

África sin médicos

La emigración está contribuyendo a dejar a África sin médicos. En efecto, los países ricos, además de trabajadores dispuestos a aceptar los empleos que rechazan sus ciudadanos, demandan también profesionales altamente cualificados, sobre todo médicos y enfermeras/os. Actualmente, más de 300.000 profesionales africanos trabajan en Europa y Estados Unidos, de los cuales 40.000 tienen un doctorado (según cifras presentadas en la Conferencia sobre Emigración africana, celebrada en Nairobi en febrero 2006). Los profesionales de la medicina son los más solicitados, debido, en gran parte, al fuerte envejecimiento de los países desarrollados (con el consiguiente aumento del sector de población que reclama más cuidados). De esta manera sucede, por ejemplo, que en EE.UU. hay actualmente más médicos nigerianos que en la misma Nigeria; y más médicos de Benín en Francia que en Benín mismo.

Éste es uno más de los efectos perversos producidos, fundamentalmente, por la actual globalización. Los medios de comunicación y transporte están acercando —cultural y físicamente— a poblaciones muy dispares desde el punto de vista económico. Capitales (sobre todo los especulativos) y mano de obra han adquirido una movilidad insospechada hace todavía una o dos décadas. Y, según cálculos de economistas y sociólogos, lejos de detenerse, irán adquiriendo ritmos aún más acelerados.

El marasmo africano

La globalización afecta negativamente —de manera muy particular— al continente africano. Tras una corta colonización europea que despedazó los

Estados africanos preexistentes, las metrópolis abandonaron precipitadamente unos Estados artificiales y con escasa cohesión interna. La «década de las independencias» (principalmente, los años sesenta del siglo pasado) trajeron más decepciones que alegrías. El desorden, la falta de experiencia y el neocolonialismo hicieron estragos en las nuevas economías. No pocos países lanzaron proyectos desmesurados (los llamados «elefantes blancos») que, más tarde, con la subida de los tipos de interés en el mercado internacional, los arrastraron a la gravísima crisis de la **deuda exterior**, una deuda que todavía sigue pesando sobre la mayoría de ellos.

Por si todo ello fuera poco, ejércitos mercenarios, organizados sobre todo desde Europa y África del Sur (durante el *apartheid*) practicaron la **guerra** como una nueva manera de explotar sus más cotizados recursos naturales: principalmente diamantes, sobre todo en Sierra Leona (lo recuerda el filme *Diamantes sangrientos* que se estrena en España este mes de febrero) y coltán (mineral estratégico para la fabricación de ordenadores y teléfonos móviles) durante la *Primera Guerra Mundial Africana* (expresión acuñada por la ex secretaria de EE.UU., M. Albright) que tuvo como escenario la República Democrática del Congo y en la que intervinieron siete países africanos y varias decenas de empresas norteamericanas y europeas, cuya lista ha hecho pública la ONU.

Resultado de esta evolución negativa son los llamados **Estados FMI**, por estar sus economías estrechamente controladas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que limitan sus gastos (principalmente en educación y sanidad) con el fin de que puedan ir pagando sus deudas con los intereses correspondientes. De esta manera, los presupuestos de sanidad se encuentran trágicamente bajo mínimos. Otra causa del actual éxodo de médicos.

Sistemas sanitarios en ruinas

Actualmente, el continente negro sólo dispone del 3% del personal sanitario del mundo entero, aunque alberga a la cuarta parte de los enfermos del mundo. El dato más impresionante es el relativo al **sida**: del total de 40,3 millones de infectados en todo el mundo, África subsahariana concentra unos 28,5 millones (o sea, el 60%). El sida mata diariamente en África a 6.000 personas, más que cualquier guerra, hambruna o inundación. Millones de niños, a causa de este mal, son huérfanos y seropositivos. La enfermedad va en aumento en todo el mundo. Pero de los 5 millones de nuevos infectados (cifra anual la más elevada desde el comienzo de la epidemia), 3,2 millones son subsaharianos. En África solamente un enfermo entre diez recibe el debido

tratamiento. Sin embargo, ONUSIDA estima que con actuaciones por parte de las autoridades podrá evitarse que unos 43 millones de personas contraigan esta infección de aquí a 2025. De hecho, Senegal, Uganda y Kenia han conseguido frenar y aun reducir el avance de la epidemia gracias a una política global de prevención. Como es bien sabido, la aparición del sida ha multiplicado en todas partes —también en África— los casos de **tuberculosis**.

No menos doloroso es el dato de que, en África, dos de cada tres niños mueren a consecuencia de enfermedades que podrían ser fácilmente tratadas o prevenidas. Por ejemplo, en Ghana, la tasa de mortalidad infantil es de 1 por 10, mientras que en Francia es de 1 por 200; al mismo tiempo, Ghana sólo cuenta con nueve médicos para 100.000 habitantes (Francia, 335). Un bebé de Sierra Leona, al que su madre lleve a las islas Canarias en cayuco, estadísticamente tiene un aumento de esperanza de vida de unos cuarenta años. Al mismo tiempo, el sida, la tuberculosis y la malaria reducen cada año el crecimiento del PIB africano en un 1,3%: de esta manera, queda cerrado el círculo vicioso.

Aparte de estos factores estructurales, las condiciones concretas en las que se practica la medicina en el África subsahariana son lamentables. «Políticas sanitarias de escasa envergadura, falta de medios, corrupción a todos los niveles, salarios de miseria, fuga de cerebros, proliferación de ONG con claros intereses económicos o políticos, en las que buscan refugio no pocos médicos nativos, decreciente nivel de Universidades y Facultades de Medicina, etc.»: es el diagnóstico del doctor Martín Gómez Acha, jesuita, que ha ejercido la medicina en esta región durante 35 años.

La primera etapa del éxodo del personal sanitario va del campo a la ciudad, abandonando los centros sanitarios del interior, con frecuencia mal equipados, olvidados por la Administración, en los que las condiciones de vida y trabajo son muy precarias, sin casi posibilidad alguna de promoción, una inseguridad permanente en no pocos casos y cada vez más desbordados de trabajo por las numerosas bajas (entre el 20 y el 53% del personal sanitario) de colegas muertos de sida.

África, un pilar sanitario del Norte

A pesar —y también a causa— de estas enormes carencias, los sanitarios africanos emigran hacia el Norte. Un informe de la revista médica *The Lancet* daba a conocer que, en 2003, Inglaterra concedió 5.890 permisos de trabajo a personal sanitario procedente de Sudáfrica, a 2.835 de Zimbabue, a 1.510 de

Nigeria, etc. Y que ese mismo año no habían podido cubrirse 52.597 puestos sanitarios en Sudáfrica. En Zambia sólo trabajan 50 de los 600 médicos formados desde la independencia, mientras Ghana ha perdido la mitad de los suyos, Etiopía a un tercio, Zimbabue al 75% desde 1990, y Uganda sólo dispone de 10 enfermeros por cada 10.000 habitantes.

En total, 20.000 profesionales de la salud emigran de África cada año hacia Europa o América del Norte. De esta manera, los sanitarios africanos son ya uno de los pilares de los sistemas de salud de los países desarrollados. Y este movimiento migratorio no tiene visos de detenerse, ya que el Reino Unido, por ejemplo, necesita 25.000 médicos y 35.000 enfermeras/os más para 2008, mientras los EE.UU. hablan de un millón de enfermeros más para 2010. Para conseguirlo, siguen contando con África. ¿Cómo reaccionan los Gobiernos africanos ante esta desbandada?

Invertir en recursos humanos

En un principio (por los años noventa), los Gobiernos intentaron aplicar medidas coercitivas, tales como fijar impuestos a la emigración de universitarios, retener sus diplomas o suprimir sus respectivos grados en la función pública. En conjunto, estas y parecidas prácticas, además de frenar posibles proyectos de vuelta al país, aumentaron los conflictos sociales entre personal sanitario y gobiernos. Estaban poniendo puertas al campo.

Finalmente, los Gobiernos comprendieron que debían renunciar a las medidas coercitivas e invertir en recursos humanos. Algo de suyo evidente, pero que tropieza con la crónica precariedad de recursos monetarios. Sin embargo, no pocos gabinetes dieron pruebas de imaginación política. Uganda creó una prima de alimentación y, posteriormente, un aumento salarial del 60%. Malawi consiguió, el año pasado, convencer a la cooperación británica y al Banco Mundial para que cooperaran en aumentar el nivel salarial de los sanitarios y en invertir en su formación; con éstas y otras medidas, consiguió multiplicar por seis el número de diplomados de la sanidad. Por su parte, Ghana, en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), lanzó un programa de contratos temporales para el personal sanitario emigrado ofreciéndoles primas por su retorno. Etiopía ha formado a 20.000 mujeres que, sin alcanzar el diploma de enfermeras, han recibido una formación específica para la prevención y los primeros cuidados maternos e infantiles. Zambia ha ofrecido a su personal médico primas y préstamos para la adquisición de viviendas y para los gastos escolares de sus hijos; así logró en 2005 que 66 médicos aceptaran trabajar en el medio rural.

Éstas y parecidas iniciativas de los Gobiernos africanos van, sin duda, en la buena dirección. Pero son solamente pequeñas gotas de agua en medio de la fuerte corriente globalizada de la emigración del Sur hacia el Norte. Por si ello fuera poco, en el Norte se oyen voces que pretenden fomentar la inmigración de diplomados del Sur.

La «inmigración elegida»

Éste es uno de los puntos del programa de Sarkozy, el candidato de la derecha francesa a la presidencia de la República. La puerta del paraíso francés sólo se abrirá a los elegidos por el Gobierno, es decir, a aquellos cuya formación o disposición los hace aptos para cubrir los puestos que los ciudadanos franceses dejan vacíos, particularmente en la sanidad. Tal política, si es aplicada, agravará necesariamente la dramática situación sanitaria de África.

Al mismo tiempo, éste y otros políticos del Norte siguen hablando de la ayuda que sus países conceden generosamente a los países subdesarrollados, aunque se guardan bien de recordar que, desde hace más de veinte años, los capitales circulan, mayoritariamente, del Sur hacia el Norte: tal es el efecto perverso de la **deuda externa**, que notables economistas consideran sobradamente pagada desde hace tiempo. Todo ello es posible por la ignorancia o desinterés (o por ambas causas) de la opinión pública de los países ricos en esta materia. Los medios de comunicación no se cansan de mencionar nuestra «ayuda» cada vez que se habla del Tercer Mundo, pero rara vez mencionan el «comercio desigual» al que éste está sometido.

Los «Objetivos del Milenio»

En septiembre de 2000, la Asamblea General de la ONU aprobó por unanimidad los «*Objetivos de desarrollo del Milenio*» para el año 2015, con el fin de reducir la profunda brecha que actualmente separa a los países pobres de los ricos. De los ocho objetivos aprobados, tres apuntan a problemas relativos a la sanidad.

El cuarto se fijó como meta «**reducir la mortalidad infantil**», más precisamente, «*reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años*». El quinto, «**mejorar la salud materna**», en cifras «*reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015*». El sexto, «**combatir el sida, el paludismo y otras enfermedades**», más precisamente, «*detener para 2015 y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*».

¿Qué se está consiguiendo? Según el Informe de la misma ONU de septiembre de 2005, acerca del objetivo n.º 4, «la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años se está reduciendo, pero no a la velocidad necesaria»; incluso «han perdido impulso los progresos logrados para reducirla». Todavía, «en los países en desarrollo, 100 niños mueren antes de cumplir los cinco años por cada 1.000 que nacen» (en África, esta proporción es aún mayor).

Respecto al objetivo n.º 5, «se han logrado algunos progresos en la reducción de la mortalidad materna en las regiones en desarrollo, pero no en los países donde es más peligroso dar a luz» (alusión diplomática al África negra).

El diagnóstico de la ONU es mucho más alarmante en torno al sexto objetivo: «El sida se ha convertido en la causa principal de muerte prematura en el África subsahariana». Además, «cada año el paludismo y la tuberculosis juntos causan la muerte de casi tantas personas como el sida, además de ocasionar graves pérdidas a las economías nacionales. El 90% de las muertes por paludismo se producen en África subsahariana». A lo que hay que añadir el dato siguiente: que ya en los años noventa, el número de infectados de paludismo era cuatro veces superior al de los años setenta. El deterioro sanitario está siendo tremendo.

Obviamente, la solución de tan graves problemas no puede venir únicamente del sector sanitario. Está estrechamente relacionada con el **Objetivo n.º 1**: «erradicar la pobreza extrema y el hambre». En este terreno, el Informe de 2005 advierte de que «el número de pobres en África va en aumento» y «los más pobres son cada vez más pobres». No hay lugar para el optimismo.

En estas circunstancias, la adopción de una «inmigración elegida», sobre todo en el terreno sanitario, sería absolutamente inadmisibile, por no decir criminal. Significaría legalizar lo que ya se está haciendo: arrebatar sin el menor coste unos profesionales a los países pobres que han pagado un alto precio por su formación. En segundo lugar, el cerco comercial que los países ricos siguen imponiendo a la agricultura de los menos desarrollados a través de las subvenciones estatales a sus propias agriculturas y sus elevados aranceles contra los productos de los países pobres deben cesar a corto plazo, como lo han puesto de manifiesto las dos últimas cumbres de la Organización Mundial del Comercio. Finalmente, la actual globalización, que está favoreciendo sobre todo a los capitales especulativos y llevando a una mayor concentración de la riqueza y a un aumento de la pobreza, necesita ser corregida y guiada por una política que deje de estar sometida a la ley del máximo beneficio para unos pocos. Los graves problemas que hoy aquejan a la humanidad no se van a resolver sólo con ayudas testimoniales y la buena voluntad de las ONG. ■