Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB132/23**
132.ª reunión **14 de diciembre de 2012**
Punto 10.4 del orden del día provisional

Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades

Informe de la Secretaría

1. En su resolución WHA63.16 (2010), la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, que constituye un marco de referencia multilateral para responder a la escasez mundial de personal de salud y afrontar las dificultades ligadas a la movilidad internacional de estos trabajadores. En 2011 la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA64.6, relativa al fortalecimiento del personal sanitario, así como la resolución WHA64.7, dedicada al fortalecimiento de la enfermería y la partería. En la primera de ellas instaba a los Estados Miembros, entre otras cosas, a aplicar el Código. En la segunda los instaba a traducir en actuaciones su compromiso con el fortalecimiento de la enfermería y la partería, y para ello en particular a: preparar los planes de acción necesarios para el desarrollo de la enfermería y la partería como parte integral de los planes nacionales o subnacionales de salud; contribuir al fortalecimiento de la legislación y los procesos de reglamentación que rigen estas profesiones; y ampliar la educación y formación del personal de enfermería y partería. Este informe se presenta en cumplimiento de lo establecido en los artículos 9.2 y 7.2(*c*) del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y en respuesta a las peticiones de informes sobre los progresos realizados que figuran en las resoluciones WHA64.6 y WHA64.7. Conforme a lo solicitado por un Estado Miembro, en el presente informe se ofrece asimismo información sobre el fomento del personal de salud para hacer realidad la cobertura sanitaria universal.

RESPALDO A LOS ESTADOS MIEMBROS QUE APLICAN EL CÓDIGO

2. El apoyo prestado por la Secretaría se declina en cuatro líneas de trabajo.

Autoridad nacional designada

3. La Secretaría ha venido promoviendo la designación por cada Estado Miembro de una autoridad nacional encargada del intercambio de información sobre la migración de personal sanitario y sobre la aplicación del Código. Han establecido tal autoridad nacional 81 países (véase el cuadro).

Instrumento nacional de presentación de informes

4. En consulta con los Estados Miembros y los interlocutores pertinentes, la Secretaría ha secundado la elaboración de un instrumento nacional de presentación de informes que sirva a los países de

herramienta de autoevaluación. Este instrumento, que está a disposición pública, se ha hecho llegar a todas las autoridades nacionales designadas y se ha distribuido más ampliamente a través de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países, territorios y zonas. En septiembre de 2012 habían dado cuenta de la aplicación del Código utilizando el instrumento nacional de presentación de informes las autoridades nacionales designadas de 48 países. De esos 48 informes, 35 provenían de la Región de Europa (véase la figura).

Colaboración

5. La Secretaría ha venido potenciando la **colaboración multipartita** entre instituciones gubernamentales y universitarias, así como entidades y redes de la sociedad civil, con objeto de respaldar la labor de sensibilización y análisis preconizada en el Código. La Región de Europa, en particular, ha organizado multitud de actividades que han culminado con una hoja de ruta para aplicar el Código en la Región. Otras iniciativas destacables son: la creación de la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud, liderada por la Secretaría Técnica del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y respaldada por la Comisión Europea; la facilitación de diálogos nacionales entre los interlocutores del sector (por ejemplo en Alemania, Bélgica e Italia en 2012); las conversaciones con la Comisión de Desarrollo del Parlamento Europeo (Madrid, 2012); o la creación en Ginebra de una escuela de verano sobre migración y ética, junto con la Fundación Brocher, la Universidad de Ginebra y la Universidad de Harvard. Las entidades de la sociedad civil han intervenido cada vez más activamente a nivel nacional e internacional para dar a conocer el tema y generar interés político por las cuestiones relativas al personal de salud, en particular fomentando la difusión y aplicación del Código. Un estudio monográfico realizado en nueve países de la Región de Europa ha puesto de relieve que la sociedad civil también ha desempeñado una función importante en el seguimiento de las migraciones del personal de salud, abordando el tema desde una óptica de derechos humanos que aúna los derechos de los trabajadores sanitarios y la necesidad de disponer de sistemas de salud equitativos y sostenibles. Además, la **colaboración de la Secretaría con organizaciones profesionales** se ha traducido en un acuerdo sobre orientaciones estratégicas para fortalecer los servicios de enfermería y partería para el periodo 2011-2015.[1]

Cuadro. Autoridades nacionales designadas por región de la OMS: número de autoridades establecidas y número de autoridades que han remitido un informe a la Secretaría utilizando el instrumento nacional de presentación de informes

Región de la OMS	Autoridades nacionales designadas establecidas	Informes recibidos
	A 31 de septiembre de 2012	
África	13	1
Las Américas	11	4
Asia Sudoriental	4	3
Europa	42	35
Mediterráneo Oriental	6	1
Pacífico Occidental	5	4
Total	81	48

[1] Véase el documento WHO/HRH/HPN/10.1. Disponible en http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html (consultado el 16 de noviembre de 2012).

SITUACIÓN ACTUAL

6. Transcurridos dos años y medio desde la aprobación del Código, la creación de las autoridades nacionales designadas, la labor que estas han realizado para presentar informes y el trabajo de investigación y documentación de las distintas redes e iniciativas de colaboración han servido para obtener una imagen más detallada de la migración de personal sanitario entre países.

Patrones de migración

7. Cuatro Países Miembros de la OCDE concentran por sí solos un 72% de las enfermeras y un 69% de los médicos no nacionales que trabajan en los países miembros de esa organización. Según se demuestra en un estudio sobre esos cuatro países realizado conjuntamente por la OMS y el Migration Policy Institute, la afluencia de médicos a los Estados Unidos de América ha permanecido estable desde mediados de los años 2000,[1] a la par que se incrementaba en Australia y el Canadá. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en cambio, la llegada de médicos y enfermeras ha experimentado un marcado descenso desde 2008, año en que el Gobierno dio marcha atrás en su política de contratación internacional activa. La India es el más importante de los países de procedencia de los médicos que llegan a Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido y últimamente ha ascendido al segundo lugar en el Canadá. De Sudáfrica también proceden importantes contingentes de médicos llegados a todos los países, salvo los Estados Unidos, y constituye el primer país de origen en el caso del Canadá. Filipinas es el principal proveedor de enfermeras llegadas a los Estados Unidos, el Reino Unido y el Canadá, y el tercer país de origen en el caso de Australia. La migración de personal de salud ha alcanzado volúmenes importantes incluso en ausencia de iniciativas de contratación activa como la que puso en marcha el Reino Unido a principios de los años 2000. No parece que la crisis económica haya influido sensiblemente en los patrones de migración.

Regulación de la migración

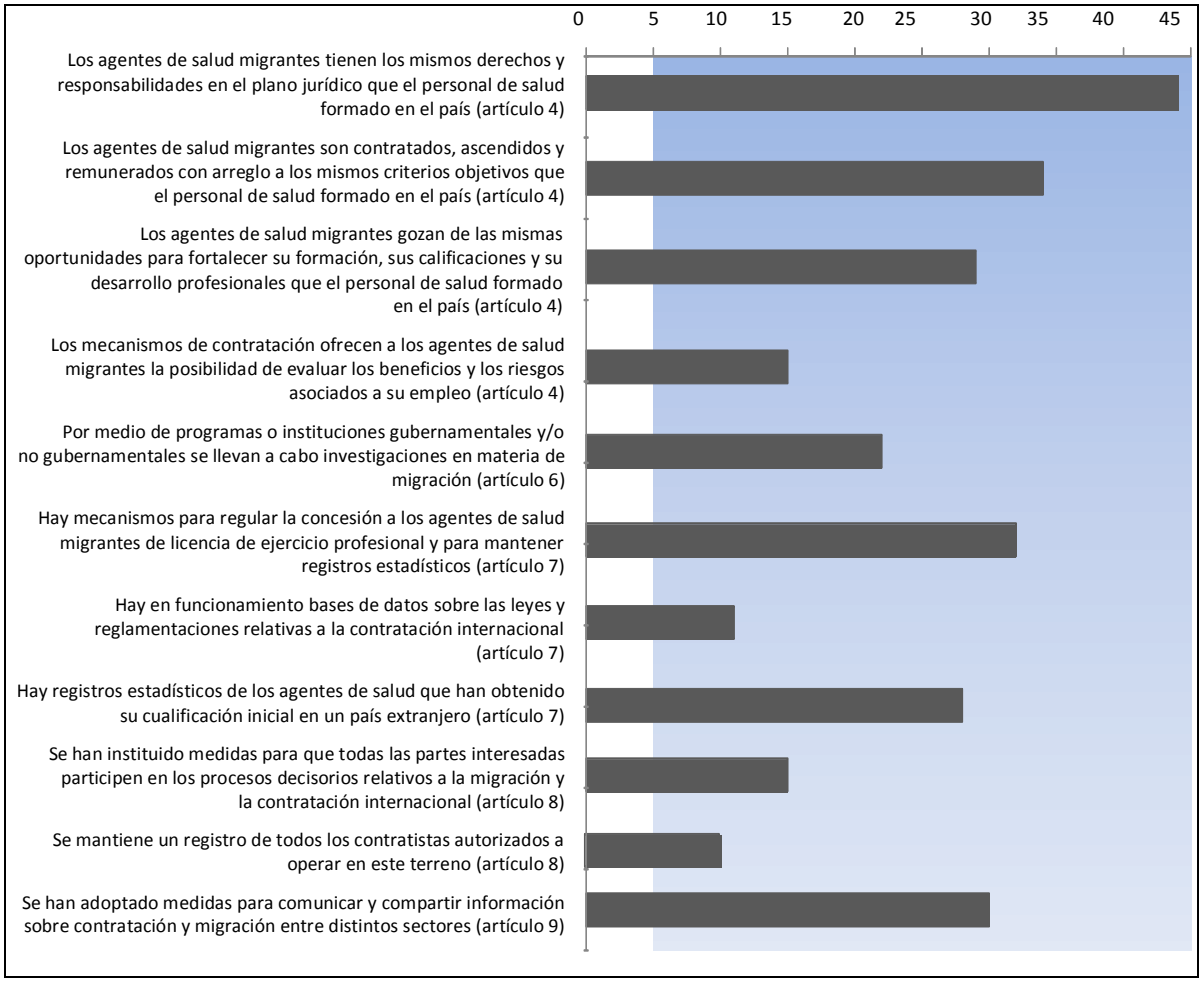
8. Los sistemas de acreditación y convalidación profesionales en los países de destino están cambiando. En fechas recientes Australia ha liberalizado los requisitos de acreditación profesional para los médicos no nacionales cuya licencia de ejercicio profesional haya sido expedida por autoridades «dignas de confianza» de países anglófonos. En el Reino Unido, en cambio, tras un periodo de gran afluencia, se instituyó un paquete de políticas destinadas a poner freno a la contratación internacional de personal de salud, con medidas como el endurecimiento de las condiciones de acreditación profesional y reglas más estrictas de concesión de visados. En Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido se han instaurado medidas de preselección de la inmigración laboral.

Situación del personal de salud migrante

9. Los informes de las autoridades nacionales designadas empiezan a trazar una imagen más precisa de la situación del personal de salud migrante en los distintos países (véase la figura). Los datos facilitados en los informes son más detallados que los disponibles en el periodo inmediatamente anterior a la aprobación del Código. Por ahora, sin embargo, dicha información es incompleta, en la medida en que también lo es la presencia de autoridades nacionales designadas, pues los informes de los países provienen en su gran mayoría de una sola región de la OMS. Se sigue trabajando para que los informes cubran un número cada vez mayor de países.

[1] *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization.* Migration Policy Institute, 2012, en imprenta.

Figura. Aspectos más destacados de la información obtenida por las 48 autoridades nacionales designadas que utilizan el instrumento nacional de presentación de informes (por artículo del Código).



Convenios

10. También se empieza a obtener una imagen más clara por lo que respecta a los acuerdos bilaterales, multilaterales y regionales sobre contratación de personal sanitario. La mayoría de esos convenios son anteriores al Código, aunque algunos de ellos han sido elaborados o retocados en los últimos dos años y medio, esto es, con posterioridad a la adopción del Código. A modo de ejemplo cabe citar los acuerdos entre países vecinos, como entre: Chipre y Grecia; Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia; la Federación de Rusia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán; o los acuerdos entre países de distinto nivel de ingresos, como Italia y Túnez o Alemania y Croacia. Entre los acuerdos multilaterales figuran las «asociaciones de movilidad», que son dispositivos jurídicamente no vinculantes para gestionar correctamente el movimiento de personas entre la Unión Europea (UE) y un país ajeno a ella, a los que pueden adherirse voluntariamente los Estados miembros de la UE. Un acuerdo regional destacado es el que tienen suscrito Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, Malasia, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. Los acuerdos suelen referirse a los médicos y enfermeras, así como, en unos pocos casos, a las parteras. Muchos acuerdos están suscritos a nivel nacional, y algunos otros a escala subnacional.

Cooperación más allá de la migración

11. Las actividades de cooperación para el fomento del personal sanitario encuadradas en el Código tienden a trascender las cuestiones de índole estrictamente migratoria. Los Estados Miembros han informado de diversos acuerdos generales de cooperación financiera y técnica, por ejemplo: los acuerdos inscritos en la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud; el acuerdo entre los Gobiernos de Cuba, Egipto, Nigeria y Rwanda; el proyecto experimental «triple beneficio» en el que participan Albania, Alemania, Bosnia y Herzegovina y Viet Nam; y la colaboración entre Indonesia y el Japón para mejorar la competencia del personal de enfermería mediante actividades de capacitación práctica.

12. En la Unión Europea, la labor de elaboración de un plan de acción para el personal de salud está llevando a los Estados miembros a aunar esfuerzos para responder a los principales problemas que se plantean en este terreno a medio y largo plazo, con el objetivo de fomentar una fuerza de trabajo sostenible en Europa. Este trabajo de fondo girará en torno a tres grandes ejes: anticipar las necesidades de personal y mejorar los métodos de planificación de la fuerza de trabajo; prever las competencias que en el futuro serán necesarias en las profesiones ligadas a la salud; y compartir prácticas adecuadas sobre estrategias eficaces de contratación y permanencia de profesionales de la salud.

13. También se ha avanzado en algunas de las «áreas principales para la obtención de resultados» definidas en las orientaciones estratégicas para fortalecer los servicios de enfermería y partería en el periodo 2011-2015, acordadas con las organizaciones profesionales. Tras intensas consultas se formularon planes de acción regionales y nacionales en las Regiones de las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental. En seis países de la Región de África se instituyeron marcos reglamentarios más sólidos gracias a una labor de planificación conjunta. Se aceleró la elaboración de normas y redes para la enseñanza y la práctica de la partería, haciendo hincapié en la experiencia de los países, especialmente en las Regiones de África y Europa. En la Región de las Américas se crearon 28 redes de enfermería. Y en 18 países se pusieron en marcha investigaciones para potenciar las diversas funciones que cumple la enfermería comunitaria.

DIFICULTADES DE CARA AL FUTURO

14. A la hora de aplicar las resoluciones WHA63.16 y WHA64.7 será preciso responder a diversas dificultades, entre ellas las que se exponen a continuación.

15. Los datos sobre migración del personal de salud son escasos y a menudo están dispersos entre múltiples organismos y entidades. Buena muestra de este problema es la falta de datos sobre el personal sanitario en general en muchos países.

16. La aplicación de las resoluciones se ve obstaculizada por la ausencia de una concepción común sobre la naturaleza de las relaciones que, dentro de los países, conectan entre sí la migración laboral, las necesidades actuales y futuras de personal sanitario y la planificación de la fuerza de trabajo a corto y largo plazo. Además, muchos países disponen de escasa capacidad para anticipar las futuras tendencias en relación con el personal de salud.

17. Federar a los numerosos interlocutores que intervienen en las decisiones que afectan a la migración y la contratación internacional de personal sanitario es una tarea harto compleja, y esta complejidad ha hecho difícil avanzar. Ello se aplica tanto al personal de salud en general como a las enfermeras y parteras en particular.

18. Lidiar con estos problemas resulta más difícil en países donde todavía hay escasa capacidad de gobierno y gestión del personal sanitario, pues las labores para potenciar las capacidades institucional-

les e individuales de planificación, así como la formación de recursos humanos para los observatorios de la salud, exigen tiempo antes de surtir efectos tangibles, sobre todo porque el compromiso político de responder a la crisis de personal sanitario se ha acompañado solo parcialmente de las inversiones necesarias.

Un panorama en plena evolución respecto del personal sanitario

19. También ha sido preciso adaptar la aplicación de las resoluciones a la rápida y marcada transformación que paralelamente se ha producido en el modo en que distintos países abordan la cuestión de los recursos humanos para la salud.

20. En acusado contraste con la situación reinante hasta hace poco tiempo, los planificadores de políticas, a nivel tanto mundial como nacional, son ahora muy conscientes de la urgente necesidad de responder a la crisis de personal sanitario. Se ha producido un vuelco: donde antes se requería una intensa labor de sensibilización, ahora hay clara conciencia de la crisis, y lo que hace falta es responder a ella con inversiones adecuadas.

21. El imperativo político de avanzar hacia la cobertura universal abre oportunidades que es menester aprovechar para lograr una integración mucho más estrecha entre la planificación del personal sanitario, por un lado, y la formulación de políticas y las actividades generales para reforzar los sistemas de salud, por el otro. Dicho imperativo exige también la creación de vínculos con otros sectores, la sociedad civil y la clase política. Esos cambios ya están en marcha en numerosos países, y en algunos de ellos se enmarcan en la labor emprendida mediante el mecanismo IHP+ para conferir más eficacia a la ayuda.

22. Hasta la fecha, la actual crisis económica planetaria y los crecientes niveles de desempleo que engendra no han inducido un sustancial aumento de las migraciones ni los despidos de personal sanitario. Sin embargo, hay señales inquietantes de que en algunos países la presión a que están sometidas las finanzas públicas empieza a influir negativamente en la producción de personal sanitario, su distribución y su rendimiento, lo que podría tener consecuencias a la hora de aplicar las resoluciones.

23. Este contexto de rápidos cambios exige un estrecho seguimiento. El sistema de presentación de informes establecido en el Código puede ser útil para ello, al igual que las redes nacionales y regionales de recursos humanos para observatorios de la salud, que están bien situadas para facilitar el seguimiento y la anticipación de nuevas tendencias.

24. En los últimos tiempos se ha prestado mucha atención a las manifestaciones más agudas de la crisis de personal sanitario, a saber, la penuria de personal en los llamados «países en crisis» y las migraciones. Pero ahora se va abriendo paso la idea de que no cabe reducir la crisis a estas dos dimensiones, por importantes que sean. La crisis de personal sanitario es un problema verdaderamente mundial y poliédrico, y exige por lo tanto una estrategia mundial mucho más amplia destinada a transformar la producción de trabajadores sanitarios, una estrategia que abarque desde el análisis del mercado laboral hasta la transformación de la enseñanza y formación del personal de salud, a nivel tanto nacional como internacional. Es indispensable que los países que quieran mejorar el acceso a la atención sanitaria respondan al problema que plantea la penuria de personal. Para avanzar hacia la cobertura universal, por consiguiente, será fundamental abordar la crisis de personal de salud desde planteamientos renovados.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

25. Se invita al Consejo a tomar nota del presente informe.

= = =