

Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: segunda ronda de presentación de informes nacionales

Informe de la Secretaría

1. En 2010, la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en su resolución WHA63.16 el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud,. El Código es un marco multilateral amplio para fortalecer el personal sanitario, que hace hincapié en la movilidad internacional de los profesionales sanitarios.
2. En 2013, la Secretaría presentó a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud el primer informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Código.¹ Hasta ese momento, 85 Estados Miembros habían designado autoridades nacionales, y 56 habían presentado informes con arreglo al instrumento de presentación de informes nacionales.
3. En 2015, la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud examinó el informe del Grupo consultivo de expertos encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código.² En sus deliberaciones, el Grupo había concluido que el Código seguía siendo pertinente y que se estaban dando pruebas de su eficacia. También concluyó que la labor de desarrollo, refuerzo y mantenimiento de la aplicación del Código se debería considerar un proceso continuo.
4. Este informe sobre la segunda ronda de presentación de informes nacionales se presenta en consonancia con los requisitos de los artículos 9.2 y 7.2 c) del Código.

RESPALDO A LOS ESTADOS MIEMBROS QUE APLICAN EL CÓDIGO

5. La Secretaría prestó apoyo en las tres áreas de trabajo que se examinan más adelante.

¹ Documento A66/25.

² Documento A68/32 Add.1.

Autoridades nacionales designadas

6. En colaboración con las oficinas regionales la Secretaría prosiguió sus actividades destinadas a promover la designación, por parte de cada Estado Miembro, de una autoridad nacional encargada del intercambio de información relativa a la migración del personal sanitario y la aplicación del Código. Se han establecido autoridades nacionales designadas en 114 países, lo que representa un incremento del 34% desde la primera ronda de presentación de informes, que tuvo lugar en el bienio 2012-2013 (véase el cuadro 1). De esas autoridades, el 85% tienen su sede en ministerios de salud, el 9% en institutos de salud pública y el 6% en otras instituciones (tales como autoridades sanitarias, consejerías de sanidad u observatorios de recursos humanos para la salud).

7. La cobertura general de autoridades nacionales designadas se ha ampliado considerablemente. En algunas regiones se han logrado importantes mejoras; por ejemplo, en la Región del Pacífico Occidental se cuadruplicó el número de autoridades nacionales designadas.

Cuadro 1. Número de autoridades nacionales designadas desglosado por región de la OMS, y número de autoridades nacionales designadas que presentaron informes a la Secretaría utilizando el instrumento de presentación de informes nacionales, al 30 de septiembre de 2015

Región de la OMS	Primera ronda de presentación de informes (2012-2013)		Segunda ronda de presentación de informes (2015-2016)			
	Número de autoridades nacionales designadas	Número de autoridades nacionales designadas que presentaron informes a la Secretaría	Número de autoridades nacionales designadas	Número de autoridades nacionales designadas que presentaron informes a la Secretaría	Número de informes que se completarán	Número de autoridades nacionales designadas de las que no se recibió respuesta
África	13	2	12	5	5	2
Las Américas	11	4	15	8	4	3
Asia Sudoriental	4	3	7	6	1	0
Europa	43	40	43	25	9	9
Mediterráneo Oriental	8	3	13	5	5	3
Pacífico Occidental	6	4	24	11	4	9
Total	85	56	114	60	28	26

Instrumento de presentación de informes nacionales

8. En consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, la Secretaría reforzó el instrumento de presentación de informes nacionales como un instrumento de autoevaluación en el país, mediante:

a) la ampliación del instrumento, de forma tal que abarque los aspectos siguientes: desarrollo y sostenibilidad del personal sanitario, derechos de las personas migrantes, acuerdos bilaterales, investigación sobre movilidad del personal sanitario, estadísticas, reglamentación de la habilitación para ejercer, alianzas y cooperación técnica;

b) el desarrollo, en cooperación con la OCDE y EUROSTAT y en coordinación con oficinas regionales, de un módulo sobre migración del personal sanitario, así como su introducción en el instrumento de presentación de informes nacionales, de conformidad con los artículos 6 y 7 del Código. Ese módulo está armonizado con el cuestionario de recogida conjunta de datos sobre estadísticas no monetarias relacionadas con la salud,¹ y facilita la recopilación de datos sobre disponibilidad y flujo anual de personal médico y de enfermería desglosado por país de su primera cualificación profesional.² El módulo ofrece nuevos datos desglosados sobre personal sanitario capacitado en el extranjero;

c) la introducción en el instrumento de presentación de informes nacionales, con arreglo al artículo 9.4 del Código, de una nueva sección para otras partes interesadas que deseen facilitar información relativa a la aplicación del Código.

9. Al 30 de septiembre de 2015, de las 114 autoridades nacionales designadas, 60 (53%) habían finalizado y presentado informes utilizando el instrumento de presentación de informes nacionales para la segunda ronda de presentación de informes nacionales (véase el cuadro 1). En comparación con la primera ronda, esto supone un incremento en todas las regiones, excepto en la Región de Europa. La amplia mayoría de los países que presentaron informes en la segunda ronda son países conocidos como origen y destino de migración internacional de personal sanitario.

Colaboración

10. La Secretaría ha fomentado la colaboración entre múltiples partes interesadas con participación de gobiernos, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y redes, a fin de respaldar la labor de promoción y análisis requerida por el Código. Los logros específicos incluyen: esfuerzos de los Estados Miembros por facilitar el acceso al Código en sus idiomas oficiales (alemán, catalán, finés, holandés, indonesio, italiano, japonés, polaco, rumano y tailandés); incorporación de las disposiciones del Código en la legislación nacional (por ejemplo, Alemania); acuerdos bilaterales (específicamente en países de origen tales como Filipinas y la República de Moldova); y uso del Código para promover el diálogo multisectorial sobre la sostenibilidad del sistema de salud (El Salvador, Filipinas, Indonesia, Maldivas y Uganda).

¹ Véase OCDE y Oficina Regional para Europa. Joint Action Plan, en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/232426/OECD-Joint-statement_09013_FINAL.pdf (visitado el 20 de octubre de 2015).

² Se proporcionarán más detalles en una adición del informe de la Secretaría a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2016.

11. A nivel regional, la Secretaría apoyó una serie de actividades e iniciativas internacionales de promoción de la aplicación del Código, entre ellas la celebración, por parte de la Organización Árabe de Desarrollo Administrativo, de la 13.^a Conferencia Árabe sobre Nuevas Tendencias en la Gestión Hospitalaria, que dio lugar a una declaración en favor de mayores esfuerzos por promover la rendición de cuentas en relación con la aplicación progresiva del Código en los países de la Liga Árabe, el Consejo de Cooperación del Golfo y la Región del Mediterráneo Oriental; los esfuerzos de ministros de salud iberoamericanos por fortalecer los sistemas de información sobre recursos humanos para la salud en lo concerniente al seguimiento de la migración de profesionales sanitarios, en consonancia con el Código; y las actividades del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica orientadas a definir una política regional para la gestión del flujo migratorio. Asimismo, la OMS ha cumplido su compromiso y ha prestado apoyo a la iniciativa de acción conjunta de la Unión Europea para la planificación y previsión del personal sanitario, y espera con interés las recomendaciones relativas a la acción conjunta, que se formularán tras un informe sobre la aplicabilidad del Código en el ámbito de la Unión Europea, con miras a promover la disponibilidad de personal sanitario sostenible a mediano y largo plazo. La Secretaría ha apoyado una serie de actividades en la Región de Asia Sudoriental, incluida la organización de conversaciones en mesa redonda a nivel ministerial sobre el fortalecimiento del personal sanitario, que tuvo lugar durante la 68.^a reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental. Se considera que el decenio del fortalecimiento del personal sanitario (2015-2024), una iniciativa de la Oficina Regional para Asia Sudoriental, será una plataforma crucial para la aplicación del Código.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA RONDA DE PRESENTACIÓN DE INFORMES NACIONALES

12. De los 60 países que presentaron informes, 40 (67%) indicaron que habían adoptado medidas dirigidas a la aplicación del Código. De estos, la mitad informó que había efectuado una evaluación de las necesidades para aplicar el Código en los ámbitos nacional, subnacional y local. Los problemas experimentados en el ámbito nacional se describen más claramente que los que afectaron a los ámbitos subnacional y local.

13. Se plantean algunos temas importantes. La primera preocupación requiere asistencia técnica para incorporar las disposiciones del Código en la legislación y los reglamentos nacionales; fortalecer la reglamentación, tanto en el sector privado como en el sector público; y promover la colaboración intersectorial, especialmente entre ministerios de salud y ministerios de trabajo y asuntos sociales. La vinculación entre los reglamentos que se pusieron en práctica para orientar la labor en el ámbito nacional y aquellos que forman parte de acuerdos bilaterales es un problema común que afrontan los países en los ámbitos regional y mundial. Un tercer tema común concierne a la baja calidad de los datos disponibles y la necesidad de desarrollar las capacidades y asignar fondos para normalizar, recopilar e intercambiar datos sobre movilidad que pudieran servir para reforzar la planificación del personal sanitario y el seguimiento efectivo de la aplicación del Código.¹

Desarrollo del personal sanitario y sostenibilidad de los sistemas de salud

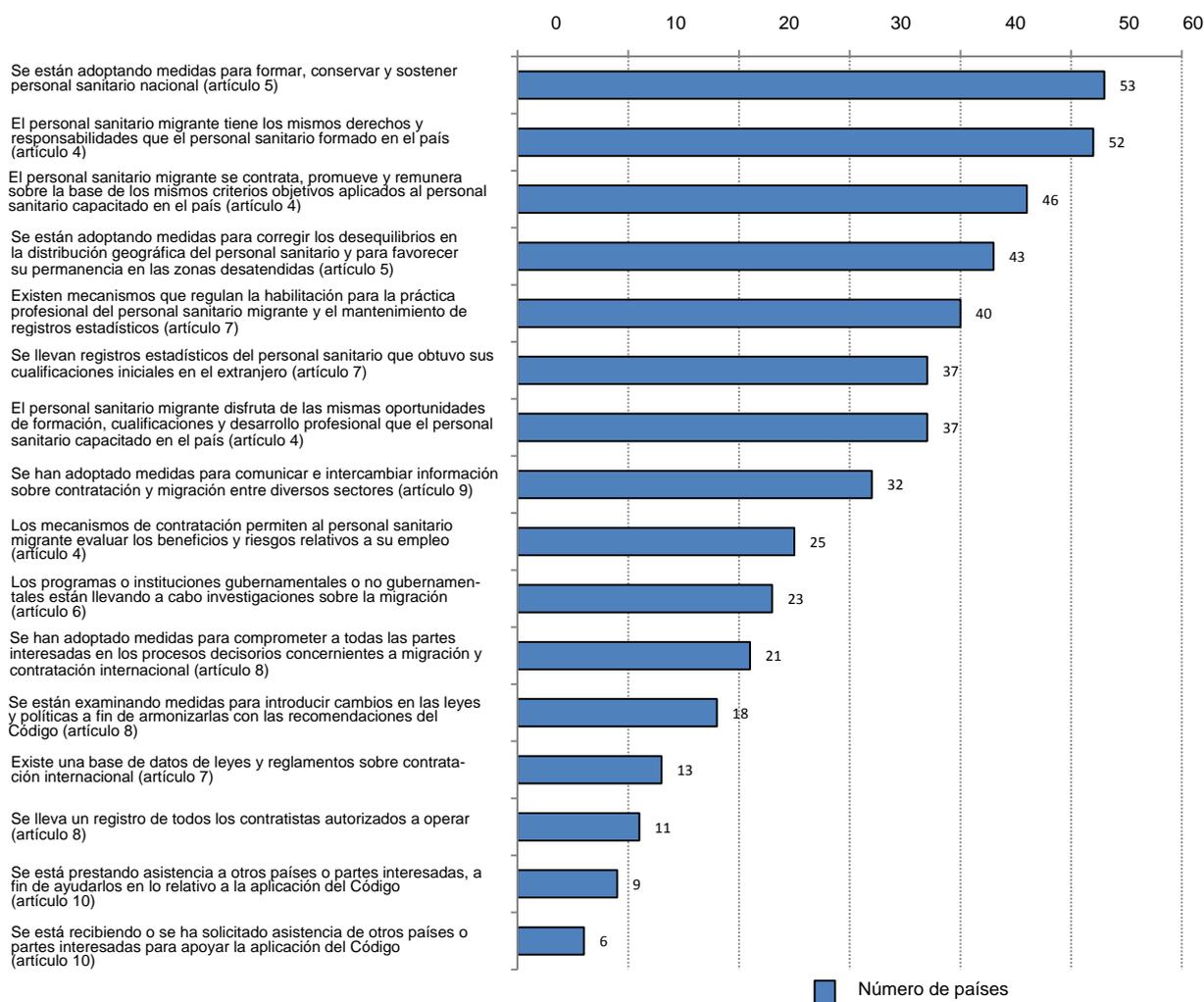
14. El Código es un marco general para el desarrollo del personal sanitario, que va más allá de la migración del personal. Este punto se pone de relieve en los informes presentados por los Estados Miembros: un 88% de los informes recibidos proporcionan detalles sobre las medidas adoptadas para satisfacer las necesidades de personal sanitario con profesionales capacitados en el país. Las solucio-

¹ Se proporcionarán más detalles en una adición del informe de la Secretaría a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2016.

nes incluyen el aumento del número de plazas de calidad asegurada disponibles y una mayor atención a las nuevas capacidades y competencias necesarias, así como el desarrollo profesional continuado y las mejores condiciones salariales y de trabajo.

15. De los 60 países que presentaron informes, 43 (72%) declararon que habían adoptado medidas para hacer frente al desequilibrio geográfico en la distribución del personal en esos países. Los resultados de esas medidas exigirán nuevos análisis y síntesis. La situación del personal migrante en lo concerniente a derechos, contratación y reglamentación de la práctica profesional se describe en la figura siguiente. La información sobre registros estadísticos y sobre la habilitación para el ejercicio profesional del personal sanitario capacitado en el extranjero abarca principalmente a personal médico y de enfermería y, en menor medida, de partería.

Figura. Puntos destacados de la información facilitada por 60 autoridades nacionales designadas utilizando el instrumento de presentación de informes nacionales (por artículo del Código), al 30 de septiembre de 2015



16. Aunque pareciera que existen pocos signos de apoyo internacional para la aplicación del Código, casi la mitad de los países que presentaron informes (28) han concertado acuerdos bilaterales, regionales o multilaterales sobre contratación de personal sanitario, lo que pone de manifiesto el carácter in-

terrelacionado de los mercados de trabajo del sector sanitario y la movilidad del mercado laboral. La mayoría de esos acuerdos, que conciernen predominantemente a personal médico y de enfermería, son anteriores a la adopción del Código y permanecen en vigor. Diez países suministraron nuevos datos sobre acuerdos regionales (que conciernen específicamente a la ASEAN, los países nórdicos y al Oriente Medio) relativos a dentistas, y tres países lo hicieron en relación con farmacéuticos.

17. Veinticinco países optaron por proporcionar información sobre el perfil de la entidad que presentaba el informe, así como cierta información sobre otras partes interesadas y organizaciones internacionales participantes en el proceso de presentación de informes.

Recopilación de nuevas pruebas sobre la movilidad del personal sanitario

18. De conformidad con las recomendaciones de los artículos 6 y 7 se obtuvo nueva información sobre el grado de movilidad internacional, mediante el módulo de migración del personal sanitario integrado en el instrumento de presentación de informes nacionales (para información sobre los datos obtenidos, véase el cuadro 2). De los 60 países que completaron el instrumento, 31 suministraron información opcional sobre disponibilidad de personal médico capacitado en el extranjero; 22 sobre el ingreso anual de personal médico capacitado en el extranjero; 27 sobre la disponibilidad de personal de enfermería capacitado en el extranjero; y 19 sobre el ingreso de personal de enfermería capacitado en el extranjero. Además, los países facilitaron información sobre los diferentes enfoques adoptados por los países de destino respecto de la acreditación y convalidación profesional. Aunque existían diferencias entre los países en cuanto a la disponibilidad de datos anuales, en general había sólidas posibilidades para continuar mejorando la recopilación de datos.

19. La comparación con bases de datos internacionales¹ confirma que siete de los principales países de destino para los migrantes internacionales tomaron parte en la segunda ronda de presentación de informes nacionales.² La comparación con los datos de la OCDE sobre migración de profesionales de la salud confirma que los informes presentados por Alemania, Australia, el Canadá, España, los Estados Unidos de América, Francia, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte representan casi el 75% del personal médico capacitado en el extranjero notificado por 26 países de la OCDE. A ese respecto, se observó cierta mejora en la segunda ronda de presentación de informes en lo que respecta a la participación de los principales países de destino.

¹ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2013). Trends in international migrant stock: the 2013 revision (Bases de datos de las Naciones Unidas, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2013).

² Esos países, y el porcentaje de todos los migrantes internacionales del mundo que en ellos viven son los siguientes: Estados Unidos de América (19,8%); Alemania (4,2%); Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte (3,4%); Francia (3,2%); Canadá (3,2%); Australia (2,8%); y España (2,8%).

Cuadro 2. Información relativa a los datos sobre personal médico capacitado en el extranjero obtenidos mediante el instrumento de presentación de informes nacionales por 60 autoridades nacionales designadas – al 30 de septiembre de 2015

Región de la OMS	Número de informes recibidos por la Secretaría	Disponibilidad de personal médico capacitado en el extranjero		Ingreso anual de personal médico capacitado en el extranjero	
		Número de países de los que se dispone de datos	Número medio de años (disponibilidad de datos)	Número de países de los que se dispone de datos	Número medio de años (disponibilidad de datos)
África	5	1	3	0	--
Las Américas	8	4	5.5	2	13
Asia Sudoriental	6	3	7	2	15
Europa	25	17	7	15	7
Mediterráneo Oriental	5	0	--	0	--
Pacífico Occidental	11	6	7	3	2
Total	60	31	7	22	8

FUTURAS ACTIVIDADES DE APLICACIÓN CONTINUA

20. La cantidad y la calidad de la presentación de informes de los Estados Miembros sobre la aplicación del Código ha mejorado considerablemente en la segunda ronda. Ha habido un incremento del 34% en el número de autoridades nacionales designadas, lo que tendrá una repercusión significativa en la aplicación del Código en esos Estados Miembros. Además, la participación de los principales países de destino (que representan más del 75% de toda la migración de médicos hacia países de la OCDE) no solo legitima el Código y sus artículos, sino que explica la creciente cantidad y calidad de los informes presentados.

21. El 34% de aumento supone una respuesta positiva a la afirmación, reiterada por el Grupo consultivo de expertos encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código, a tenor de cual es importante que los Estados Miembros designen una autoridad nacional, según se pide en el artículo 7.3 del Código, con el fin de facilitar el diálogo nacional, apoyar la aplicación y coordinar el intercambio de información y la presentación de informes.¹

22. Hasta la fecha, el 53% de las autoridades nacionales designadas han presentado un informe. La Secretaría está colaborando con los demás Estados Miembros que tienen autoridades nacionales designadas y todavía no lo han hecho, en el marco de la segunda ronda de presentación de informes nacionales (47%), y en 2016 presentará a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud un informe con una adición que incluirá información adicional.

¹ Véase el documento A68/32 Add.1.

23. Los Estados Miembros han enviado mensajes claros respecto de sus necesidades de integrar la aplicación del Código y su seguimiento en el análisis y la planificación generales del personal sanitario nacional. En 2015, la Asamblea de la Salud pidió a la Secretaría que ampliara a nivel mundial, regional y de país su capacidad para concienciar, proporcionar apoyo técnico y promover la aplicación eficaz del Código y la presentación de informes al respecto.¹ En el proyecto de estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 se tiene en cuenta esta petición² y se hace hincapié en la continuación de la aplicación del Código. En el proyecto de estrategia se subraya la creciente demanda de personal sanitario debido al crecimiento de la población y a la transición demográfica y epidemiológica. Esta demanda generará nuevas oportunidades de empleo, sobre todo en los países de ingresos medianos-altos y altos. Por tanto, es probable que se siga dependiendo de los profesionales sanitarios formados en el extranjero. El apoyo financiero de la Comisión Europea y del Gobierno de Noruega ha permitido a la OMS ejecutar un programa en pequeña escala para apoyar la aplicación del Código en cinco países; la respuesta a nuevas peticiones de los Estados Miembros dependerá de la disponibilidad de recursos técnicos y financieros en el bienio 2016-2017.

24. Los nuevos aspectos del desarrollo y la sostenibilidad del personal sanitario evaluados hasta la fecha en la segunda ronda de presentación de informes dan testimonio de los efectos favorables del Código para atraer la atención política hacia el empleo, la formación y la retención; la creciente sensibilización acerca del carácter mundial de la movilidad del personal sanitario, que requiere mejores vínculos bilaterales y multilaterales; y la necesidad de respuestas del Gobierno en su conjunto, con la participación de los ministerios de salud, educación, trabajo y otros. A ese respecto, las actividades futuras se deberán centrar en promover una comprensión más amplia de la sostenibilidad del personal sanitario en apoyo de los sistemas de salud y del logro de la cobertura sanitaria universal. Las opciones de política para orientar esas actividades se incluyen en el proyecto de estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

25. Se invita al Consejo a que tome nota del informe.

= = =

¹ Véase la decisión WHA68(11) relativa al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

² Véase el documento EB138/36.