

**SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA UNESCO
“LA EQUIDAD Y EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS”**

**¿Médicos con fronteras? Justicia global y emigración del
personal sanitario¹**

PABLO DE LORA *

¹ Este trabajo es el fruto de mi ponencia en el VI Seminario Internacional sobre la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (equidad y acceso a los recursos sanitarios) organizado por la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona, y que tuvo lugar en dicha universidad el 31 de enero de 2013. Agradezco a los organizadores la oportunidad de exponer mis ideas y a los asistentes por sus valiosos comentarios. El artículo se enmarca en el proyecto de investigación “Las dificultades de la democracia: entre política y Derecho”, DER2009-08138 (subprograma JURI), del Ministerio de Ciencia e Innovación.

* Pablo de Lora. Universidad Autónoma de Madrid.

Había algunos “riesgos menores”, le dije [al paciente] tales como hemorragias o colapso pulmonar; en manos experimentadas, esos problemas ocurren una vez de cada cien. Pero, ciertamente, las mías no eran manos experimentadas. Y los desastres de los que había tenido noticias pesaban en mi conciencia: la mujer que murió de una hemorragia masiva cuando un residente laceró la vena cava; el paciente que había tenido que ser intervenido de urgencia porque un residente perdió la guía y ésta se dirigía hacia el corazón; el que había sufrido un paro cuando hizo una fibrilación ventricular en mitad del proceso².

1. Introducción

Los debates en torno a la justicia distributiva sanitaria suelen centrarse sobre la generación y distribución de recursos físicos (medicamentos, tecnología, camas de hospital, etc.) destinados a la prevención, curación y tratamiento de la enfermedad, y sobre aquellos recursos que influyen en los llamados “determinantes socioeconómicos” de la salud, factores más importantes, en cuanto a su impacto sobre la salud de la población, que la asistencia sanitaria³. Un aspecto crucial de ese debate que ha recibido, empero, mucha menos atención, al menos en la literatura en español, es el de la distribución de los recursos humanos para la asistencia sanitaria, concretamente las dramáticas consecuencias que reviste la emigración de los profesionales de la salud desde los países empobrecidos a los países ricos.

En el marco de una economía de mercado, se trata de un problema genérico –y mayúsculo– si, como muchos creemos, al poder público le corresponde, como cuestión de justicia, garantizar la satisfacción de ciertas necesidades básicas mediante la prestación de servicios tales como la sanidad y la educación, y, por otro lado, se piensa que es el mercado –más o menos regulado, pero mercado– el mejor mecanismo para asignar trabajos. ¿Qué hacer si, por ejemplo, los incentivos que ese mercado genera no son suficientes para que los individuos decidan convertirse en médicos o maestros, o que si lo hacen no quieran prestar sus servicios en el sistema público, o en determinadas regiones? ¿Debe el Estado obligar a parte de su población a sacrificar sus planes de vida, sus intereses educativos o profesionales, y, de algún modo, compelerles a cumplir esa función socialmente valiosa? ¿Es que podría tildarse de “justa” una sociedad en la que se llega a tal sacrificio de la libertad personal?⁴

² Atul Gawande, “Education of a Knife” en *Complications. A Surgeon’s Notes on an Imperfect Science*, Picador, New York, 2002, pp. 11-12 (traducción mía).

³ Así lo ha destacado de manera contundente el reciente estudio del Institute of Medicine *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health* de 2013, accesible en http://sites.nationalacademies.org/DBASSE/CPOP/DBASSE_080393#deaths-from-all-causes. Véase también Gopal Sreenivasan, “Health Care and Equality of Opportunity”, *The Hastings Center Report*, Vol. 37, n°2, marzo-abril 2007, pp. 21-31.

⁴ En un reciente trabajo Lucas Stanczyk se ha referido a este problema como el “resultado de la imposibilidad” (*impossibility result*); véase “Productive Justice”, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 40, n°2, Spring 2012, pp.

Cuando abrimos el foco más allá de las fronteras del Estado-nación, este problema genérico se concreta en la existencia de fuertes incentivos para desarrollarse profesionalmente fuera del país donde uno se ha formado, allí donde, sin embargo, más pudiera necesitarse. En lo que sigue me propongo describir dicha encrucijada, y, al tiempo, justificar la solución consistente en establecer algunas restricciones a la libertad de movimientos del personal sanitario hacia los países ricos, al menos durante un tiempo. Antes, sin embargo, daré cuenta de unos cuantos datos relevantes que nos permitan configurar una imagen más acabada de la magnitud del problema.

2. Algunos datos

La llamada “fuga de cerebros médicos” (*medical brain drain*) no es, por supuesto, un asunto nuevo, pero sí es reciente el que, a la vista de sus consecuencias, se haya tomado conciencia de la necesidad de afrontarlo por parte de la institución global más importante encargada de velar por la salud mundial: la OMS. Así, su Director General, el Dr. Lee Jong-Wook tildaba en el año 2006 como “crisis sanitaria urgente” los efectos de esa emigración.

Tengamos en cuenta que para una población global de 682 millones de personas viviendo en el África subsahariana hay 600.000 profesionales sanitarios⁵. Mientras que en España la ratio de médicos es de 3 por cada mil habitantes, en Mozambique es de 0.03⁶. En uno de los países más pobres del mundo, Malawi, siendo su población de 13 millones de habitantes, en el año 2005 se contaba con los dedos de tres manos el número (15) de cirujanos en el sistema público⁷. Los datos del año 2004 reflejan que casi el 30% de los médicos de Ghana practican en los Estados Unidos⁸. Centrándonos en la mortalidad puerperal –cuya reducción constituye uno de los objetivos del Milenio de Naciones Unidas– más de 350.000 mujeres mueren anualmente por complicaciones durante el embarazo y el parto siendo la hemorragia post-parto la causa principal de dichos decesos. Huelga insistir en cómo la inexistencia de un número suficiente de ginecólogos es en buena medida responsable de esa realidad sangrante⁹.

144-164, p. 151.

⁵ James Johnson, “Stopping Africa’s Medical Brain Drain,” *The British Medical Journal*, nº 331, 2005, pp. 2-3.

⁶ Véase el Global Health Observatory Data Repository (Organización Mundial de la Salud), disponible en <http://apps.who.int/ghodata/?vid=92000> (último acceso el 25 de marzo de 2013).

⁷ El dato procede de Richard Record y Abdu Mohiddin, véase “An economic perspective on Malawi’s medical “brain drain””, *Globalization and Health*, nº 2, 2006, pp. 2-12.

⁸ Amy Hagopian, Matthew J Thompson, Meredith Fordyce, Karin E Johnson y L Gary Hart, “The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain”, *Human Resources for Health*, Vol. 2, nº 17, 2004, p. 7.

⁹ Véase Dorothy Shaw y Rebecca J. Cook, “Applying human rights to improve access to reproductive health services”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 119, 2012 y Cyril Engmann, Adeyemi Olufolabi, Emmanuel Srofenyoh and Medge Owen, “Multidisciplinary Team Partnerships to Improve Maternal and Neonatal Outcomes. The Kybele Experience”, *International Anesthesiology Clinics*, Vol. 48, nº2, 2010, pp. 109-122.

En un mundo ideal, es decir, en un mundo en el que los recursos humanos para la salud son suficientes y su distribución es suficientemente igualitaria, no hay necesidad de sacrificios en términos de restricción a los derechos vinculados a la autonomía personal. Nuestro mundo dista de ser ese mundo, con lo que cualquier propuesta que se proponga atajar las nefastas consecuencias de la emigración del personal sanitario tiene que darse en el contexto de las actuales constricciones motivacionales e institucionales, es decir, debe consistir en una apuesta normativa en el marco de una teoría moral no ideal (*non-ideal moral theory*). Ello conllevará la inevitable afectación bien de la vertiente negativa del derecho al trabajo (la llamada *occupational freedom*), bien de la libertad de movimientos transnacional, o bien del derecho a la educación y al conocimiento. Y todo ello teniendo en cuenta de que nos las vemos con individuos, quienes, a diferencia del resto de los recursos para la salud, cuentan con intereses, deseos, derechos al fin que estamos también comprometidos a respetar¹⁰.

Así y todo hay quienes han señalado que, lejos de constituir un problema, la fuga de cerebros médicos constituye una ganancia (un *brain gain*). La razón radica en las remesas que esos profesionales pueden enviar a sus países de origen, recursos monetarios que eventualmente pueden redundar en un mayor desarrollo de aquellos. Más allá de que eso sea efectivamente así, lo que esta perspectiva descuida es el hecho de que, en muchos casos, no son recursos financieros lo que se precisa para atender necesidades sanitarias básicas, sino los propios profesionales, sus destrezas, el recurso humano.

3. De la tasa Baghwati a la modificación curricular:

Una primera intuición que asalta cuando se piensa en los efectos de la emigración del profesional sanitario es el de hacerle “internalizar” el coste que genera su decisión de emigrar. Ello puede hacerse bien gravando con una tasa al médico emigrante –se trata de la conocida como tasa “Baghwati”¹¹–, bien instando a la “devolución” de lo que haya consumido el emigrante en recursos públicos para su formación. Ambas posibilidades olvidan, como antes se dijo, que son en realidad las capacidades mismas del individuo lo que se precisa, y, en el segundo caso, que muchos de quienes se convierten en médicos en países empobrecidos se forman en universidades privadas sufragando ellos mismos sus estudios.

Alternativamente se ha postulado una mayor movilidad funcional (*task-shifting*) para la realización de ciertos procedimientos clínicos por parte de quienes no son médicos¹², o la introducción de cambios curriculares significativos en los estudios de Medicina de dichos países con el doble objetivo de hacer a

¹⁰ Kieran Oberman, “Can Brain Drain Justify Immigration Restrictions” (en prensa, *Ethics* 2013, disponible en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2164893, último acceso 26 de marzo de 2013)

¹¹ Véase Jagdish N. Baghwati y Martin Partington, *Taxing the Brain Drain: a proposal*, J.N. Bhagwati and M. Partington (eds.) Amsterdam: North-Holland, 1976.

¹² Mike Callaghan, Nathan Ford y Helen Schneider, “A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa,” *Human Resources for Health*, Vol. 8, 2010, pp. 1-9.

sus graduados menos empleables en el primer Mundo y/o menos susceptibles a la frustración profesional aproximando su formación a los problemas sanitarios locales a los que más frecuentemente se van a enfrentar¹³.

En el año 2010, en el esfuerzo institucional global más importante hasta la fecha, la 63ª Asamblea de la OMS celebrada en Ginebra adoptó el Código de Prácticas en el Empleo Internacional de Personal Sanitario. En el artículo 4.2. se establece el compromiso formal por parte de las agencias reclutadoras internacionales de evitar el reclutamiento de médicos con una “destacada responsabilidad con el sistema sanitario de su país”. Se trata, sin embargo, de un compromiso muy poco robusto pues a continuación el Código deja bien clara cuál es la línea roja que en ningún caso cabe cruzar: la libertad de movimientos de dicho personal. En los propios términos del artículo 3.4.: “Con todo, nada en este Código podrá interpretarse en el sentido de limitar la libertad del personal sanitario, de acuerdo con el Derecho aplicable, de emigrar a aquellos países que anhelen admitirles y emplearles”.

4. El deber de permanencia y su justificación

Resulta difícil refutar el hecho de que para llegar a ser médico hay un uso intensivo de recursos públicos diversos. Ello hace que, como ocurre en otros ámbitos –piénsese en los pilotos militares en España que abandonan el Ejército para trabajar en la aviación civil, pero también en quienes marchan al extranjero a hacer una estancia de investigación con fondos públicos– sea razonable exigir una suerte de indemnización compensatoria al emigrante. Ya señalé anteriormente, empero, lo insatisfactorio de esta propuesta. La alternativa es la de exigir unos años de permanencia hasta tanto no haya un reemplazo adecuado en el puesto¹⁴. En lo que sigue trataré de justificar esta solución radical –que lo es, sin duda, en el doble sentido del término.

Para empezar es indispensable constatar que cualquier especialista, haya acudido a la enseñanza universitaria pública o privada, para llegar a serlo ha hecho uso de recursos que no ha podido costear en su totalidad. Si ha acudido a una universidad privada ha podido sufragar la matrícula, pero seguramente sus profesores fueron formados con fondos públicos y han desarrollado una investigación, transferida luego a sus enseñanzas, que también se nutrió de aquéllos. Piénsese, además, en los cadáveres con los que aprender anatomía, por ejemplo. ¿La matrícula cubrió su coste, si es que éste tiene un equivalente monetario?

Con todo, el elemento más importante de su formación como especialista, lo que, a mi juicio, justificaría un deber moral de reciprocidad en la forma de un período de permanencia, es el haber dispuesto de una población de pacientes con la cual ha podido adquirir sus destrezas y competencias

¹³ Nir Eyal y Samia Hurst, “Coercion in the Fight Against Medical Brain Drain”, en *The International Migration of Health Workers. Ethics, Rights and Justice*, Rebecca S. Shah (ed), New York, Palgrave, 2010, pp. 137-158.

¹⁴ Algo que también han defendido recientemente Nir Eyal y Till Bärnighausen: “Precommitting to Serve the Underserved”, *American Journal of Bioethics*, Vol. 12, 2012, pp. 23-34.

clínicas. Es más, durante sus años de formación el médico ha elevado sustancialmente los riesgos, cuando no causado directamente daños, a los enfermos como ilustra muy bien la reminiscencia de su primer acceso venoso central del célebre cirujano y divulgador médico, Atul Gawande, con la que abría estas páginas¹⁵. Este es un hecho de la máxima relevancia para la justificación del deber de permanencia, un dato que no ha sido suficientemente advertido en la literatura¹⁶.

Este deber moral de reciprocidad no es perfecto, ciertamente, pues ni supone siempre una compensación equivalente, ni el destinatario de la misma –el que será tratado por el profesional ya adiestrado– coincide con quien padeció en su momento el daño o soportó los mayores riesgos. Sin embargo, como ha destacado Lawrence Becker, es un error pensar que sólo en esos términos de estricta equiparación en cuanto a lo debido y al destinatario de la compensación cabe hablar de reciprocidad¹⁷. Un niño reciproca cuando da las gracias, aunque haya recibido un regalo costosísimo. La idea es que los médicos deben compensar por lo que han recibido con el propósito de seguir alimentando la red de reciprocidades de la que ellos se han beneficiado igualmente. Es, en los términos de David Schmitz, una reciprocidad “transitiva” cuyo objeto es hacer justicia por el beneficio recibido. La educación superior es, posiblemente, el mejor ejemplo de este tipo de reciprocidad compleja: los profesores, tutores y supervisores académicos “devuelven” a los estudiantes lo que ellos recibieron de sus maestros. Así lo aceptamos y asumimos, en general, cuando financiamos con nuestros impuestos servicios públicos –la asistencia sanitaria paradigmáticamente– de los que, tal vez, ni siquiera nos beneficiaremos directamente.

En un ámbito cercano como es el de la experimentación con seres humanos, encontramos un esquema justificativo análogo, la expresión de uno de los tres principios de clásicos de la bioética recogidos en el célebre Informe Belmont: el principio de justicia. Así, en el principio 17 de la Declaración de Helsinki, tras la reforma producida en la 59ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Seúl en octubre de 2008, se puede leer: “la investigación médica sobre una población o comunidad desaventajada o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades sanitarias de esa población o comunidad y hay una probabilidad razonable de que la misma se vaya a beneficiar de los resultados de la investigación”¹⁸.

La formación de médicos especialistas impone costes semejantes a la investigación biomédica, y, para el caso que nos ocupa, las poblaciones y comunidades son también vulnerables y desprotegidas. Por ello es legítimo imponer un deber de permanencia.

¹⁵ Igualmente P Le Morvan y B Stock, “Medical Learning Curves and the Kantian Ideal,” *Journal of Medical Ethics*, Vol. 31, 2005, p. 513.

¹⁶ Entre las excepciones, véase James Dwyer, “What’s Wrong with the Global Migration of Health Care Professionals”, *Hastings Center Report*, Vol. 37, nº5, 2007, p. 38.

¹⁷ Véase “Reciprocity, Justice, and Disability”, *Ethics* Vol. 116, 2005, pp. 9-39, p. 20

¹⁸ La declaración está disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (último acceso el 26 de marzo de 2013).

Hasta aquí la justificación moral de la obligación de los médicos de permanecer en su puesto durante algunos años antes de poder emigrar. ¿Cómo se canaliza, sin embargo, ese deber? La respuesta inmediata y obvia –aunque, a mi juicio, errónea– hace recaer sobre el Estado donde el médico se ha formado el peso de impedir la movilidad. Es lo que hizo, por ejemplo, el gobierno de Ghana durante una época para evitar la sangría de enfermeras al Reino Unido: retener sus pasaportes.

Una medida como esta, sin embargo, vulnera de un modo intolerable la libertad de movimientos transfronterizos del individuo, reconocida en el artículo 13.2. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que pasa a ser tratado como una mera mercancía. Obviamente esa libertad, en el mundo no-ideal en el que vivimos, no implica la obligación de todos los Estados de permitir la entrada a quien se quiera trasladar allí (ello supondría sencillamente la desaparición de las fronteras), pero sí debe permitir que cualquiera pueda viajar y, eventualmente residir, en el país que quiera acogerle. Lo que, por mor de la obligación moral de permanencia sí cabría imponer, es la obligación al potencial Estado receptor de no permitirle ejercer allí su profesión de médico hasta tanto no haya “saldado sus cuentas” con el Estado de origen. Tal y como, junto a Luara Ferracioli, he defendido en otro lugar¹⁹, al hacer bascular la institucionalización del deber de permanencia sobre los Estados receptores proveemos a los potenciales emigrantes de un fuerte incentivo para proporcionar a sus compatriotas asistencia sanitaria durante algunos años, sin que su libertad de movimientos u ocupacional sea violada y haciendo que esos Estados beneficiarios del flujo migratorio profesional puedan dar cuenta de los efectos negativos de la fuga de cerebros médicos sin cerrarles completamente las fronteras.

5. Objeciones, matices y respuestas:

Un planteamiento como el que se acaba de exponer es sin duda susceptible de objeciones importantes. Trataré de responderlas en lo que sigue, y, al tiempo, introduciré matices y excepciones al deber general de permanencia que he tratado de justificar.

El deber de permanencia se construye como una compensación o reciprocidad por la imposición de riesgos o eventuales daños. ¿No podríamos decir, sin embargo, que, en la medida en la que se ha atendido o curado finalmente al paciente, tales deudas quedan canceladas en ese mismo acto? La objeción es poderosa pero olvida que, incluso si efectivamente el médico en formación fue exitoso, para el paciente habría siempre la mejor y más tranquilizadora alternativa de ser tratado por quien ya ha adquirido y desarrollado las competencias clínicas atinentes a ese procedimiento. Piénsese en la siguiente situación: un grupo de alumnos de una auto-escuela se encuentran, junto a sus profesores, a punto de iniciar la lección del día. En ese momento alguien sufre un infarto en la calle y tiene que ser trasladado urgentemente al hospital. Los profesores, como un ejercicio de aprendizaje, hacen que sea uno de los alumnos quien haga el traslado. El estudiante logra llevar al enfermo hasta el hospital donde le salvan la vida. Ello por sí no hace que la acción haya sido adecuada, la alternativa de que la

¹⁹ “*Primum nocere: Medical Brain Drain and the Duty to Remain*” (manuscrito en revisión).

conducción la hubiera hecho un conductor avezado hubiera sido mejor, aunque el resultado fuera idéntico.

Una segunda objeción se centra sobre cómo el deber de permanencia –y no así el de poder emigrar a lugares más prósperos– desincentivaría a quienes quieren convertirse en médicos. Se asume, cuando se esgrime este razonamiento, que la posibilidad de ser médico en el mundo desarrollado actúa como una zanahoria para, en primer lugar, esforzarse por llegar a ser médico²⁰. Eliminada, o severamente restringida esa posibilidad, desaparecería el afán mismo de estudiar Medicina.

La asunción empírica que subyace a esta objeción es cuestionable, aunque ciertamente hay Estados que se han convertido deliberadamente en “fábricas” de personal sanitario para países ricos, o en destino del llamado “turismo sanitario” como es el caso de Filipinas o la India, con el enorme coste de oportunidad que ello tiene para los habitantes menos favorecidos en esos países que contemplan como para el enfermo estadounidense existe en su propio territorio todo aquello que ellos sencillamente no pueden ni soñar. En muchos otros lugares del mundo empobrecido, sin embargo, los estudiantes universitarios se forman profesionalmente porque quieren trabajar en sus lugares de origen y aspiran genuinamente al desarrollo propio y de su comunidad ejerciendo como médicos²¹.

Si el estudiante de Medicina en un país empobrecido se compromete contractualmente a ejercer durante un tiempo la especialidad que alcanza como condición para poder completar sus estudios, cabría suscitar la duda de si puede posteriormente desistir pagando la correspondiente indemnización. Si fuera siempre posible, estaríamos nuevamente ante una de las soluciones compensatorias anteriormente descartadas. Aunque los llamados “cumplimientos *in natura*” son vistos con recelo –especialmente en los países de *common law*– por el componente coactivo que arrastran, no hay obstáculos jurídicos insalvables para no permitir, en ocasiones, esa posibilidad rescisoria y sí exigir la prestación comprometida²². Incluso en dichos países más recelosos el cumplimiento *in natura* aparece como el remedio típico cuando están en juego “bienes únicos” –bienes para los que los tribunales difícilmente encontrarían sustitutos–. En ese mismo sentido, servicios tales como la provisión de asistencia sanitaria en países empobrecidos son también únicos por igual razón, con lo que el cumplimiento de lo pactado en sus estrictos términos está justificado. A fin de cuentas, como ha señalado Alan Schwartz para impedirlo debe mostrarse que: “... la protección de una libertad es más importante que los objetivos que el cumplimiento *in natura* se propone satisfacer”²³. En todo caso, habrá

²⁰ Devesh Kapur y John McHale, “Should a Cosmopolitan Worry about the “Brain Drain”?, *Ethics and International Affairs*, Vol. 20, nº3, 2006, pp. 305-320, p. 310.

²¹ Distintos estudios muestran cómo los futuros estudiantes de Medicina, tanto en África como en los Estados Unidos, tienen una motivación altruista a la hora de cursar esa especialidad; véase Eyal y Bärnighausen,, op. cit., p. 28.

²² Véase el artículo 1157 Cc y el artículo 709 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, así como el trabajo de María del Carmen González Carrasco, “Eficacia del contrato”, in *Tratado de contratos (Tomo I)*, Rodrigo Bercovitz Rodríguez-Cano (dir.), tirant lo blanch, Valencia, 2009, pp. 1158-1198, pp. 1178-1179, 1181-1184.

²³ Alan Schwartz, “The Case for Specific Performance”, *The Yale Law Journal*, Vol. 89, 1979, pp. 271-306, p.

de ser el propio Estado el que finalmente disponga de esa posibilidad de resarcimiento económico frente al incumplimiento en función de sus necesidades.

El deber de permanencia, por último, no debiera ser absoluto, como no lo es, en puridad, casi ningún deber. La obligación de permanencia, al menos durante un tiempo, ha de ceder cuando las restricciones al desarrollo profesional o personal en el país de origen son intolerables. Más allá de lo estrictamente material, sobre los médicos pueden recaer coacciones y persecuciones por parte del Estado por el ejercicio mismo de la profesión, es decir porque al médico se le exige (o impide) practicar la Medicina tal y como dicta su conciencia profesional. Estaríamos, en este caso, ante un supuesto de “refugiado médico”. Piénsese en los doctores chiitas que ejercen en Bahrein y que sufren un hostigamiento religioso que ha alimentado la movilización y denuncias de la comunidad médica internacional²⁴; o en un médico que es obligado a participar en ejecuciones o torturas, o al que, inclusive, la legislación no le permite practicar abortos en circunstancias que considera absolutamente indicadas desde el punto de vista clínico. En todos esos casos el deber de permanencia es derrotado por el derecho de los profesionales sanitarios, y, eventualmente, surge un deber de asilo y refugio por parte del resto de países como en el caso de los refugiados políticos. Sostener, frente a ello, la consideración de que al médico siempre le cabría la posibilidad de cambiar de profesión implicaría que la única persecución ilegítima por parte del Estado sobre su ciudadanía se daría sobre rasgos naturales de los individuos –condiciones tales como la raza o el género– y no así sobre los componentes volitivos de nuestro plan de vida (vivir de acuerdo con unos ideales políticos, éticos, religiosos y, también, profesionales). Por esa misma razón hay que dar asilo y refugio a quienes no pueden desarrollar su sexualidad libremente como es el caso de los homosexuales en Irán.

6. Conclusiones

Frente a otras propuestas para remediar los efectos de la fuga de cerebros médicos desde los países empobrecidos hacia los países ricos, he tratado de defender una justificación moral del deber contractual de permanencia durante un período de tiempo suficiente para el recambio, a partir de la consideración de que los médicos especialistas en formación han incurrido en deberes de reciprocidad por haber elevado los riesgos y, eventualmente, causado daños a la población de pacientes gracias a la cual han podido adquirir sus destrezas clínicas. Ese deber tendría, a mi juicio, un correlato institucional que recae sobre los países destinatarios que habrán de negar los visados de trabajo como médicos a dichos emigrantes hasta tanto no satisfagan sus compromisos en el país de origen. Así y todo, como en muchos otros ámbitos, el deber de permanencia del personal sanitario en los países menos desarrollados no puede suponer la vulneración de sus derechos humanos, entre los cuales destaca la libertad para ejercer su profesión de acuerdo a la propia conciencia moral y profesional.

274.

²⁴ Véase Sharmila Devi, “Bahrein continues to target Shia Doctors”, *The Lancet*, nº 380, 2012, p. 1296.