementar, monitorear y evaluar los programas desarrollados para controlarlas. La COVID-19 también ha provocado interrupciones en la cobertura sanitaria universal (CSU), cuyo objetivo es garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan, sin riesgo de ruina económica. Aunque

9. Cit. en M.A. Erazo (2022).

10. https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_2

11. Amon J y Sun N, Addressing Inequity: Neglected Tropical Diseases and Human Rights (2018). Harvard School of Public Health 20.

los avances logrados antes de esta pandemia estén amortiguando la recurrencia y el repunte de la prevalencia de algunas ETD, de no adoptarse pronto las medidas necesarias, el impacto podría ser devastador a largo plazo. Por eso, aunque la actual prioridad en salud global sea superar esta pandemia, no hay que menoscabar la necesidad de atender otras áreas sanitarias esenciales, como las ETD”.¹²

Tal vez por su complejidad y atomización –tal vez por la pobreza a quienes afecta–, la lucha contra este grupo de enfermedades no ha figurado de manera prominente en la agenda de la salud global. No ha sido hasta las últimas décadas cuando la comunidad internacional puso en marcha planes globales y coordinados a través de la Hoja de Ruta de la OMS para las ETD. El primer plan fue definido para la década 2010-2020, y recientemente ha entrado en vigor uno nuevo para los próximos diez años.¹³

Los resultados ya son tangibles. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, el número de personas que necesitan intervenciones contra varias ETD ha caído en 600 millones. Más de 40 países, territorios y zonas han eliminado al menos una de estas enfermedades. La incorporación de una meta propia dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 añadió tracción política a un proceso que se enfrenta a una etapa crucial en los próximos años. En su nueva hoja de ruta, la OMS apuesta por una estrategia que no solo aborda cada una de las enfermedades por separado (con un enfoque integrado de salud humana y animal), sino también busca la implicación de los países afectados y apuesta por programas transversales que optimicen recursos y coordinen las intervenciones.¹⁴

Médicos Sin Fronteras ha advertido en un reciente informe de que “el control y la eliminación de las ETD está amenazado por las crisis humanitarias, los desastres naturales y el desplazamiento de la población por el impacto del cambio climático, así como por la pandemia de la Covid19. Tenemos ya indicios de que la financiación para las ETD ha sido afectada este año y el pasado”.¹⁵ Este impacto ha sido confirmado por la OMS, que alerta sobre sus consecuencias en todas las regiones prevalentes en estas enfermedades. **El modo en el que la pandemia ha alterado la lucha contra las ETD es similar al que ya se ha observado en otras enfermedades:** interrupción de la atención comunitaria y primaria; retrasos en los diagnósticos y tratamientos; alteraciones en el suministro de medicamentos; o desvío de los recursos humanos y financieros disponibles.¹⁶

La realidad es que el éxito de esta estrategia va a depender tanto de la magnitud de las poblaciones afectadas como de la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios. Pero es en la capacidad de respuesta donde parece que tendríamos más margen de maniobra en el corto y medio plazo. Las ETD se enfrentan a la marginalidad en la agenda científica, la dificultad de garantizar el acceso a diagnósticos y tratamientos, la escasez de personal y al desafío de financiar todo ello. En ambos casos, los fondos han permanecido relativamente estancados en la última década y media, ajenos al impulso financiero que han recibido enfermedades específicas protegidas por recursos público-privados.¹⁷

El ODS 3 contempla entre sus metas reducir la mortalidad causada por las principales condiciones y enfermedades que afectan a la población mundial, y como piedra angular de todo ello, alcanzar en todo el mundo la cobertura sanitaria universal, la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. La escasez de personal sanitario especializado constituye un obstáculo fundamental en este desafío, y un determinante de las desigualdades que lo lastran. Desde la atención directa a las enfermedades, la vigilancia epidemiológica y la investigación sobre diagnósticos y tratamientos, hasta la educación sanitaria, la formación de

12. Cit. en M.A. Erazo (2022).

13. Poner fin a la desatención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible Hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030.

14. *Sanidad Olvidada, un problema complejo con graves consecuencias*. María de los Ángeles Erazo Pesántez. Fundación Anesvad, marzo de 2022.

15. <https://www.msf.es/sites/default/files/attachments/informe-msf-overcoming-neglect-eng.pdf>

16. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9638-461-468>

17. https://policy-cures-website-assets.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2022/01/27175130/G-FIN-DER-2021_ND_Executive-Summary.pdf

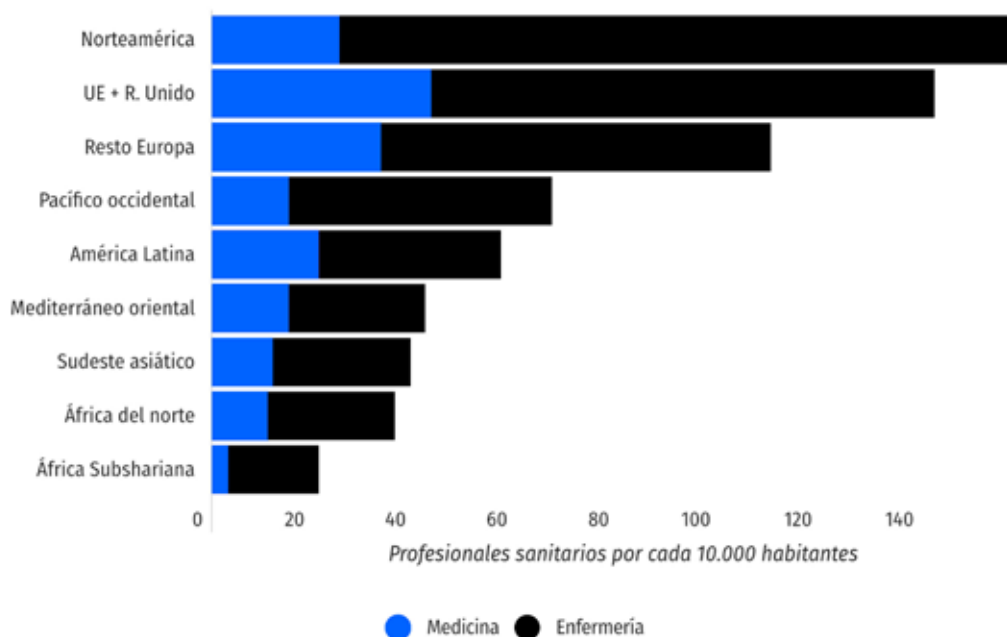
nuevos profesionales o la rehabilitación física y mental a quienes afecta: estos perfiles forman parte de toda la cadena de intervención de los sistemas de salud. La solidez de los sistemas de salud depende de la posibilidad de garantizar un número suficiente y capacitado de profesionales sanitarios. Lamentablemente, este objetivo constituye todavía una utopía en regiones como África.

Una fotografía global del personal sanitario.¹⁸

La fuerza global del trabajo en el sector sanitario se caracteriza por dos hechos fundamentales: su escasez y la enorme desigualdad en su distribución.¹⁹ Actualmente hay unos 60 millones de trabajadores sanitarios en todo el mundo, pero su ubicación encaja mal con la verdadera carga de enfermedad y mortalidad de las diferentes regiones.²⁰ El gráfico 1 muestra la distribución por regiones²¹ de la tasa de profesionales de la medicina y la enfermería. **Mientras que la Unión Europea cuenta con 43 doctores y 99 enfermeros por cada 10.000 habitantes, esta ratio es de tan solo 3 y 18 para África subsahariana. Los números de esta región son alarmantes incluso cuando se comparan con los de África del Norte.** Como vemos en el gráfico 2, el valor de la ratio de doctoras y enfermeras de la región se mantiene estancado por más de una década, apenas aumentado para la inmensa mayoría de los países de la región, en contraste con América, Europa o la región del Sudeste asiático.

«Mientras que la Unión Europea cuenta con 43 doctores y 99 enfermeros por cada 10.000 habitantes, esta ratio es de tan solo 3 y 18 para África subsahariana»

Gráfico 1. Presencia de profesionales sanitarios en diferentes regiones.



Fuente: OMS. Los datos reflejan la media de la región usando el último año disponible para cada país (en su mayoría 2019).

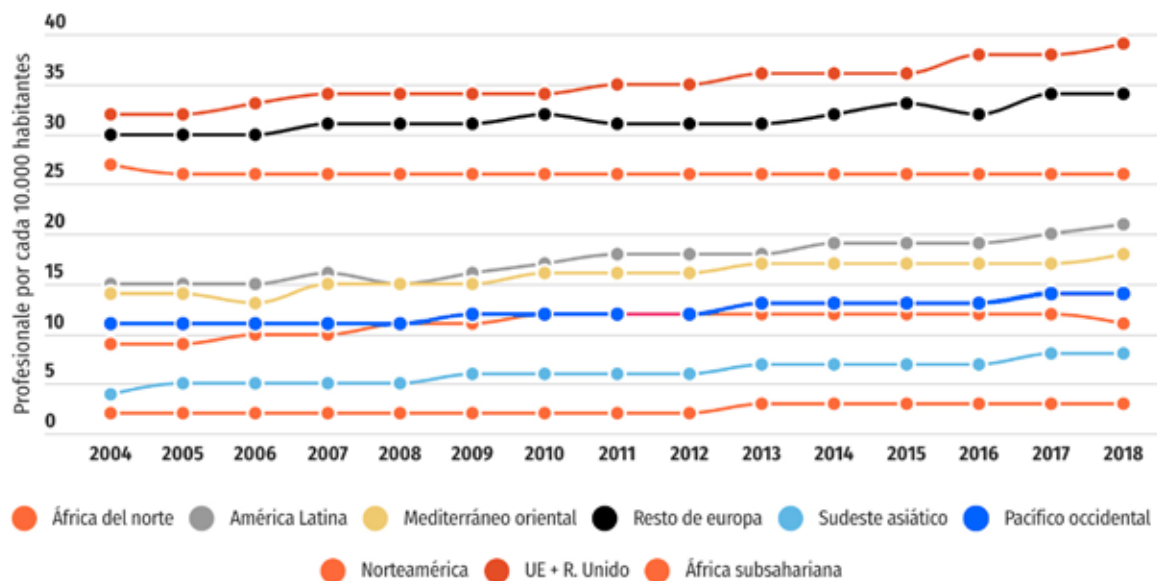
18. Por razones metodológicas, este informe limita el concepto de 'personal sanitario' a los y las profesionales de la medicina y la enfermería. Una interpretación más amplia debería incluir otros perfiles como los científicos y de los cuidados especializados, pero la información disponible en estos casos es menos completa y más fragmentada.

19. Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 370(10), 950-957.

20. World Health Organization, 2008.

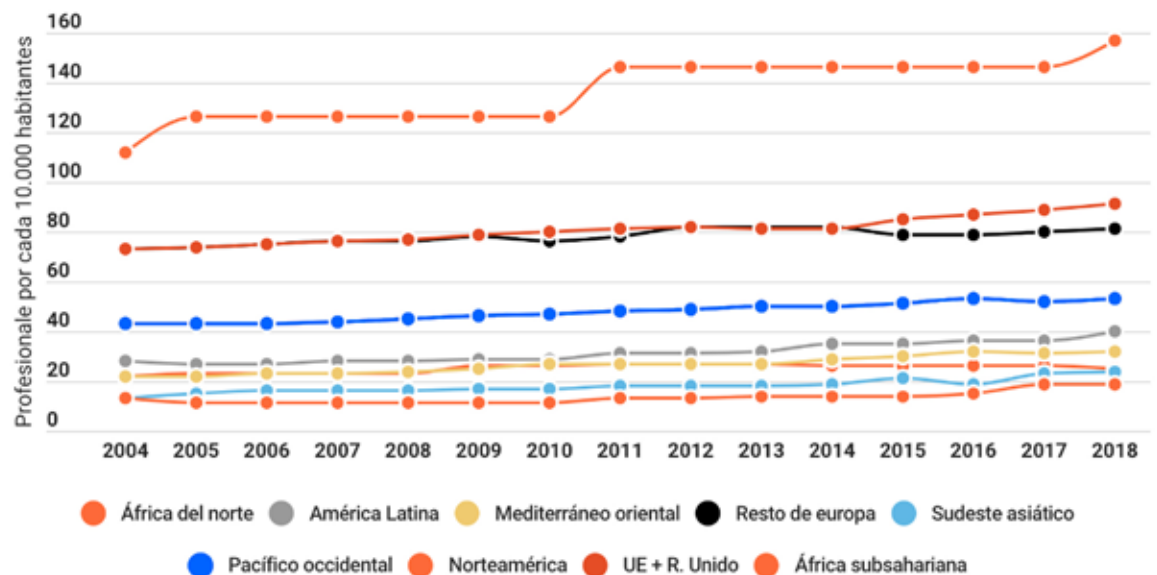
21. Resto de Europa excluye San Marino y Mónaco. Norteamérica incluye Canadá y EEUU. África del norte incluye a: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán y Túnez.

Gráfico 2a. Evolución de la tasa de profesionales de la medicina, por regiones.



Fuente: OMS. Los datos reflejan la media de la región usando el último año disponible para cada país (en su mayoría 2019).

Gráfico 2b. Evolución de la tasa de profesionales de la enfermería, por regiones.



Fuente: OMS. Los datos reflejan la media de la región usando el último año disponible para cada país (en su mayoría 2019).

Este es el contexto en el que se plantea el debate sobre la migración internacional de trabajadores sanitarios –típicamente, desde países menos desarrollados a países en desarrollo–. Un contexto que explica por qué la captación internacional de talento en este sector continúa siendo una preocupación para muchos países,²² sobre todo si consideramos el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población en el mundo desarrollado. La naturaleza del sector de la salud –donde la tecnología y el capital humano son plenamente transferibles– ha desatado una verdadera competencia global por atraer su capital y mano de obra.²³

«En Australia, Noruega, Suecia, Reino Unido o EEUU más de un 25% de los médicos han sido formados en el extranjero»

La escasez y el estancamiento de personal en algunas regiones están relacionadas con factores de demanda y de oferta en otras. El gráfico 3 muestra el porcentaje de personal médico y enfermería formado en el extranjero en algunos de los principales países desarrollados, actualizado para 2019. Como vemos, en Australia, Noruega, Suecia, Reino Unido o EEUU más de un 25% de los médicos han sido formados en el extranjero. Este porcentaje es menor pero sustancial en otros como Francia o Alemania, donde se sitúa en torno al 12%. En la especialidad de enfermería, el porcentaje es significativamente menor, aunque relevante en países como Alemania (8%), Reino Unido (15%) o Australia (17%). Por otro lado, el peso del personal sanitario formado en el extranjero ha ido creciendo en importancia desde los últimos años. En Francia o Alemania el porcentaje de profesionales de la medicina formados en el extranjero se ha duplicado desde 2000 a 2019 (gráfico 4a). De manera análoga, en el caso de las enfermeras, el peso ha crecido de manera constante en la mayoría de los países seleccionados. Llamam la atención Italia –donde era residual a comienzos de siglo y ahora supone casi el 5%– y Reino Unido, donde se ha duplicado en los últimos quince años.

Gráfico 3. Presencia de profesionales sanitarios formados en el exterior.

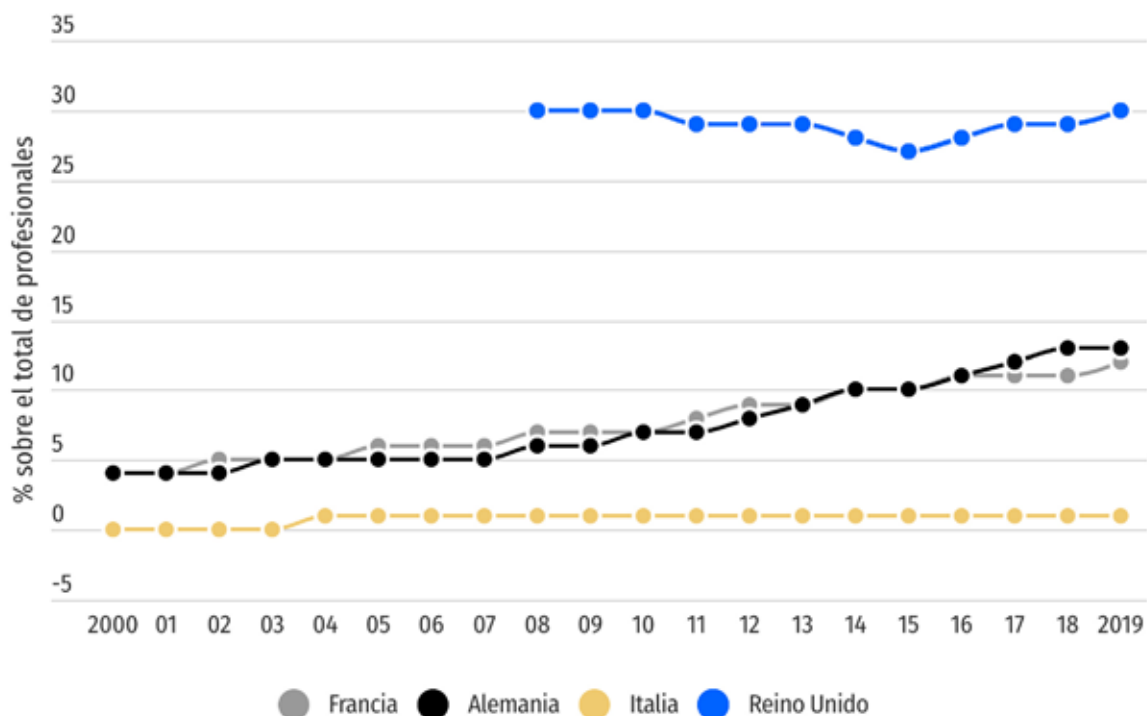


Fuente: OMS.

22. Walton-Roberts, M., Runnels, V., Rajan, S. I., Sood, A., Nair, S., Thomas, P., ... & Bourgeault, I. L. (2017). Causes, consequences, and policy responses to the migration of health workers: key findings from India. *Human Resources for Health*, 15(1), 1-18.

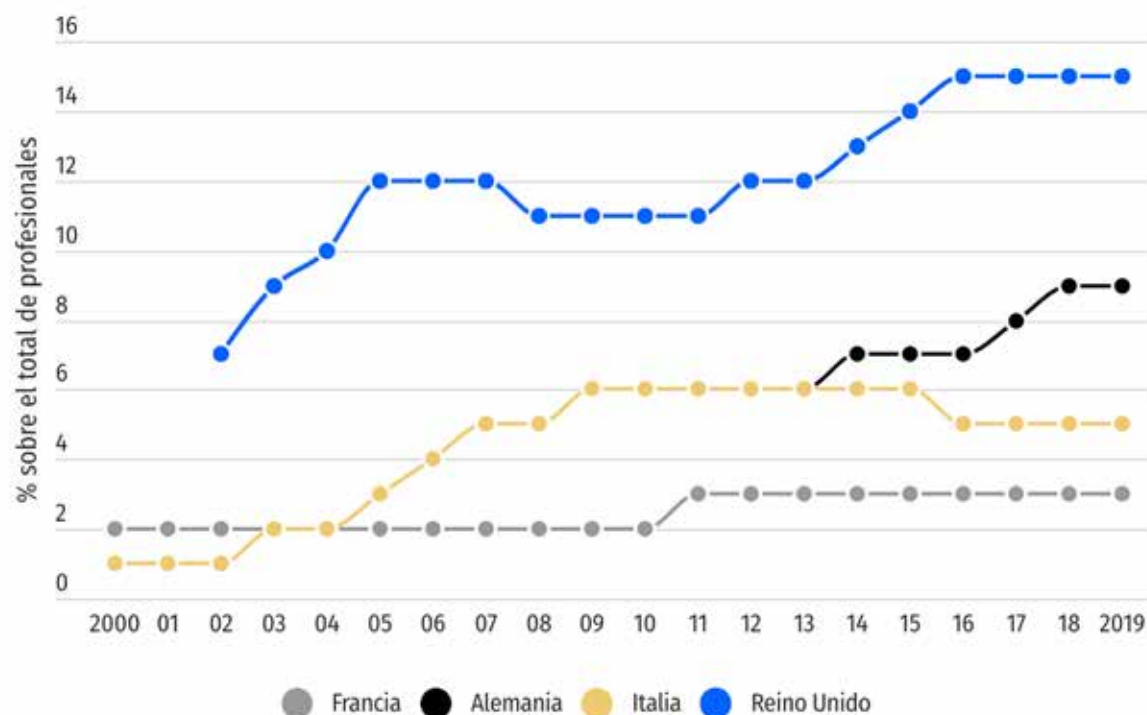
23. (Crisp, L. N. (2011). Global health capacity and workforce development: turning the world upside down. *Infectious Disease Clinics*, 25(2), 359-367.

Gráfico 4a. Profesionales de la medicina formados en el extranjero.



Fuente: OMS.

Gráfico 4b. Profesionales de la enfermería formados en el extranjero.



Fuente: OMS.

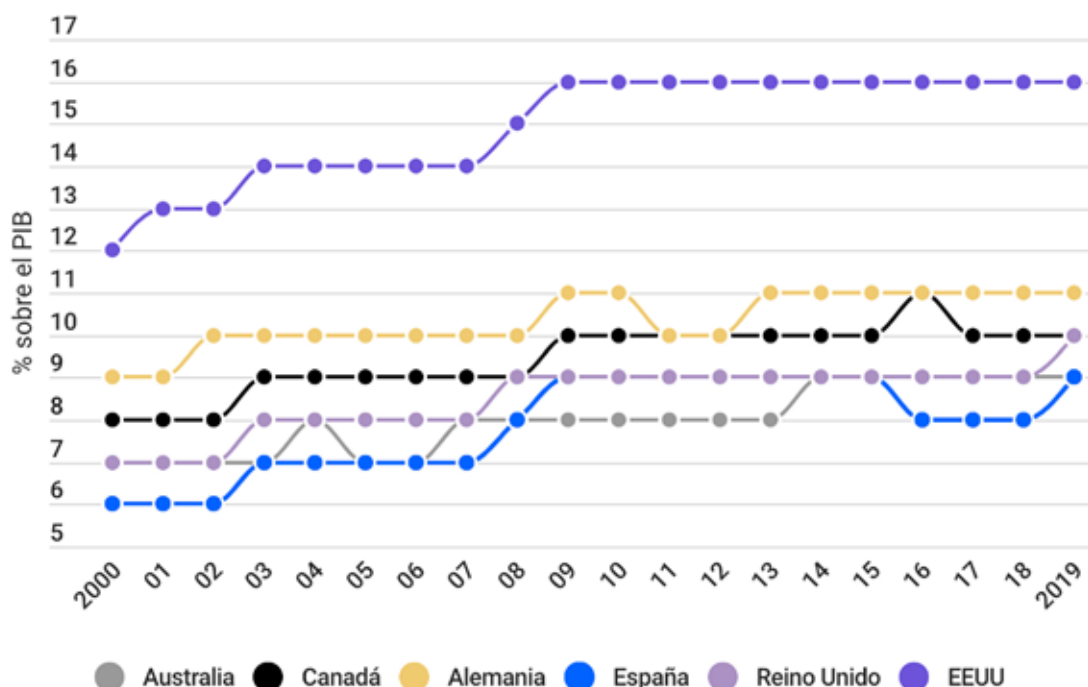
No hay razones para pensar que estas fuerzas vayan a remitir en el futuro. Más bien lo contrario. Como cualquier otro mercado, la demanda y la oferta determinan el número de trabajadores sanitarios empleados. Para medir la primera, un indicador informativo de la cantidad de trabajadores que precisa el sector es la inversión sanitaria como porcentaje del PIB. En buena parte de los países europeos (entre ellos España), este porcentaje viene dado por el indicador de gasto público en salud, una de las partidas con mayor peso en los presupuestos nacionales. Para analizar la evolución esperable de la demanda efectiva de sanitarios debemos examinar las tendencias de medio y largo plazo de esta medida. El gráfico 5 muestra la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB en las principales economías receptoras de mano de obra. Como vemos, ese porcentaje no ha hecho más que crecer en las últimas dos décadas y, dadas las tendencias demográficas, es razonable esperar que crecerá en el futuro.

«Se espera que la población mundial mayor de 60 años doble su tamaño de aquí a 2050, hasta alcanzar los 2.100 millones de personas»

«Es razonable asumir que, en 2050, 1 de cada 3 personas en España tendrá 65 o más años, y que nuestra tasa de dependencia se elevará hasta el 60%»

Esta evolución está espoleada por dos factores principales: las tendencias demográficas –medidas de acuerdo a la tasa de dependencia– y la composición de la carga de la enfermedad. Respecto a las tendencias demográficas, se espera que la población mundial mayor de 60 años doble su tamaño de aquí a 2050, hasta alcanzar los 2.100 millones de personas. En el caso de nuestro país, el informe España 2050 señala que “(...) es razonable asumir que, en 2050, 1 de cada 3 personas en España tendrá 65 o más años, y que nuestra tasa de dependencia se elevará hasta el 60%, solo superada en la UE por las de Portugal, Grecia e Italia”.²⁴ Es obvio que esto presenta grandes retos sobre los sistemas sanitarios, principalmente una creciente demanda de servicios de cuidados y servicios para la población de la tercera edad.

Gráfico 5. Gasto público en sanidad.



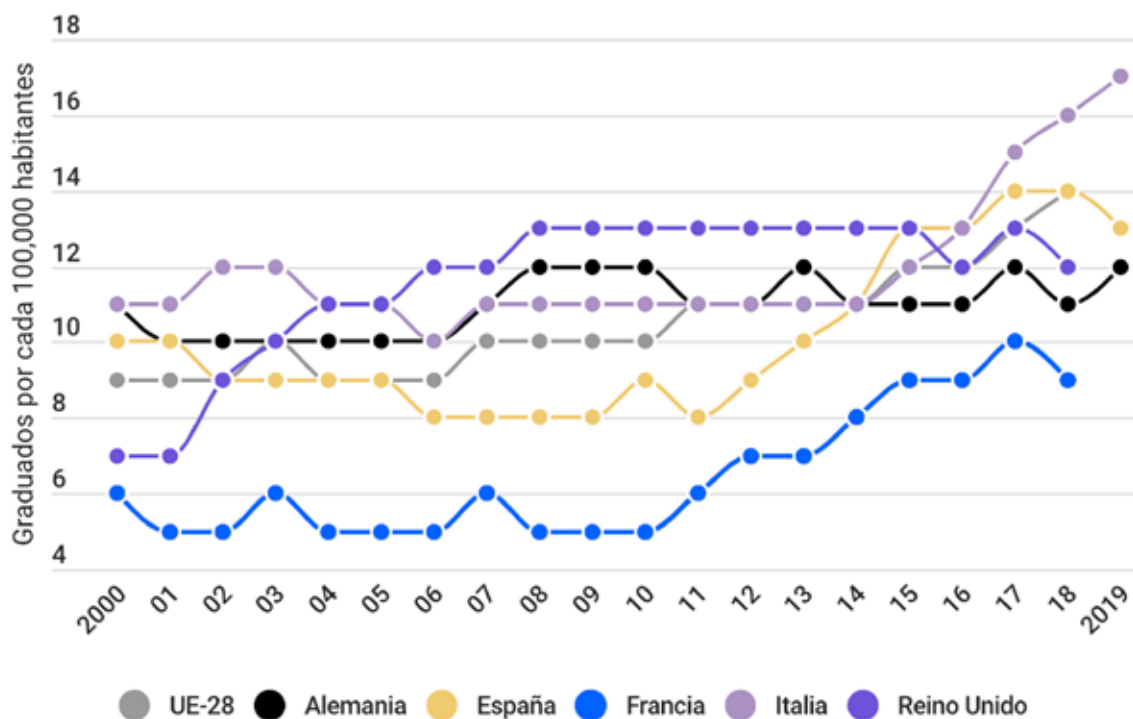
Fuente: Banco Mundial.

24. https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf

El segundo determinante de la demanda tiene que ver con la composición de la carga de la enfermedad y sus efectos en los cuidados sanitarios a domicilio. La reducción del tamaño de los hogares y la incorporación de la mujer al mercado laboral ha hecho que las redes familiares y la disponibilidad de servicios de cuidados del hogar no pagados sea cada vez menor, incrementando las presiones de demanda laboral en este ámbito.²⁵ El incremento en la esperanza de vida supone también un aumento de la dependencia. El número de personas con demencia, por ejemplo, podría llegar a triplicarse para el año 2050. La gestión de las enfermedades no transmisibles –como la diabetes y otras enfermedades crónicas– requiere sistemas de salud adaptados y adecuadamente dotados de personal.²⁶

¿Qué ocurre con la oferta de trabajadores sanitarios? En primer lugar, el envejecimiento de la población en los países más ricos también afecta a la formación de nuevos profesionales de este sector. De acuerdo con la OMS, un tercio de todos los doctores y doctoras que ejercen en los países de la OCDE tenían en 2014 más de 55 años.²⁷ Los bajos ratios de natalidad tendrán un efecto dominó sobre la incorporación de nacionales a estas y otras profesiones. El gráfico 6a muestra la tasa de médicos graduados por cada 1.000 habitantes para España, Francia, Italia, Reino Unido y la media de la Unión Europea. Como vemos, España se encuentra en 2019 en valores similares a la media europea, en torno a 14 personas graduadas en medicina cada año por cada 1.000 habitantes. La tasa de graduados creció notablemente desde 2010 a 2017, pasando de 8 a 14 en ese intervalo, pero desde entonces ha permanecido estancada. Un panorama menos optimista se observa para los graduados en enfermería: la tasa de enfermeros graduados por cada 1.000 habitantes ha permanecido prácticamente plana desde el año 2000 (gráfico 6b)²⁸, tomando valor en torno a 20 para toda la serie temporal. Este valor está por debajo de otros países de nuestro entorno como Francia o el Reino Unido.

Gráfico 6a. Nuevos profesionales graduados en medicina.



Fuente: Eurostat.

25. ILO: Care work and care jobs for the future of decent work, 2018.

26. Ungureanu, M., Wiskow, C., & Santini, D. (2019). The future of work in the health sector (No. 995016293502676). International Labour Organization.

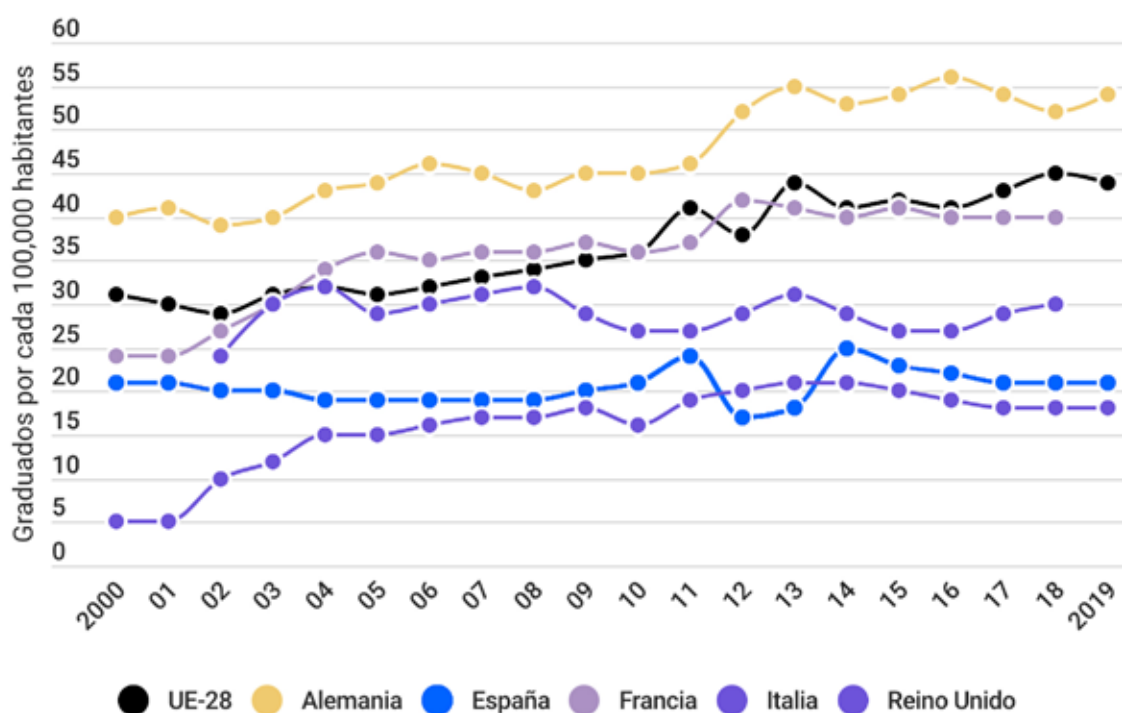
27. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>

28. En el gráfico 6b, para la serie de enfermeros graduados: EU-28 excluye Grecia, Chipre y Lituania para los que no se dispone información previa a 2007.

«Para 2030 España tendrá un déficit de más de 85.000 profesionales de la enfermería y casi 30.000 de la medicina»

El estancamiento de las tasas de personas graduadas coincide con los patrones alcistas de demanda de salud que, como hemos comentado previamente, están alimentados por el constante envejecimiento de la población. De acuerdo a las proyecciones elaboradas por la OMS, se estima que para 2030 España tendrá un déficit de más de 85.000 profesionales de la enfermería y casi 30.000 de la medicina.²⁹ Para los 31 países analizados, las estimaciones sugieren un déficit total de 1,1 millones de enfermeras y 754.000 doctores en 2030.³⁰

Gráfico 6b. Nuevos profesionales graduados en enfermería.



Fuente: Eurostat.

29. World Health Organization. (2017). Health workforce and labor market dynamics in OECD high-income countries: a synthesis of recent analyses and simulations of future supply and requirements.

30. En el caso de España es posible encontrar argumentos similares en publicaciones como https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300016#B4

Un sector marcado por la escasez de recursos humanos y económicos

Gideon es Jefe de Recursos Humanos en el sistema sanitario público del distrito ugandés de Kymia. Esther es enfermera y comadrona en el sistema sanitario público y en el Centro Médico privado sin ánimo de lucro Paul & Martha, inaugurado en junio de 2019, también en Kimya. Esther y Gideon son pareja, ambos originarios de Uganda y directores del Centro, su objetivo principal es acercar los servicios sanitarios al área rural del país.

Esther tiene más de 12 años de experiencia como sanitaria y durante este tiempo ha trabajado tanto en centros privados como públicos en Uganda. “En base a la experiencia que tengo en esta profesión y en el área de maternidad, a mí me motiva mucho el poder brindar asistencia sanitaria y cambiar conductas. Las comunidades locales no tienen cerca asistencia sanitaria (...) al abrir la clínica aquí, estamos acercando los servicios a estas comunidades”, explica Esther. Sin embargo, las dificultades en Uganda no sólo complican el acceso a los servicios sanitarios. **“La gente de las comunidades es pobre, no pueden pagar muchos de los servicios y medicinas que necesitan.** Por ejemplo, si le dices a alguien que tiene malaria, la persona te dirá que no tiene dinero, aunque el niño realmente necesite tratamiento. En la clínica, a veces traemos equipamiento para usar y medicinas, porque **en el sistema público no hay suficientes medicinas**”, cuenta Esther.

Guideon cree que la población valora el trabajo de las y los profesionales sanitarios en el país. **“Estás trabajando en un sector en el que faltan muchos recursos humanos y hay muy poca gente especializada, así que te sientes motivado por la comunidad y el respeto que ofrecen a los esfuerzos que hacemos”**, explica. Los retos para el sector sanitario en Uganda son muchos pero Guideon piensa que “el un gran reto es la gestión que hacen **aquellos que manejan los recursos, no invierten suficiente en atraer mano de obra sanitaria ni en mejorar el sector (...) Los sueldos son muy bajos, la diferencia entre el sueldo de un cirujano y un político en chelines es abismal.** Esther está de acuerdo con Guideon: “En Uganda falta mucho personal (...) la mayoría de los que pueden estudiar se van a otros países porque los sueldos son míseros. Y pasa con otras profesiones también. La motivación es muy pequeña cuando no sabes realmente qué vas a poder hacer en tu hospital, no estás motivado. Creo que en otros lugares tendrán mejores oportunidades laborales y educativas que aquí. Supongo que esa es la razón por la que se van”, reflexiona.

Según Guideon y Esther actualmente en Uganda existe un déficit de profesionales médicos. **“Muchos se van a Canadá y otros países del norte, porque es verdad que cuando van allí tienen mejores salarios y no son infravalorados como en Uganda”**, explica Guideon. Este déficit no solo lo marca la migración sino que también la dificultad en el acceso a estudios especializados en el país tiene una importancia clave. Por un lado, “estudiar una carrera sanitaria en Uganda es muy caro, cuesta al menos un millón de chelines el semestre”, explica Esther. Y por otro, la falta de infraestructuras e inversión implica que “muchas comunidades locales pobres no disponen de escuelas especializadas ni capacitadas para formar a sanitarios. **El 80% de ugandeses no tendrán posibilidad de formarse en eso. Es un gran problema.** Además, las becas son muy limitadas, no se destinan suficiente a la formación en este aspecto. La mayor parte de inversiones va a la explotación de recursos energéticos, no a la sanidad”, lamenta Guideon.

Esther y Guideon no descartan migrar en un futuro si aparece una oportunidad. “En el ámbito sanitario, en cualquier otra parte, ganas más dinero, progresas y asciendes más rápido. **Nosotros estamos sacrificándonos por nuestro país**”, explica Guideon. Esther está de acuerdo: “me gustaría irme si tuviera una oportunidad dentro de mi sector laboral, porque con lo que gano aquí, es muy poco para mantener el proyecto y todo en general. **Si me dieran la oportunidad de irme para trabajar en otro lugar, me iría**”.

¿Dónde están las necesidades críticas de trabajadores sanitarios?

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2006 el concepto de **escasez crítica de trabajadores sanitarios**, un concepto que luego fue utilizado como base para su código de recomendaciones sobre el reclutamiento internacional de estos profesionales. En base a un doble criterio –la densidad de sanitarios con respecto a la población y el porcentaje de partos atendidos por personal especializado–, se acordó que un país con menos de 2,28 trabajadores sanitarios por cada 1.000 habitantes entraría en esta categoría. De acuerdo con esta definición, una primera lista incluía a 57 naciones del planeta, la inmensa mayoría en África subsahariana, seguida del sur y sudeste de Asia.

Como señalan Clemens y Dempster,³¹ las cosas han cambiado desde 2006. Aplicando a los datos de 2021 estos mismos criterios, los autores han señalado que la lista de países con estas necesidades se reduciría de los 57 originales a 43. Una de las salidas más sonadas es la de India, que ha conseguido superar los umbrales mínimos en ambos indicadores.

Sea como sea, la lista oficial fue revisada en febrero de 2021 tras las recomendaciones realizadas por un grupo de expertos asesores que plantearon una revisión de los criterios. En concreto, el indicador de partos atendidos fue reemplazado por el Índice Cobertura de Servicios Sanitarios Básicos (CSU), un indicador entre el 0 y 100 para el que se estableció un mínimo de 50. El nivel de corte de la densidad de trabajadores sanitarios aumentó a los 4,86 por cada 1.000 habitantes. De acuerdo con el nuevo criterio combinado, 47 países se encuentran en una situación de escasez crítica de profesionales, y por lo tanto deben estar sujetos a las salvaguardas contempladas en el código de la OMS. **Siete de cada diez países de esta lista (32 en total) corresponden a África subsahariana y el Sahel.**

«47 países se encuentran en una situación de escasez crítica de profesionales»

«Siete de cada diez países de esta lista (32 en total) corresponden a África subsahariana y el Sahel»

Tabla 1. Listado de los países con escasez crítica de personal sanitario, de acuerdo a las dos definiciones planteadas por la OMS.

Definición de 2006 (57 países)	Definición de 2006 con datos de hoy (43 países)	Definición de 2021 (47 países)
África		
Angola	Angola	Angola
Benín	Benín	Benín
Burkina Faso	Burkina Faso	Burkina Faso
Burundi		Burundi
Camerún	Camerún	Camerún
República Centroafricana	República Centroafricana	República Centroafricana
Chad	Chad	Chad
Comoras		
RD Congo	RD Congo	RD Congo
Congo	Congo	Congo

31. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/PP212-Clemens-Dempster-Ethical-recruitment-health-workers-WHO-Code.pdf>

Costa de Marfil	Costa de Marfil	Costa de Marfil
Guinea Ecuatorial	Guinea Ecuatorial	Guinea Ecuatorial
Eritrea	Eritrea	Eritrea
Etiopía	Etiopía	Etiopía
Gambia	Gambia	Gambia
Ghana	Ghana	Ghana
Guinea	Guinea	Guinea
Guinea-Bissau	Guinea-Bissau	Guinea-Bissau
Kenia	Kenia	
Lesoto	Lesoto	Lesoto
Liberia	Liberia	Liberia
Madagascar	Madagascar	Madagascar
Malawi		Malawi
Malí	Malí	Malí
Mauritania	Mauritania	Mauritania
Mozambique	Mozambique	Mozambique
Níger	Níger	Níger
Nigeria	Nigeria	Nigeria
Ruanda		
Senegal	Senegal	Senegal
Sierra Leona	Sierra Leona	Sierra Leona
		Sudán del Sur
Tanzania	Tanzania	Tanzania
Togo	Togo	Togo
Uganda	Uganda	Uganda
Zambia	Zambia	
Zimbabue	Zimbabue	
América Latina		
	Bolivia	
El Salvador	El Salvador	
	Guatemala	
Haití	Haití	Haití

Honduras	Honduras	
Nicaragua		
Perú	Perú	
Oriente Próximo y Mediterráneo		
Afganistán	Afganistán	Afganistán
Djibouti		Djibouti
Irak		
Marruecos		
Paquistán	Paquistán	Paquistán
Somalia	Somalia	Somalia
		Sudán
Yemen	Yemen	Yemen
Pacífico occidental		
Camboya		
		Kiribati
Laos	Laos	
		Micronesia, FSM
Papúa Nueva Guinea	Papúa Nueva Guinea	Papúa Nueva Guinea
		Islas Salomón
	Timor Oriental	
		Vanuatu
Sudeste asiático		
Bangladesh	Bangladesh	Bangladesh
Bután		
India		
Indonesia		
Myanmar	Myanmar	
Nepal		Nepal

Esta sección ha ofrecido un análisis de la oferta y distribución global de personal sanitario y de sus consecuencias para el sostenimiento de los sistemas de salud. Las próximas secciones analizan el papel que la movilidad internacional puede jugar a la hora de complicar o resolver este desafío.

3. Las oportunidades y los riesgos en la movilidad internacional de trabajadores de la salud

En el año 2020, unos 281 millones de personas vivían en el planeta como migrantes en un país distinto al de origen. Aunque el porcentaje sobre la población mundial se ha mantenido relativamente estable entre el 2,9% y el 3,6% desde 1990, la realidad es que las cifras totales actuales multiplican por dos las de hace tres décadas. A lo largo de este período, el desplazamiento Sur-Norte ha reemplazado al Sur-Sur como eje migratorio principal.³²

¿Por qué un número cada vez mayor de personas ven en la emigración la oportunidad de prosperar y ofrecer a sus hijos e hijas una vida más próspera y segura de la que ellos y ellas han tenido? En parte, los conflictos, la persecución civil y política, y los shocks naturales extremos han incrementado el desplazamiento forzoso dentro y fuera de los países. El número total de personas refugiadas en el planeta se acerca por primera vez a los 21 millones de seres humanos. La mayor parte de ellos se encuentra en regiones en desarrollo como África subsahariana, Asia Central o América del Sur.

«El número total de refugiados en el planeta se acerca por primera vez a los 21 millones de seres humanos»

«Solo uno de cada diez migrantes del planeta tiene estatus de refugiado»

Pero el grueso de la movilidad tiene raíces económicas. Solo uno de cada diez migrantes del planeta tiene estatus de refugiado. Y, aunque las consideraciones humanitarias pesan en un número mucho mayor de los que cuentan formalmente como desplazados forzados, la realidad es que una inmensa mayoría tiene en los aspectos económicos y laborales una motivación principal para desplazarse. En concreto, podemos identificar tres determinantes: la desigualdad de ingreso, el desequilibrio demográfico y la capacidad de realizar la inversión que exige el proceso migratorio.

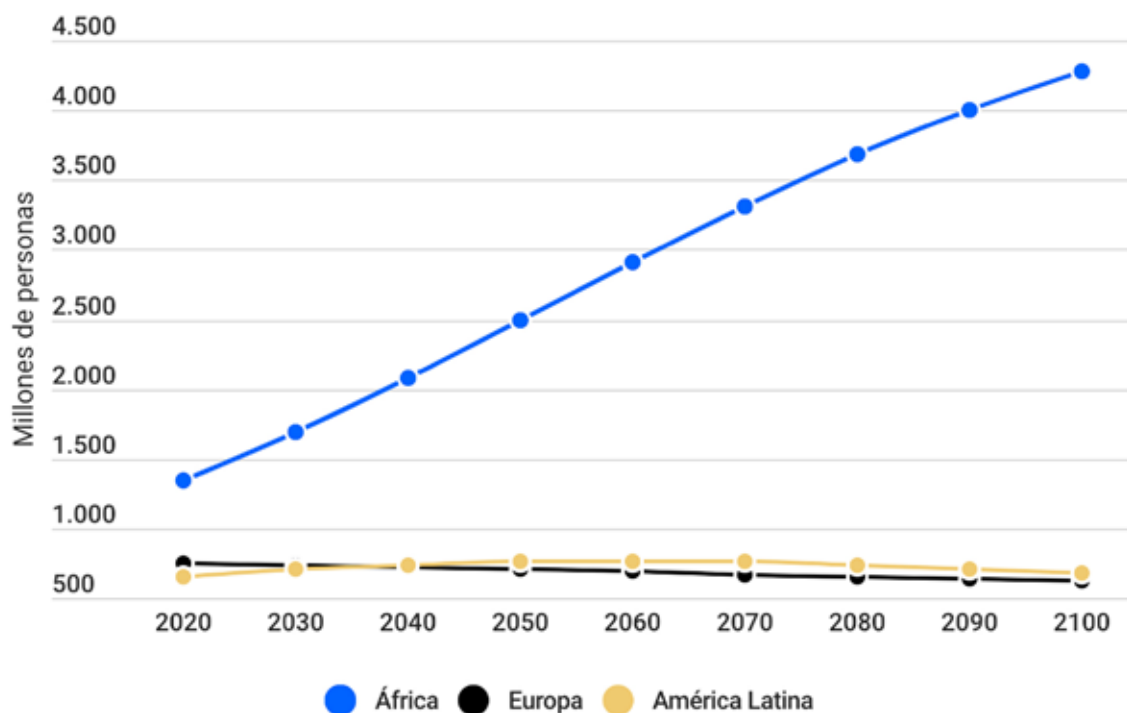
El aumento de los flujos migratorios se produce en paralelo con niveles crecientes de desigualdad social y salarial entre países y al interior de estos. Para comprender la magnitud de esta brecha y su efecto estimulador de la emigración, no basta comparar niveles medios de renta o de calidad de vida. Es necesario considerar factores fundamentales como la distancia entre los países de origen y destino, las posibilidades de ingreso de acuerdo a las capacidades del trabajador, el lugar e idioma de origen, su educación, género o edad, entre otros. Las barreras políticas a la inmigración (mucho más que las naturales, como la distancia o el idioma, por ejemplo) actúan como un gran impuesto que impide a los y las trabajadoras acceder a salarios más altos. De hecho, el premio para un trabajador extranjero que logre acceder al “lucrativo” mercado laboral de los países ricos es sencillamente extraordinario. Tomen el ejemplo de los Estados Unidos: incluso considerando todos los factores descritos anteriormente, un potencial trabajador o trabajadora migrante puede esperar desde doblar sus ingresos reales –un marroquí, dominicano o costarricense, por ejemplo– hasta multiplicarlos por 14, 15 y 16 –haitianos, yemeníes y nigerianos, respectivamente–.³³

El factor demográfico resulta también determinante. Las sociedades más jóvenes y con menos oportunidades de empleo tendrán un mayor interés en la migración como alternativa. En el caso concreto de África y Europa, el desequilibrio es llamativo. Las previsiones demográficas –como la que realiza la ONU en el gráfico 7a– sugieren que a lo largo de los próximos 70 años la población nativa europea quedará estancada –al igual que América Latina, en cuyos flujos migratorios se apoya hoy España–. Mientras, la africana prácticamente se doblará hasta superar los 4.000 millones, espoleada por la caída de los niveles de mortalidad infantil. Desde el punto de vista laboral, esto significa que Europa perderá trabajadores y África vivirá un verdadero *boom* demográfico. La reducción de la población económicamente activa y el envejecimiento progresivo de la sociedad traerá consigo un incremento de la ratio de dependientes por trabajador. Según las cifras de la ONU, la ratio entre potenciales trabajadores (15-64 años) y mayores de 65 años –jubilados que deben obtener una pensión y servicios de salud y atención de calidad– habrá caído en los países ricos de los 3,5 actuales a los 2,2 en 2050. En el caso de la región subsahariana, esa cifra será de 13 en 2050. En ausencia de inmigración (gráfico 7b), ni la economía ni el Estado del bienestar son viables.

32. Migration Data Portal.

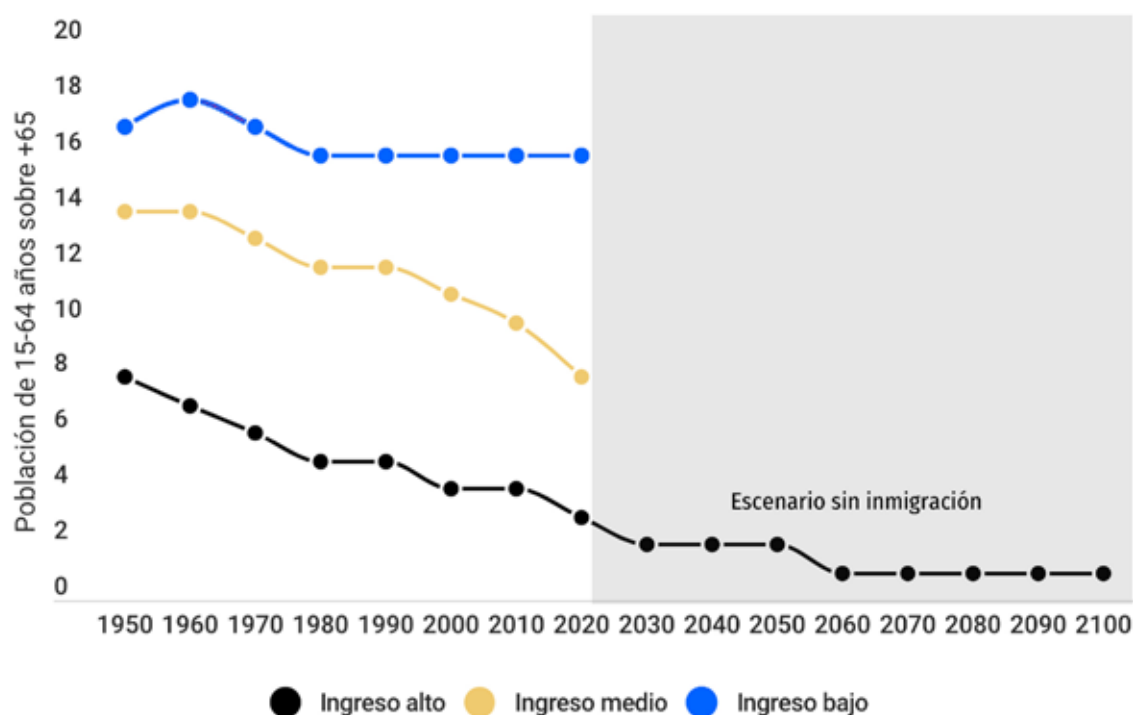
33. Centre for Global Development Clemens, Montenegro y Pritchett. Su publicación *The Place Premium* (La ventaja del lugar) analiza el caso de trabajadores de 42 países de origen, para los que busca trabajadores idénticos en los Estados Unidos y aísla la verdadera importancia del lugar de residencia en sus perspectivas de ingreso.

Gráfico 7a. Evolución prevista de la población mundial, por regiones.



Fuente: World Population Prospects, UN-DESA.

Gráfico 7b. Evolución de la tasa de dependencia.



Fuente: World Population Prospects, UN-DESA.

«No emigra el que quiere sino el que puede. La emigración es un proceso costoso que exige una considerable inversión financiera y educativa»

El tercer factor principal tiene que ver con las posibilidades de poner en marcha un proyecto migratorio. Dicho de forma simple, no emigra el que quiere sino el que puede. La emigración es un proceso costoso que exige una considerable inversión financiera y educativa. Eso explica que el volumen de quienes emigran se incrementa a medida que los países van aumentando su renta media y un número cada vez más abundante de personas tiene la opción de emigrar. Determinados niveles de prosperidad suponen, entonces, un acicate para la movilidad, que contribuirá, a su vez, a fortalecer el desarrollo en origen. Esto no solo desmonta algunos de los mitos mejor arraigados en Europa acerca de la vinculación entre la ayuda al desarrollo y el control de las migraciones, sino que sugiere que África subsahariana verá todavía niveles mucho más altos de emigración hacia los países más ricos.

Migrar: una cuestión de oportunidad

Louise Lalu es doctora especializada en medicina general. Nació en el seno de una familia pobre en República Democrática del Congo. Estudió medicina en la capital del país y viajó a Madrid por primera vez en 2004, gracias a una beca del Ministerio de Asuntos Exteriores para asistir a un seminario sobre enfermedades olvidadas. Allí supo de otras becas para estudiar en España y empezó a postular durante dos años, hasta que finalmente consiguió una beca en 2006. “Me fascinó todo lo que había visto y me interesé tanto en volver a formarme porque vi que España era muy diferente a mi país, donde no había nada. Tenía ganas de formarme más para poder cambiar la forma de trabajar.” explica Lalu. Sobre el proceso migratorio, Lalu cuenta que pudo completarlo gracias a la beca que obtuvo: **“Sin la beca del Ministerio de Asuntos Exteriores de España, ¿cuándo iba a venir yo a Europa?. Puede ser que no hubiera venido nunca o solo a pasear si tuviera los medios. Salir de nuestro país y entrar en Europa no es un proceso fácil, es una salida para los políticos y para la gente que tiene dinero. Yo vengo de una familia muy pobre y no sabía cómo hacer. Incluso cuando vine al seminario fue porque había aprobado unas pruebas que se pasaban en la embajada de España y nos facilitaron los visados gratuitos”**.

Ya en España hizo un máster en Salud Pública Internacional y convalidó su titulación. El proceso de convalidación fue largo, de unos dos años aproximadamente, y para completarlo tuvo que cursar de nuevo varias asignaturas en la Universidad de Valladolid. Cuando estaba redactando su tesis doctoral la beca con la que contaba se terminó. Necesitaba trabajar y estuvo un tiempo empleada como limpiadora: “Tenía que sobrevivir para seguir viviendo y seguir estudiando. Ya no tenía medios y me aconsejaron intentar buscar trabajo de lo mío. Trabajaba de limpieza pero no podía mantenerme de limpieza toda la vida”. Finalmente hizo el MIR - examen para Médico Interno Residente- y obtuvo plaza en Barcelona, donde trabaja desde entonces. Asegura que el mayor shock cultural lo tuvo allí, en gran parte debido al idioma. Lalu recuerda que **“el primer día te vistes, estás en uniforme como todo el mundo, saludas “buenos días” y la gente te mira de la cabeza a los pies y no te contesta ¿Sabes lo que significa esto? me sentí frustrada. Tenía ganas de salir corriendo, pero dije, “no”. He aguantado tanto en mi vida, no por unos saludos me voy a volver atrás”**. Lalu afirma que una vez aprobó el MIR, no tuvo problemas para encontrar trabajo.

Respecto a las diferencias entre el sistema sanitario español y el de RDC, Lalu lo tiene claro: “son dos sistemas sanitarios incomparables. El sistema sanitario español es un sistema nacional de salud, donde hay acceso universal a toda la población, incluso a los inmigrantes, y acceso a los medicamentos, además de la asistencia sanitaria, Y esto en mi país no existe, el sistema sanitario es de copago. No hay financiación, no hay acceso”. **Lalu espera algún día volver a la República Democrática del Congo e implantar el modelo de salud pública de Cataluña.**

¿Qué consecuencias puede tener todo esto para la prosperidad global? Si hay algo en lo que coincide la literatura académica alrededor del impacto de las migraciones, es que estas constituyen una bendición para las economías de origen y destino, con algunas excepciones que pueden ser corregidas. Los estudios del Banco Mundial, la OCDE, los bancos centrales y autoridades fiscales coinciden en que la movilidad de capacidades y talento impulsa el crecimiento de las economías y la generación de empleo, apuntala la base de maltrechas pirámides

«La movilidad de capacidades y talento impulsa el crecimiento de las economías y la generación de empleo»

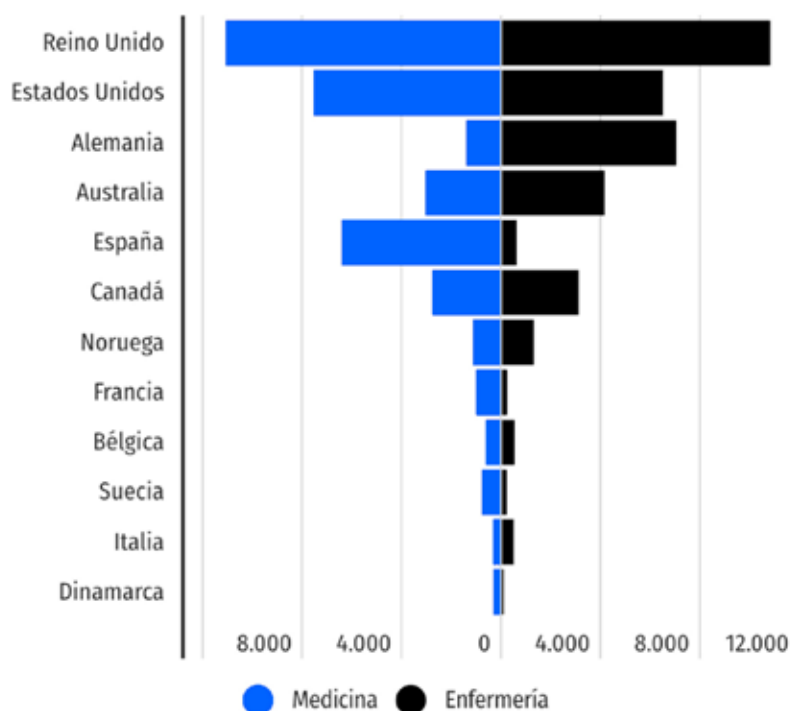
demográficas y, al menos durante las primeras generaciones, realiza una contribución neta a la financiación de los Estados de bienestar.³⁴ De acuerdo con la OCDE, el resultado neto exacto de lo que las personas migrantes aportan y reciben de los recursos fiscales de un país depende de muchos factores, como el hecho de tener un contrato legal y hacer contribuciones a la seguridad social, o el nivel de protección del Estado en el que residen. Lo habitual es que se acerque a cero, aunque durante los primeros años de la migración es muy positivo, entre otras cosas por el bajo uso de los recursos públicos.

La relación de beneficios continúa para describir una miríada de avenidas a través de las cuáles las personas extranjeras trabajadoras y sus familias enriquecen las economías y sociedades de origen al mismo tiempo que las de sus países de acogida: la transferencia de remesas económicas, sociales y democráticas; el incremento de la productividad; el estímulo del emprendimiento y asunción de riesgos; los incentivos a la formación superior; y el fomento del consumo, el ahorro y la resiliencia financiera. Solo en el caso de las remesas, la financiación procedente de los migrantes multiplica por tres los años récord de la ayuda al desarrollo.

Capacidades esenciales: una fotografía de la movilidad de personal sanitario en el mundo y en África subsahariana.

Esta sección ofrece una visión general de la movilidad del personal sanitario con destino a países desarrollados.³⁵ El Gráfico 8 muestra el número de profesionales de la medicina y la enfermería formados en el extranjero que

Gráfico 8. Entrada anual de profesionales de la medicina y la enfermería.



Fuente: Global Health Workforce statistics dataset, OMS. Datos para el año 2019, a excepción de enfermería para Dinamarca y Suecia (2018) y EEUU (2015).

34. MacKinsey Global Institute, 2016. People on the move. <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/global%20migrations%20impact%20and%20opportunity/mgi-people-on-the-move-full-report.pdf>

35. Los datos proceden del Global Health Workforce statistics database, elaborada por la Organización Mundial de la Salud. La muestra de países de destino para los que la base de datos incluye información son miembros de la OCDE: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Letonia, Lituania, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Eslovenia, España, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

migraron durante el año 2019 con destino a una muestra de países del Norte Global. Como vemos, Reino Unido destaca como el principal receptor de personal extranjero, recibiendo en torno a unos 10.000 profesionales. Le sigue EE.UU., con unos 8.000 y 6.000 personal de medicina y enfermería, respectivamente.

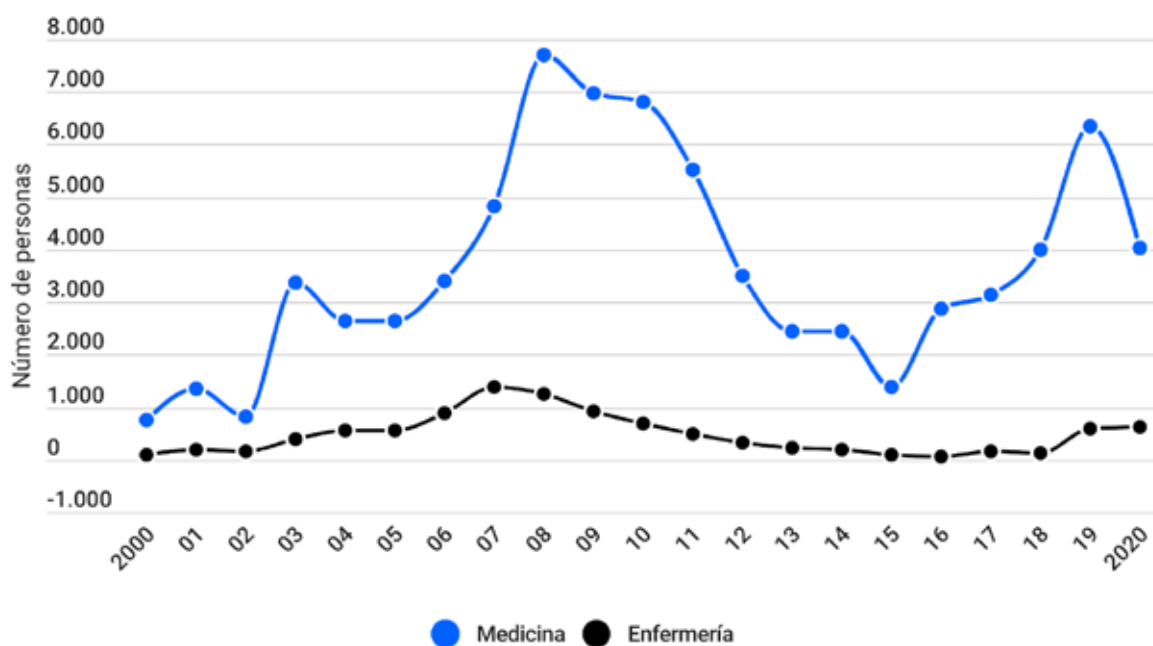
En cuanto a los países de la UE, conviene diferenciar entre las dos especialidades. Para la medicina, España destaca como el país receptor más relevante en 2019, recibiendo más de 6.000 profesionales formados/as en el extranjero. En contraste, en enfermería destaca claramente Alemania, mientras que los números para España son mucho más bajos (617).

«España también exporta trabajadores, además de acogerlos. En el mismo año 2019, 362 doctores y doctoras formadas en España entraron en alguno de los países de la OCDE de los que se dispone de información. En el caso de la enfermería este número fue de 2.578, la mayoría de ellas (82%) con destino Reino Unido»

Pero España también exporta trabajadores, además de acogerlos. En el mismo año 2019, 362 doctores y doctoras formadas en España entraron en alguno de los países de la OCDE de los que se dispone de información (ver nota 31). En el caso de la enfermería este número fue de 2.578, la mayoría de ellas (82%) con destino Reino Unido.

La evolución temporal de los flujos inmigración de personal sanitario a España (gráfico 9) presenta un comportamiento similar a los flujos migratorios totales: fuerte subida durante el boom económico (2000 a 2008), fuerte retroceso durante la doble recesión (2008-2015) y recuperación de los flujos desde 2016, truncada temporalmente con la crisis de la Covid-19 en 2020. También podemos observar que durante el periodo 2000-2020 la inmigración de profesionales de la medicina fue, en media, de un orden de magnitud 10 veces superior al de la enfermería.

Gráfico 9. Entrada a España de profesionales de la medicina y la enfermería formados en el extranjero.



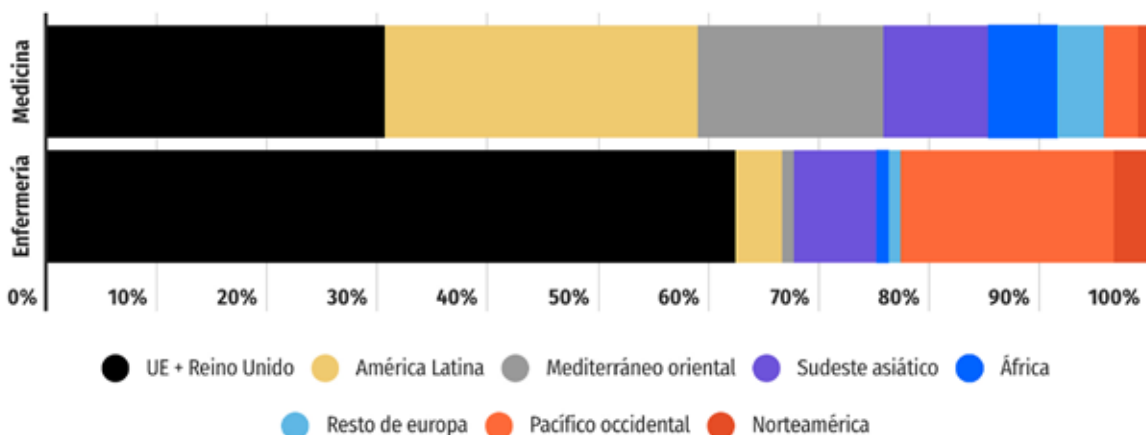
Fuente: Global Health Workforce statistics dataset, OMS.

«De África subsahariana proceden en torno al 6% de los flujos migratorios de médicos»

¿De dónde proceden los y las migrantes sanitarias que llegan a Europa? En primer lugar, analizamos la composición por origen para todos los países de destino del que disponemos información (gráfico 10). El principal continente de origen es Europa, tanto para la medicina como para la enfermería (30% y 60%, respectivamente). Para la especialidad de medicina, le sigue América Latina (28%) y los países del Mediterráneo oriental (16%). **De África subsahariana proceden en torno al 6% de los flujos migratorios de profesionales de la medicina.** La importancia del continente es aún menor en el caso de la enfermería: Europa es el origen más del 60% de estas profesionales, mientras que la región del pacífico occidental (Filipinas, principalmente, con destino a EEUU, Canadá y Reino Unido) y el sudeste asiático (India) representan en torno al 20% y 10% del total. Para España, el origen de los flujos de médicos y enfermeros se concentra casi exclusivamente (90%) en América Latina: Venezuela, (20% del total de las llegadas), Colombia (18%), Ecuador (11%) y Cuba (10%).

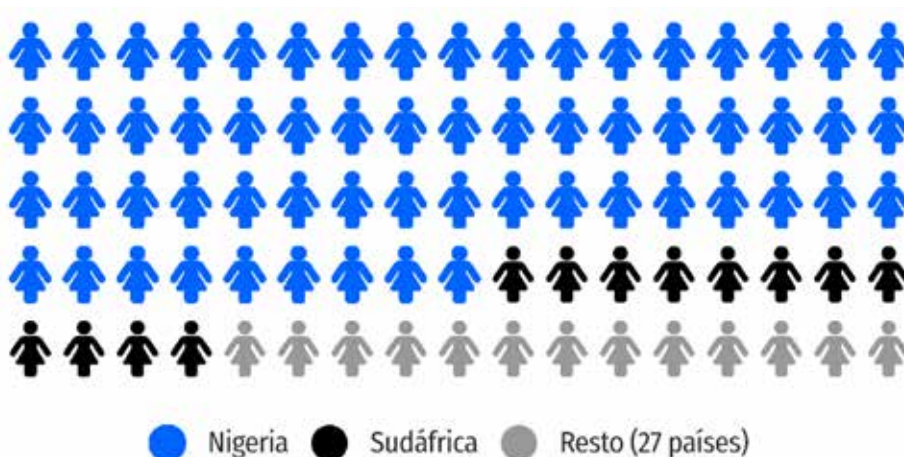
Por último, el gráfico 11 muestra la composición por países dentro de los flujos migratorios de médicos procedentes de África subsahariana en el año 2019. Dos países concentran cerca del 85% del total: Nigeria (1.542 trabajadores, un 70%) y Sudáfrica (309, el 14%). Del resto, Zimbabue, Etiopía, Kenia, Camerún o Uganda representan en torno al 2%-3% (unos 50-70 trabajadores) de los flujos.

Gráfico 10. Origen de los profesionales de la medicina y la enfermería que llegan a Europa.



Fuente: Global Health Workforce statistics database, OMS.

Gráfico 11. Origen de los profesionales de la medicina y la enfermería que llegan a Europa desde África subsahariana.



Fuente: Global Health Workforce statistics database, OMS.

«Las políticas migratorias pueden incentivar la circularidad del talento para optimizar sus beneficios en el desarrollo»

El debate sobre la migración de personas trabajadoras con formación sanitaria: de la restricción a una gobernanza en beneficio de todos.

Desde que, hace casi dos años, la Comisión Europea presentase a los Estados miembros su propuesta de un nuevo pacto de Migración y Asilo, el único acuerdo que estos han conseguido alcanzar hasta ahora tiene que ver con la llegada de personal altamente cualificado. La llamada Tarjeta Azul –destinada al personal más formado y especializado, como los de la medicina y la enfermería– constituye una verdadera excepción dentro del conjunto de políticas de migración laboral: establecen criterios de admisión más inclusivos, facilitan la movilidad intracomunitaria y la reagrupación familiar, simplifican los procedimientos para los empleadores reconocidos, conceden un nivel muy alto de acceso al mercado laboral y amplían el ámbito de aplicación para incluir a los miembros de la familia no comunitarios de los ciudadanos de la UE y a los beneficiarios de protección internacional. Europa no es la única. Medidas similares se aplican desde hace tiempo en destinos migratorios tan importantes como Estados Unidos o Canadá.

El hecho de que los países más enriquecidos se tomen tantas molestias en atraer a colectivos mejor formados –que son imprescindibles en sus países de origen–, mientras se cierra la puerta a todos los demás –cuyos números son excedentarios y cuya emigración contribuiría a aliviar la pobreza en origen– constituye una paradoja difícil de justificar. De hecho, la intensidad de la emigración crece con el nivel de cualificación, en respuesta en parte a las facilidades con las que cuenta. Diferentes autores y organizaciones sociales llevan años criticando duramente la denominada *fuga de cerebros*, un término peyorativo que alerta sobre la descapitalización incentivada de las economías y sociedades de origen debido a la emigración. Algunos, como el profesor de la Universidad de Oxford Paul Collier, han llegado a proponer cuotas o cupos que impidan por ley este trasvase de talento.³⁶ En un contexto de escasez crítica de profesionales sanitarios, por ejemplo, este fenómeno puede convertirse en una verdadera piedra de toque para los sistemas de salud.

Dejando a un lado otras consideraciones, el argumento es peculiar. **Una restricción de este tipo castigaría a los profesionales de los países pobres por hacer exactamente lo mismo que Paul Collier y buena parte de sus pares en los países más desarrollados hacen de manera habitual: moverse de acuerdo a los gustos y las oportunidades.**

Pero existen otras consideraciones. Y son suficientemente relevantes como para reconsiderar la lógica argumental de la *fuga de cerebros*:

- La posibilidad de emigrar supone un acicate para la formación de nuevos profesionales, la mayor parte de los cuales permanecen en los países de origen. El caso del sector de la enfermería en Filipinas es un ejemplo:³⁷ la política de atracción de profesionales del gobierno de los Estados Unidos disparó el interés de las estudiantes y la inversión privada en su formación, pasando de 90.000 matriculadas en 2000 a 400.000 en 2007. Los números volvieron a caer tras el cambio en la política migratoria estadounidense y se han ido recuperando en los últimos años.
- Las políticas migratorias pueden incentivar la circularidad del talento para optimizar sus beneficios en el desarrollo (un efecto conocido como *brain-gain*).³⁸ La emigración cualificada está relacionada con el dinamismo de la innovación tecnológica y científica en los países en los que se establecen. Pero también puede aportar importantes beneficios para los países de origen, como la transferencia de tecnología, el emprendimiento o la innovación. Esto se hace de manera directa –con su retorno temporal o definitivo– o a través de remesas e inversiones.³⁹
- Dándole la vuelta al argumento, la pregunta es si la prohibición de ejercer un derecho y una libertad como la emigración va a resolver alguno de los problemas fundamentales de los sistemas de salud africanos. La “cubanización” de las migraciones cualificadas nunca garantizan mayores incentivos para la formación o el compromiso de los profesionales en origen.

Como recuerda el propio Michael Clemens en un comentario sobre este asunto,⁴⁰ el modo de optimizar el equilibrio de riesgos y beneficios asociados a la emigración de profesionales de alta cualificación no es cortándola por completo, sino aprovechando las ventajas que ofrece y atajando sus problemas con medidas específicas. En algunos casos, como en el de los países identificados por la OMS como de *escasez crítica*, estas medidas deben incluir salvaguardas especiales por parte de las administraciones de origen y destino. En suma, un juego de incentivos que permita gobernar el sistema de forma inteligente. La próxima sección ofrece algunas pistas sobre cómo hacerlo.

36. Collier (2013). *Éxodo*. Ed. Taurus.

37. Estudio del Banco Mundial: https://www.amherst.edu/system/files/2021_09_12_draft_FINAL_submit.pdf

38. Docquier F y Rapoport H, *Globalization, Brain Drain and Development* (2012). *Journal of Economic Literature* 50.

39. ODI: <https://cdn.odi.org/media/documents/12395.pdf>.

40. <https://www.cgdev.org/blog/why-its-time-drop-brain-drain-refrain>.

4. Un modelo de migración de profesionales de la salud compatible con el interés común

La definición de un modelo justo e inteligente para la movilidad de profesionales de la medicina implica considerar un equilibrio entre tres intereses: el de los países de origen y las necesidades sanitarias y de desarrollo de sus sociedades; el de los sistemas de salud y pacientes de los países de destino; y el de las personas trabajadoras afectadas, profesionales que deben contar con la libertad de trabajar dentro o fuera de su país en condiciones dignas.

Para equilibrar la complejidad de esos intereses, este informe propone una agenda basada a su vez en tres prioridades fundamentales: la consolidación de sistemas sanitarios universales, adecuadamente dotados y orientados a las necesidades de la población; la definición de modelos de movilidad racionales y compatibles con el desarrollo; y la adecuación de las políticas de cooperación para ser útiles a este esfuerzo.

a) El punto de partida: un modelo reforzado y operativo de Salud Global.

La pandemia del coronavirus ha sido un recordatorio feroz de algo que ya sabíamos: en materia de salud global, nadamos o nos hundimos juntos. La consolidación de sistemas sanitarios justos y bien preparados no solo constituye una garantía de los derechos individuales de las personas afectadas, sino un modo inteligente de prevenir riesgos comunes y adelantarnos a sus consecuencias.

La movilidad de profesionales del ámbito sanitario puede constituir un riesgo para los sistemas en circunstancias y lugares concretos, pero el problema principal es otro: el abandono de las personas que necesitan atención médica más vulnerables y de sus enfermedades, castigadas por la carencia atávica de financiación de infraestructuras, personal y tratamientos; la debilidad institucional y normativa; y la marginalidad científica.

Estas son algunas de las medidas que podrían ayudar a corregirlo:

- Inversión en los sistemas de salud con el objeto de alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU).

La CSU significa que todas las personas y comunidades reciben los servicios sanitarios que necesitan sin sufrir dificultades económicas para sufragarlos. Incluye todo el espectro de servicios sanitarios esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo de la vida. Para lograr este objetivo, es primordial un sistema de salud sólido y resiliente, además de un personal sanitario y asistencial adecuado, competente y con derechos laborales robustos.

La Cobertura Universal de Salud es una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de la Agenda 2030. Fue concebida como una protección frente al gasto sanitario catastrófico e incluye todo el espectro de servicios sanitarios esenciales y de calidad. Para ello es fundamental dotarse de sistemas de salud sólidos y resilientes, además de contar con un personal sanitario y asistencial suficiente, adecuadamente capacitado y en condiciones dignas.

El seguimiento de los avances se realiza en diferentes territorios:

- La proporción de la población que puede acceder a servicios sanitarios esenciales de calidad (ODS 3.8.1).
- La proporción de la población que gasta una gran cantidad de ingresos familiares en salud (ODS 3.8.2).
- Junto con estos, es fundamental garantizar la equidad de los sistemas, identificando quién queda fuera de ellos, dónde y por qué.

Aunque la pandemia ha supuesto un revés objetivo para los avances de muchos países en este campo, también ha reivindicado la relevancia de los sistemas de salud en la protección del interés público. Esto puede ayudar a impulsar la agenda de la CSU en los próximos años.

Cuadro 2. Construir sistemas globales de preparación y respuesta sobre la base de sistemas sólidos de salud.

La crisis múltiple de la Covid-19 ha tenido importantes repercusiones en todos los ámbitos de nuestra vida, desde el efecto directo de la infección por SARS-CoV-2 en la morbilidad y la mortalidad por Covid hasta los efectos indirectos de la pandemia en la salud y el bienestar de las poblaciones de todo el mundo, el sistema sanitario, la economía, las sociedades y la educación. La historia nos ha demostrado que nuestra salud y bienestar también pueden verse afectados por una serie de otros peligros, como las catástrofes naturales, los peligros químicos, radiológicos y físicos, y los peligros biológicos (epidemias y pandemias, enfermedades infecciosas emergentes y bioterrorismo).

La lección clave de la Covid-19 es la necesidad de estar mucho mejor preparados. COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragmentación de la gobernanza mundial en materia de preparación y respuesta a las emergencias sanitarias y el papel fundamental que pueden desempeñar la ciencia, la investigación y la innovación para tener un mundo mejor preparado para futuras crisis sanitarias.

- La atención de pacientes y enfermedades olvidadas.

Más allá de la financiación general de los sistemas de salud, la comunidad internacional sigue teniendo una deuda con los pacientes que sufren las llamadas enfermedades de la pobreza. En algunos casos –como el de la malaria, la tuberculosis o el VIH–, estas patologías han logrado al menos aglutinar un esfuerzo global alrededor de estrategias verticales que cubren parte de sus necesidades. En otros casos, como las enfermedades tropicales desatendidas, el abandono es aún mayor.

Solo un esfuerzo decidido para cerrar esta brecha permitirá garantizar en los países de ingreso medio y bajo los objetivos que se han definido en la Agenda 2030. Este esfuerzo comprende las siguientes medidas:

- Acceso a tratamientos, eliminando las barreras geográficas y financieras a las que deben hacer frente las personas afectadas con menos recursos.
- Capacitación y financiación de personal especializado en los lugares en los que resulta más necesario.
- Investigación y desarrollo para la generación de diagnósticos y tratamientos eficaces y adaptados al contexto en el que deben ser utilizados.
- Estrategias nacionales de control, eliminación y post-eliminación de las enfermedades.

b) Modelos de movilidad humana en beneficio de todas las personas.

La movilidad de los y las profesionales sanitarios puede amenazar en algunos casos la sostenibilidad de los sistemas de salud de los que proceden. Pero la experiencia muestra que estos casos son poco frecuentes y que la posibilidad de emigrar comporta otros beneficios para los sistemas sanitarios y económicos de los países de origen que pueden superar con mucho los riesgos iniciales. La OMS, diversos centros de estudio y análisis, así como algunos países de origen de destino, trabajan desde hace años para optimizar el equilibrio de riesgos y beneficios asociados al proceso. Numerosas experiencias muestran que es posible diseñar sistemas de movilidad predecibles, ordenados y en beneficio de todas las partes involucradas. La pandemia del coronavirus no ha hecho más que exacerbar las necesidades de unos y otros y la urgencia de concebir modelos migratorios alternativos en este campo.

Estas son algunas de las medidas que podrían ayudar a conseguirlo:

- Acuerdos bilaterales y plurilaterales para una migración legal, segura y ordenada: a diferencia de otros ámbitos de la globalización, como el del comercio o el clima, las migraciones laborales carecen de un marco multilateral de referencia. Lo único que existe es el Pacto Mundial para una Migración Legal, Ordenada y Segura, un conjunto de principios que facilita los acuerdos entre las partes y los beneficios mutuos del proceso, pero que carece de capacidad coercitiva para hacer cumplir sus reglas.

El único modo de reducir la actual rigidez del sistema sería, por tanto, optar por acuerdos bilaterales y plurilaterales que se centren en unos objetivos definidos, introduzcan cláusulas de salvaguarda y permitan construir la confianza entre las partes. Estos acuerdos pueden tener una ambición incremental que construya sobre la experiencia adquirida.

Si atendemos al equilibrio de intereses descrito al principio de esta sección, lo que construyamos no solo debe considerar la voluntad de emigrar de la persona y el interés del país de destino por que esto se produzca, sino también el impacto de todo el proceso en los derechos y el desarrollo de las sociedades de origen. Estas experiencias son poco comunes, pero en ningún caso excepcionales. Los *think-tanks* de desarrollo ODI (Reino Unido) Center for Global Development (Estados Unidos) han identificado decenas de experiencias que persiguen estos objetivos, con resultados desiguales. Una revisión de literatura del ODI encontró en 2018 más de 230 iniciativas para fomentar la migración laboral segura y ordenada, ya sea vinculando trabajadores y empleos o facilitando la capacitación.⁴¹ Aunque no todas estas intervenciones han sido evaluadas desde la perspectiva del desarrollo, su existencia demuestra que existe una diversidad de experiencias sobre las que construir los pasos futuros.

En el caso del CGD, por ejemplo, el análisis se centra en la movilidad entre países en desarrollo y países ricos, y prácticamente la mitad corresponden a profesionales de cualificación alta o media. La lista de los países de origen es diversa, pero no incluye ningún caso de África subsahariana. El sector sanitario es uno de los que despierta más interés, con casi uno de cada siete acuerdos estudiados.⁴²

La próxima sección de este informe ofrece una propuesta sobre la aplicación de uno de estos modelos al caso español.

- Una aplicación inteligente del código de actuación de la OMS para el reclutamiento de profesionales del sector sanitario: el pacto propuesto por la OMS⁴³ constituye una referencia imprescindible para determinar qué países se encuentran en situación de *escasez crítica* de personal y, por tanto, su reclutamiento debe estar sujeto a consideraciones especiales. El acuerdo es claro con respecto a los riesgos de una descapitalización de los sistemas de salud de estos 57 países, sin embargo:⁴⁴
 - En ningún momento el texto propone la prohibición absoluta de la contratación de algunos trabajadores sanitarios en los países de la lista. Lo que recomienda es establecer acuerdos bilaterales que respondan de manera beneficiosa a las necesidades de ambas partes.
 - Como explicamos en la sección 2 de este informe, la lista de países ha sido actualizada en 2021 para reducir a 47 países sujetos a estas “salvaguardas” sobre el personal sanitario.⁴⁵ La nueva lista y las nuevas categorías se adaptan mejor a la posibilidad de realizar acuerdos bilaterales que faciliten la movilidad a cambio de formar a nuevos profesionales en origen y reforzar los sistemas de salud.
- Una reforma disruptiva de la política migratoria: la introducción de estos nuevos acuerdos –en el sector sanitario y en otros– constituye una reforma tangible de un sistema acostumbrado al status quo o incluso a caminar en la dirección contraria. Por eso es fundamental que quienes diseñen estas nuevas políticas estén dispuestos a asumir los riesgos y las necesidades de prueba y error de esta lógica disruptiva. Este es un escenario para el que Pacto Mundial sí tiene una utilidad potencial. Esto incluye:
 - Introducción de proyectos pilotos.
 - Participación de actores privados en el diseño, implementación y evaluación de los acuerdos.
 - Un modelo de información sofisticado que permita recoger datos de forma constante y adaptar los proyectos a sus resultados.
 - Una política de comunicación activa sobre sus resultados, con el objeto de reducir las resistencias políticas.
 - Disposición a replicar y llevar a escala las mejores prácticas.

41. <https://odi.org/en/publications/migration-as-an-opportunity-evidence-of-labour-migration-initiatives/>

42. <https://www.cgdev.org/blog/we-analyzed-57-legal-migration-pathways-heres-what-we-found>

43. https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

44. <https://www.cgdev.org/blog/why-theres-no-world-health-organization-ban-health-worker-recruitment>

45. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_5

Procesos migratorios marcados por la desigualdad

Mbaye Gil, es un enfermero de 34 años de origen senegalés y actualmente trabaja en el Hospital Universitario de Basurto, en Bilbao. Migró cuando tenía 15 años desde Senegal a Tenerife en patera. Estuvo en dos centros de menores de los que huyó porque necesitaba trabajar para enviar dinero a su familia en Senegal y pagar la deuda de su viaje. Fue entonces cuando comenzó a trabajar en el campo en Valencia como jornalero y también como vendedor ambulante, por esto lo detienen hasta en tres ocasiones diferentes. Huyendo de la persecución policial, en 2011 decide irse a Bilbao donde vive en la calle por tres meses y subsiste como “mantero”. En Bilbao conoce al que se convierte en su padre adoptivo, un hombre que en un principio le ofrece vivir con él a cambio de algo de ayuda en las tareas y reformas de la casa. Es en este momento, que Mbaye decide estudiar bachillerato, “encontré trabajo de camarero, primero me puse a estudiar bachillerato en Bilbao y después hice la prueba de acceso a la universidad para mayores de 25 años -PAU- y conseguí entrar en la escuela de Enfermería Universitaria de Vitoria-Gasteiz”, cuenta.

Mbaye siempre tuvo vocación sanitaria pero el momento que le hizo decidirse por estudiar enfermería fue su llegada en patera a Tenerife cuando vio “cómo eran los cuidados sanitarios que recibí de la Cruz Roja cuando llegué”, recuerda. Para este joven, **“la enfermería es una carrera muy bonita, que me llena. Cuando voy a Senegal trabajo de forma voluntaria, aportando lo que yo he aprendido aquí y aprendo también de ellos. La disfruto día a día”**, explica. Cuando Mbaye viajó en 2017 a visitar a su familia, a su vuelta decidió crear una ONG que trabaja por mejorar el acceso a educación y sanidad de calidad en Senegal. “La ONG se llama SUNUGAL, que significa “nuestra patera” en wolof. Lo creé así porque **el objetivo es que las personas jóvenes que tienen la misma edad que yo puedan migrar de otra manera. Que la patera no salga y que se quede en el país, se desarrolle en el país y ya después esa gente joven decida cómo va a viajar a Europa**, igual que una persona que viaja desde la Unión Europea u otra parte del mundo (...) El objetivo de nuestra ONG es dar educación y sanidad y que esas pateras no salgan del país y el talento se desarrolle ahí”, explica Mbayé.

Como sanitario de origen senegalés en España, Mbayé ha enfrentado algunas situaciones discriminatorias: **“A la gente le impacta ver a una persona negra trabajando en el hospital... aunque, bueno, poco a poco vamos asumiendo la diversidad cultural que tiene nuestra sociedad**. El hecho de trabajar en el sistema público para mí también es importante ver a personas que vienen de otros lugares, que muchas veces el trato por desgracia a veces cambia por parte de algunos profesionales. Pocos, con suerte. Pero bueno, no es lo adecuado. Yo puedo decir que no he sufrido racismo en ese aspecto, salvo en el periodo de prácticas, cuando un hombre me dijo que yo por ser negro no podía atenderle”, cuenta. A pesar de esto, Mbaye se siente respaldado por su entorno y ambiente de trabajo frente a situaciones de este tipo.

“Lo que más me gusta de mi profesión es que me llena, me gusta hacer mi trabajo, trabajar con la gente (...) considero que podemos aportar mucho. La enfermería es el motor de todo un sistema de salud. La parte que no me gusta es que no te sientes siempre apoyado por las políticas. También hay momentos muy duros a los que te tienes que enfrentar, como la pandemia del COVID-19”, concluye Mbaye.

c) El papel de la cooperación internacional en este desafío.

Sabemos que la ayuda al desarrollo no juega –ni debe jugar– un papel relevante a la hora de detener los flujos migratorios. Sin embargo, puede ayudar a gobernarlos. Diseñados y aplicados de forma estratégica, los programas de la cooperación pueden convertirse en un intermediario de gran utilidad para la consecución de los acuerdos bilaterales y su impacto en el desarrollo de los países de origen. La experiencia de la GIZ alemana,⁴⁶ de la agencia belga de desarrollo (Enabel)⁴⁷ o del gobierno de Australia⁴⁸ ofrecen ejemplos inspiradores en este sentido.

España tiene también la capacidad para contribuir a la gestión de este reto y a ponerlo al servicio del interés común. A pesar de las dificultades en la gestión migratoria de su frontera Sur, España tiene experiencia en el liderazgo de algunas iniciativas políticas relevantes en el campo de las migraciones y el desarrollo, como el Proceso

46. <http://philippine-embassy.de/2020/10/02/global-skills-partnership-for-nurses-launched/>

47. <https://www.enabel.be/content/human-mobility>

48. <https://live-globalskill.pantheonsite.io/legalpathway/legal-pathway-25-australia-pacific-training-coalition-aptc>

«España tiene experiencia en el liderazgo de algunas iniciativas políticas relevantes en el campo de las migraciones y el desarrollo»

de Rabat –entre varios países africanos y la UE– o el programa GECCO –para la circularidad de trabajadores agrarios–. También ha sido impulsora de proyectos institucionales y no gubernamentales que refuerzan los vínculos entre migraciones y desarrollo en América Latina. Cada uno de estos programas constituyen experiencias sobre las que construir una nueva política de migraciones y desarrollo.

El potencial de la Cooperación Española no se limita a sus agencias centrales. Precisamente porque algunos de los sectores afectados –como el sanitario– son parte de un modelo de gestión descentralizado, las agencias de cooperación de las comunidades autónomas pueden jugar un papel relevante en la llegada de trabajadores que los apuntalen. Lo mismo se puede decir de ONG, sindicatos y patronales que actúen como facilitadores de estos procesos. Todo ello le ofrece la oportunidad de conformar una posición compleja y enriquecedora en la que los programas locales de desarrollo se combinen con el fortalecimiento de nuevos mecanismos de movilidad.

En el campo de la movilidad de trabajadores sanitarios, estas son algunas de las tareas en las que se puede esperar una involucración activa de las agencias de cooperación:

- Proporcionar un marco institucional y legal sólido: los agentes privados pueden tomar la iniciativa de estos acuerdos, pero precisan de un vehículo legal que les permita hacerlo. En su papel de facilitadores, por ejemplo, las agencias de cooperación pueden intermediar ante los ministerios del Interior o de Trabajo para facilitar visados y permisos. También pueden establecer los contactos con las agencias de salud pública en las diferentes comunidades autónomas, responsables de la acreditación y reconocimiento de títulos de este personal sanitario.
- Financiar programas piloto: este ejercicio de innovación de políticas incorpora un inevitable rango de incertidumbre que puede alejar a los inversores en un primer momento. La ayuda al desarrollo puede entrar aquí como un financiador de primera instancia para demostrar la viabilidad de la idea a través de uno o varios programas piloto.
- Facilitar alianzas: la cooperación tiene una larga experiencia en la consolidación de alianzas entre actores diversos –públicos, privados, académicos– en diferentes sectores. Esta experiencia puede ser de enorme utilidad a la hora de construir el tipo de coaliciones improbables –hospitales, agencias públicas o sindicatos, entre otros– que precisan acuerdos de migración laboral como los que se proponen.
- Formar en origen: Uno de los elementos fundamentales de cualquier propuesta de movilidad laboral en el sector sanitario es garantizar que el país de origen no se descapitaliza en el camino. Para ellos es necesario considerar programas de formación que ayuden a quienes se quedan tanto como a quienes quieren migrar. La Comisión Europea ha abierto un camino interesante en este sentido con herramientas como los *Partenariados de Talento*, un modelo basado en experiencias previas que podría ayudar a vincular la formación de profesionales en origen con las necesidades de los mercados europeos.
- Selección de países de alto impacto y riesgo bajo: La cooperación es la instancia de una administración en el país de destino que mejor puede decir si el candidato de origen cumple los criterios de impacto en el desarrollo. La selección de los países debe estar sujeta a criterios como la escasez de personal sanitario, la solidez de sus instituciones o la disposición a cumplir los acuerdos a los se llegue. Todos estos factores son claves en el éxito de la iniciativa.
- Análisis de impacto: finalmente, los agentes de la ayuda al desarrollo pueden ofrecer una considerable experiencia en el análisis del éxito de estos programas. Trabajando de manera conjunta con otras oficinas públicas, la cooperación puede medir las consecuencias de programas para la calidad sanitaria, los recursos financieros o la incorporación de nuevos profesionales al mercado.

Las propuestas recogidas en esta sección no suponen una reconsideración fundamental del régimen migratorio internacional. Sin embargo, contribuirían a racionalizar un modelo que en este momento no sirve a ninguna de las partes interesadas, mientras que perpetúa la idea de las migraciones como problema o amenaza. La próxima sección va un paso más allá, explicando el modo en el que España y sus agencias públicas podrían desarrollar un proyecto piloto en el que África y España pueden ayudarse mutuamente a través de la movilidad de personal sanitario.

5. Partenariados globales de capacidades: un modelo atractivo para España y la UE

Los partenariados globales de capacidades (GSP, por sus siglas en inglés) son programas desarrollados en base a un acuerdo bilateral entre dos países asociados: un país de destino y un país de origen. En este modelo, el país de destino es responsable de movilizar fondos y recursos para formar a potenciales migrantes en unas habilidades específicas. Una característica fundamental de este tipo de partenariado es que la formación se lleva a cabo en el país de origen y antes de que la persona trabajadora migre. Como contrapartida, el país de destino recibe a la persona migrante con las habilidades específicas que necesita y que ha recibido en origen.

Un elemento destacable del acuerdo es que el país de origen recibe tecnología y financiación para llevar a cabo la formación de profesionales que tienen intención de migrar, pero también de otros que no lo hacen, disipando de este modo el posible riesgo de descapitalización del país.

La característica fundamental de los GSP es que, al comienzo del programa, quienes reciben la formación financiada por el país de destino pueden elegir si migrar (“away track”) o no (“home track”). Estas personas obtienen ganancias en ambos casos: si deciden quedarse, se benefician de un incremento en su formación y, por tanto, en sus potenciales ingresos salariales. Si deciden migrar, se benefician de la posibilidad de hacerlo de forma legal y con apoyo.

Por la forma en que ha sido diseñado, los GSP presentan varias características que benefician a las tres partes básicas de los programas:⁴⁹

- El *país de destino* puede escoger el tipo de habilidades en las que formar a los trabajadores en origen, con lo que se convierte en un instrumento muy útil para paliar la escasez de mano de trabajo que experimentan ciertas ocupaciones en muchos países desarrollados. Por otro lado, los GSP son una manera de atraer talento externo de manera legal y ordenada, reduciendo el riesgo de que se establezca de manera irregular.
- El *país de origen* se ve beneficiado de los recursos y tecnología del país de destino para formar a trabajadores que, al optar voluntariamente por el “home track”, permanecen en su país y por tanto contribuyen al desarrollo económico del país de origen. Por otro lado, los trabajadores que deciden migrar (“away track”) pueden contribuir a mayor crecimiento económico del país de origen mediante mayores remesas, difusión de tecnología y conocimiento o inversiones. Los GSP son programas que permiten paliar el efecto *fuga de cerebros* de la migración más tradicional.
- Los *trabajadores del país de origen* se benefician directamente de la formación que reciben, que incrementa su capacidad productiva y sus potenciales salarios. En el caso de migrar, este modelo ofrece una vía legal, segura y con altas posibilidades de empleabilidad, lo que maximiza las oportunidades de trabajar en un país extranjero.
- Los *empleadores del país de destino* obtienen una mano de obra formada a la medida de las habilidades que necesitan en sus puestos de trabajo. Además de reducir el coste de la formación al realizarse en origen.⁵⁰ Esta es, de hecho, una de las ventajas principales de los programas: mientras los empleadores se benefician de acceder a una formación menos costosa, los Estados del país de destino se sirven de recursos privados para obtener trabajadores formados que proporcionan externalidades positivas sobre la economía en su conjunto.

Una propuesta para considerar la aplicación de los GSP en el sector sanitario español.

A lo largo de este informe hemos descrito a España como un país que cumple todas las características que justifican un acuerdo de movilidad como el que proponen los GSP: necesidades actuales y crecientes de mano de obra en el sector sanitario; necesidad de ofrecer alternativas legales y seguras para la emigración desde África; y experiencia de la cooperación pública en la gestión de programas similares. Con estos mimbres, este informe propone a las autoridades y agentes sociales españoles la posibilidad de poner en marcha un proyecto piloto de partenariado de capacidades aplicado al sector sanitario y con origen en la región subsahariana.

49. Clemens, M., & Gough, K. (2017). Global Skill Partnerships: A Proposal for Technical Training in Settings of Forced Displacement. Center for Global Development, Brief 2017.

50. Clemens, M. A., & Gough, K. (2018). A tool to implement the global compact for migration: ten key steps for building global skill partnerships. Center for Global Development.

Estos son, de manera muy resumida, los pasos que deberían seguirse para llevarlo a cabo:

- Paso 1: La elección del sector.

Un aspecto fundamental de los GSP es que se diseñan con el objetivo de formar a potenciales migrantes en habilidades y/o ocupaciones específicas, en los que el país de destino tiene dificultad para cubrir. Detectar adecuadamente dichas necesidades de cobertura es un requisito esencial para el éxito del programa. Los empleadores, en la medida que ofrecen el trabajo, son aquellos que mejor entienden las habilidades específicas que se necesitan y el tipo de formación que se requiere para obtenerlas. El primer paso es, por tanto, trabajar con empleadores públicos y privados del sector sanitario para detectar las habilidades que escasean. En esta etapa es fundamental la cooperación de los empleadores con la agencia pública de empleo.

En España, la sanidad pública concentra buena parte de los recursos destinados a este sector, por lo que las agencias de salud de las comunidades autónomas serían buenas candidatas.

- Paso 2: La elección de la región de origen.

El país de origen debe compartir con el destino un interés por las habilidades que este ha demandado. Es decir, es importante que ambos países compartan, al menos parcialmente, las habilidades a formar. Por ejemplo, en el caso del acuerdo entre Nigeria y el Reino Unido, el primero fue una elección natural al sufrir una alta escasez de profesionales de la medicina en un amplio rango de ocupaciones, mientras que Reino Unido tenía necesidades específicas en enfermería. El programa era, por tanto, beneficioso para Nigeria al asegurarse la formación de buena parte de los trabajadores que eligieran el “home track”. Otro criterio relevante para la elección del país de origen es la existencia de lazos culturales y políticos con el país de destino, además de unas instituciones fuertes que garanticen el cumplimiento de las leyes laborales.

En el caso de España, las opciones en África subsahariana no abundan. Pueden considerarse socios tradicionales de la Cooperación Española, como Mozambique, Angola, Guinea Ecuatorial o, más recientemente, Etiopía. Con la única excepción de Guinea, todos estos países están en la lista de salvaguardas de la OMS, por lo que es posible inferir que un acuerdo que promueva la formación intensiva de personal sanitario para cubrir las demandas locales –además de las de España– podría ser bien recibido.

- Paso 3: Garantizar la financiación.

Implementar el GSP requiere de cinco ítems de gasto principales: formación, personal, migración, estancia y retorno/reintegración. El coste de financiación de programas de migración laboral donde el país de destino moviliza una cantidad sustancial de inversión en formación en el país de origen ronda los 20.000 euros por migrante⁵¹. Esta cantidad varía con la duración del programa (entre 6 meses y un año, normalmente) y la duración de la formación. El coste de formación es la partida de gasto más importante (39-40%), financiada idealmente por los empleadores y los donantes internacionales. Dentro del resto de partidas, destacar el coste de preselección de candidatos, los viajes y visados, y la propia implementación del programa, que para su correcto funcionamiento requiere de apoyo, como veremos más adelante.

Existen varios potenciales financiadores de estos programas, además de los que hemos mencionado. Entre ellos están organizaciones internacionales como la OIM y el Banco Mundial. En el caso europeo, una fuente de financiación importante es la propia Comisión Europea. Por ejemplo, el programa piloto PALIM entre Nigeria y Bélgica ha sido financiado por la Mobility Partnership Facility,⁵² un programa costeado por la Comisión Europea (a través de los fondos de Asilo, Migración e Integración) con el objetivo de fortalecer la cooperación entre países de la UE y socios con los que ha firmado acuerdos de Mobility Partnership (MP) o de Agenda Común de Migración y Movilidad (CMM).⁵³

- Involucrar a los actores adecuados.

Entre los actores involucrados, podemos destacar los siguientes:

- *Ministerios y agencias públicas, en destino y en origen:* son los principales actores encargados del diseño e implementación del programa. Es fundamental la cooperación entre el ministerio y los cuerpos

51. CGD Policy Paper - Sustainably Financing Legal Labor Migration Pathways: From Pilot to Scale. Forthcoming.

52. https://ec.europa.eu/home-affairs/policies/international-affairs/mobility-partnership-facility-mpf_en

53. Hasta ahora, Azerbaiyán, Bielorrusia, Cabo Verde, Georgia, Jordán, Marruecos, Moldavia y Túnez para los MP, y Etiopía, India y Nigeria para los CMM.

gubernamentales en origen y destino. Este es el caso, por ejemplo, del GSP entre Alemania y Kosovo, donde el gobierno alemán (tanto ministerios de economía y trabajo como las agencias de desarrollo) se encargó del diseño e implementación conjuntamente con la agencia de empleo de Kosovo. En el caso español, sería fundamental involucrar tanto al Ministerio de Trabajo como al de Seguridad Social y Migraciones.

- *Comunidades Autónomas*: un actor clave en el sector sanitario son las Comunidades Autónomas, dado que la gestión sanitaria está descentralizada. Independientemente de si el programa involucra empleadores privados o públicos, las Comunidades Autónomas deben formar parte del mismo.
 - *Sindicatos*: las experiencias del GSP y de otros programas piloto muestran la importancia del papel que juegan los sindicatos. En este sector, sería relevante contar con sindicatos especializados en medicina o enfermería, para la ayuda en el diseño y la supervisión de la adecuada implementación del programa.
 - *Comunidades locales y agencias de empleo en origen*: experiencias como la del programa YES, entre Alemania y Kosovo, han revelado la dificultad para atraer trabajadores a formar. En su caso, debido a la alta informalidad del sector, que hacía que los trabajadores fueran más reticentes a participar.⁵⁴ Para ayudar al reclutamiento y la eficiencia en la selección y procesamiento de las solicitudes, es fundamental establecer acuerdos con comunidades o agencias de empleo locales que conozcan el mercado laboral.
 - *ONG*: Las organizaciones sociales con experiencia sobre el terreno Iniciativas como las de la migración temporal en agricultura en España han demostrado que la supervisión de instituciones no gubernamentales es fundamental para garantizar que todos los actores involucrados cumplen su parte.
 - *Empleadores*: Como hemos comentado anteriormente, los potenciales deben fijar las prioridades y necesidades de formación. En esta categoría pueden entrar los hospitales, ya sean públicos o privados, pero también agencias públicas de salud responsables de la contratación.
 - *Organismos internacionales (OIT, OIM, OMS y otros privados)*: aunque estrictamente no formen parte del diseño e implementación del programa, es muy importante involucrar a organismos que hayan supervisado y asistido en programas de naturaleza similar. Su experiencia es relevante tanto para construir la retórica sobre el impacto positivo de experiencias previas como para cooperar y asistir en la implementación correcta del mismo.⁵⁵
- Instrumentos legales para la movilidad.

El encaje legal de la propuesta requiere de un visado y permiso de residencia y trabajo válido para quienes trabajen en el sector sanitario. La legislación española incluye, dentro de los permisos para extranjeros, uno reservado a profesionales altamente cualificados,⁵⁶ por lo que el programa no requeriría de una gran reforma legal.

54. <https://gsp.cgdev.org/2021/07/07/youth-employment-and-skills-in-kosovo-yes/>

55. <https://gsp.cgdev.org/start-a-gsp/>

56. <https://extranjeros.inclusion.gob.es/es/informacioninteres/informacionprocedimientos/ciudadanosnocomunitarios/hoja022/index.html>

Movilidad laboral especializada: ¿qué sucede con los países de origen?

Jacinta Obiang es médica general, originaria de Guinea Ecuatorial. Actualmente trabaja en Guinea como pediatra, en concreto en la atención de niños con VIH. Obiang estudió medicina en la Universidad de Valladolid en España, gracias a una beca de Cooperación española. **“Estudié medicina para ayudar en mejorar la salud de mis paisanos, fundamentalmente por las malas experiencias cercanas vividas”**, explica. Estudió en España por varios motivos, en primer lugar, en 1992 cuando ella terminó el preuniversitario, no había todavía una Universidad nacional en Guinea a la que acudir, por ello la mayoría de los estudiantes soñaba con estudiar fuera, principalmente en España por el idioma. **A pesar de contar con una beca Obiang valora su proceso migratorio como difícil y largo. En general, “obtener un visado es muy complicado, te dan determinados requisitos, que aún reuniéndolos, te vuelven a presentar otros no presentes inicialmente, lo que hace eterno la concesión de uno”**, cuenta. No consideró ejercer como médica en España porque ya tenía familia en Guinea y además una de las exigencias para recibir la beca era el retorno al finalizar. Aunque ahora sí existe la posibilidad de estudiar en Guinea, Obiang explica que “aunque tenemos una Facultad de Ciencias de la Salud de la que cada año salen muchos egresados y contamos con apoyo de cooperaciones como la cubana y en algo la china, desde mi punto de vista, no ha supuesto una mejora del sistema sanitario”. A su vuelta de España, Obiang no tuvo ningún problema para ejercer con su título y trabajar como médica en Guinea.

Para esta médico las carencias del sistema de salud en Guinea son enormes y además de las carencias de profesionales tienen que lidiar con altas tasas de intrusismo en el sector, “cualquier individuo se cree médico o enfermero; hay chuchitiles como clínicas o farmacias por doquier, que no reúnen condiciones como establecimientos sanitarios y los chinos y curanderos haciendo su agosto”, cuenta. A esto se suma que **“las infraestructuras que existen, en su mayoría, adolecen de un buen mantenimiento, material sanitario, medicamentos, medios para pruebas diagnósticas por imagen y de laboratorio, muchas especialidades médicas...que decir, hay que estar y vivirlo”**, exclama Obiang. Por ello, para Obiang no es casual que muchos profesionales sanitarios decidan intentar ejercer en otros países aunque **“el que profesionales de distintas áreas migren a otro país hace que éste quede sin recurso humano cualificable y suele coincidir que es gente con mucho potencial, habilidad, especialistas en su materia, por lo consiguiente, conlleva a la involución y retraso en el desarrollo de este país”**, explica. A pesar de esto lo entiende y piensa que sucede a causa de “las expectativas no cumplidas, la carencia de oportunidades para el desarrollo personal, por el paro, salarios bajos, un sistema de salud mal diseñado y gestionado”. **Obiang no piensa en irse, “por ahora estoy y me quedo en Guinea; pero, a veces, la decisión de migrar depende de las circunstancias del momento y que la única opción que tienes para tu supervivencia y la de tus hijos o familiares, es la migración y para eso el futuro lo dirá”**, sentencia.

6. Conclusión: Una oportunidad para la reforma

Una máxima de la gestión pública eficaz es que las mejores ideas son menos útiles que las buenas ideas que puedan ser aplicadas. En el debate radioactivo de las migraciones, en el que cualquier paso en una dirección diferente es castigado sin misericordia, el terreno de lo que parece posible se hace más estrecho que nunca. La Unión Europea lleva más de dos años enfrascada en la negociación de un nuevo Pacto sobre Migraciones y Asilo en el que el único consenso amplio es la necesidad de fortalecer el control fronterizo externo. No hay acuerdo en las políticas de asilo –algo que podría cambiar en parte con la llegada de refugiados procedentes de Ucrania– ni en la reforma del modelo de movilidad laboral, más allá de la mencionada Tarjeta Azul.

En cuanto a España, la imaginación y el dinamismo de los que hicieron gala gobiernos de derechas e izquierdas en la primera década de este siglo ha dado paso a un período de estancamiento en políticas e ideas. La única obsesión es la frontera Sur, para ser controlada o para ser consolada. El modelo de puerta estrecha, construido de espaldas a la realidad de nuestras sociedades y mercados, es una invitación a la inmigración irregular y a la desprotección de centenares de miles de personas extranjeras residentes en nuestro país. El resultado general es una deriva frustrante en la que las sociedades europeas son cada vez más permeables a los postulados xenófobos y en la que grandes desafíos económicos y laborales de nuestro futuro (incluso del más inmediato) quedan sin respuesta.

«El modelo de puerta estrecha, construido de espaldas a la realidad de nuestras sociedades y mercados, es una invitación a la inmigración irregular y a la desprotección de centenares de miles de extranjeros residentes en nuestro país»

«Se trata de convertir a las migraciones en una palanca de la prosperidad común, apuntalando el crecimiento y el bienestar de sociedades de origen y destino»

Esta situación podría haber empezado a cambiar con la reforma del reglamento que desarrolla la Ley de Extranjería en materia de movilidad laboral.⁵⁷ La eliminación de algunas de las rigideces que impedían el arraigo o facilitaban la contratación en origen pueden beneficiar tanto a los empleadores españoles, como a los propios migrantes y a sus países de origen. Esta es la lógica que debe inspirar futuras reformas en la misma dirección.

¿Qué es posible hacer, entonces? La única solución es incremental. Establecer objetivos concretos e ir dando pasos modestos que permitan construir sobre la base de las lecciones aprendidas. Pasos como los que ha propuesto este informe y los que otros autores y organizaciones llevan poniendo sobre la mesa desde hace años. Antes o después, el conjunto de Europa deberá hacer frente a las disfunciones de una política de movilidad laboral que controla, pero que no gobierna.

Se trata de convertir a las migraciones en una palanca de la prosperidad común, apuntalando el crecimiento y el bienestar de sociedades de origen y destino. En el sector sanitario, esta doble ventaja es particularmente visible, como hemos explicado en este informe: acercar las políticas migratorias a los intereses de todas las partes involucradas permite también apuntalar uno de los pilares de los que dependen los sistemas de salud. Las certezas demográficas, convertidas en reformas políticas.

La Fundación Anesvad ha establecido un compromiso con la población olvidada de África subsahariana y contra las enfermedades desatendidas que la asolan desde hace siglos. Ese compromiso comprende la necesidad de dotar a los sistemas de salud africanos del personal que necesita para atender dignamente a su población. Si la reforma del modelo migratorio puede ayudar a cumplir ese compromiso, nos empeñaremos en ella como hemos hecho siempre.

57. <https://elpais.com/espana/2022-07-26/el-gobierno-aprueba-el-plan-para-incorporar-extranjeros-al-mercado-de-trabajo.html>