



Contratación de personal de salud del mundo en desarrollo

Informe de la Secretaría

1. La pérdida de recursos humanos debida a la migración del personal sanitario profesional a países desarrollados da lugar generalmente a una pérdida de capacidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo para proporcionar una atención sanitaria equitativa. La migración del personal de salud también menoscaba la capacidad de los países de cumplir con los compromisos mundiales, regionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas relacionados con la salud, e incluso con el propio desarrollo. Los datos sobre la magnitud y las repercusiones de esa migración son incompletos y a menudo anecdóticos y no logran arrojar luz sobre las causas, entre ellas las altas tasas de desempleo, las malas condiciones de trabajo y los bajos sueldos. Aun entre los países de bajos recursos difiere el contexto de la migración. Algunos países, como la India y Filipinas, producen un excedente de personal de salud cuya emigración resultante genera ingresos por remesas. En efecto, se calcula que en el decenio pasado los ingresos de los países en desarrollo por concepto de remesas superaron toda la asistencia al desarrollo. En África, sin embargo, el éxodo masivo creciente de profesionales de la salud causa especial preocupación, agota los recursos humanos, contrarresta la inversión en capital humano, exacerba la escasez existente de personal y disminuye la capacidad de los servicios sanitarios para dar una atención adecuada y ofrecer una cobertura conforme. Los recientes estudios de la OMS documentan el creciente ritmo tanto de la migración interna como de la emigración.¹ El presente informe se centra en el continente africano.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MIGRACIONES EN ÁFRICA

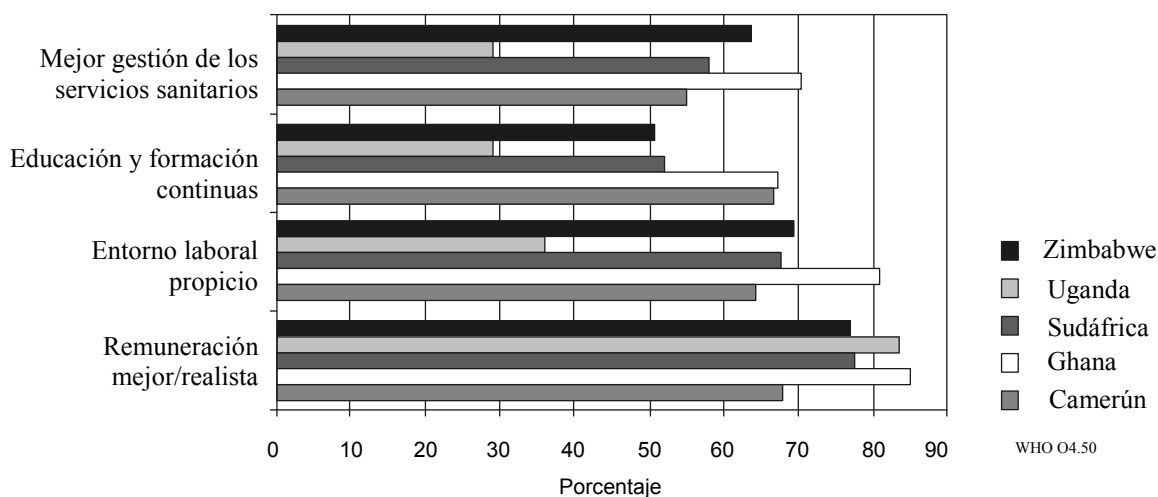
2. Los profesionales altamente capacitados constituyen un componente cada vez mayor de las corrientes mundiales de migración y actualmente representan alrededor del 65% de todos los migrantes económicamente activos que van a países altamente desarrollados; esta fuerza de trabajo sanitaria está compuesta por médicos, enfermeras, dentistas y farmacéuticos. La Organización Internacional para las Migraciones calcula que alrededor de 20 000 africanos dejan África cada año para trabajar en países industrializados. Aunque no se sabe exactamente cuántos profesionales de la salud se incluyen en

¹ Awases M. et al. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, Oficina Regional para África de la OMS, 2004, en prensa; Connell J. *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region*. Estudio encargado por la Oficina Regional para el Pacífico Occidental; Stilwell B. et al. *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges*. En *Human resources for health*, 2003; 1:8.

esa estimación, de un cuarto a dos tercios del personal sanitario entrevistado en el marco de un estudio reciente expresó la intención de migrar y señaló la gravedad de la situación.

3. La emigración está determinada predominantemente por las diferencias políticas y socioeconómicas entre los países. Los principales factores que impulsan a salir son la falta de formación continua y de perfiles claros de carrera, baja remuneración y malas condiciones de trabajo, conflictos políticos y guerras, mientras que entre los factores de atracción figuran mejores remuneraciones y niveles de vida, y oportunidades para el progreso educativo. La insatisfacción por la remuneración y las condiciones de trabajo son los factores determinantes (véase el gráfico).

Factores que intervienen en las decisiones de emigrar de los profesionales de la salud (datos de cinco países africanos)



4. Entre los esfuerzos desplegados por los países y los colaboradores del desarrollo para reducir la emigración del personal sanitario y sus repercusiones figuran el establecimiento de vínculos con los profesionales recién graduados, un mayor número de oportunidades para el avance profesional, la revisión periódica de los sueldos y la utilización de profesionales de la salud extranjeros. Por ejemplo, entre 1983 y 1999, más de 2000 ciudadanos altamente calificados y experimentados regresaron a 11 países que participaban en un programa de retorno y reintegración.¹ Sin embargo, la comparación de esa cifra con la estimación de unos de 20 000 que parten anualmente muestra que debe hacerse mucho más.

5. Las intervenciones para mitigar la migración y la fuga de cerebros han fracasado, en gran parte porque las condiciones socioeconómicas no han mejorado considerablemente y los enfoques han sido sólo parciales. La escasez de personal sanitario en África está exacerbada por las campañas de contratación de personal sanitario procedente de países en desarrollo que llevan a cabo organismos de países desarrollados. Los países de la OCDE reconocen que están intentando superar su aguda escasez de recursos humanos para la salud mediante, por ejemplo, la contratación de profesionales sanitarios procedentes de África. Un estudio reveló que, en la fuerza de trabajo de médicos y enfermeras de países de la OCDE, la proporción de médicos generalistas formados en estos países disminuyó entre 1991

¹ Migraciones para el desarrollo en África. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2002.

y 2000, mientras que el porcentaje de personal equivalente adiestrado en el extranjero aumentó.¹ Ese resultado es coherente con los resultados de un estudio sobre los principales países de destino del personal de salud que emigra de los países de la Región de África: Australia, Bélgica, el Canadá, los Estados Unidos de América, Francia, Nueva Zelandia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

EFFECTOS DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

6. No se pueden exagerar las consecuencias de la pérdida de recursos humanos en términos de aptitudes y cantidad respecto al tamaño total de la fuerza de trabajo sanitaria. Para los países pequeños, la pérdida de incluso un profesional sanitario capacitado puede provocar una escasez absoluta y la incapacidad para mantener los servicios básicos.

7. Las condiciones de trabajo difíciles, caracterizadas por grandes cargas de trabajo, falta de equipo, sueldos deficientes y pocas oportunidades de progreso han dado lugar a una mayor migración fuera de África y, en los países, a una migración del sector público al privado y de las zonas rurales a las urbanas. El efecto neto es el aumento del volumen de trabajo de los que se quedan, especialmente en las zonas rurales, donde el cuidado de las personas desfavorecidas causa estrés y desmotivación, lo que a su vez alienta a un número aún mayor de profesionales a migrar, y reduce la calidad de la atención de salud proporcionada en las instituciones. La sobrecarga del personal que trabaja en condiciones difíciles - por ejemplo, en uno de los países la relación entre pacientes ambulatorios y enfermeras aumentó de 623 en 1995 a 963 en 2000 en los hospitales de distrito - resulta en largos tiempos de espera para los pacientes. Además, la inequidad de acceso a la atención sanitaria está aumentando. Las zonas rurales siempre han estado desfavorecidas pero, con la pérdida del personal de salud, algunos establecimientos sanitarios ya no funcionan o son administrados por personal no calificado.

8. Al parecer, la calidad de la enseñanza ha disminuido en las escuelas de enfermería y obstetricia debido a la emigración del personal docente, y los formadores que se quedan no pueden hacer frente a la demanda de formación y de programas especializados de investigación que se precisan en África. En consecuencia, la calidad de la formación y la capacidad de aportar datos probatorios mediante la investigación están en peligro. La falta de supervisión y de tutoría es asimismo un motivo de inquietud; por causa de la emigración se está perdiendo personal superior experimentado.

OPCIONES DE POLÍTICA

9. Los países en desarrollo que padecen una escasez absoluta de fuerza de trabajo sanitaria necesitan intervenir con más determinación para evitar mayores pérdidas y reponer la fuerza de trabajo. Cada país tiene que hacer esfuerzos concertados a fin de ocuparse de estos factores y buscar apoyo para lo que esté más allá de sus capacidades. Las estrategias y políticas gubernamentales pueden influir en la capacidad del país para retener al personal de salud. Es más importante y más eficaz a largo plazo reducir o desalentar la migración que aumentar el personal sanitario capacitado. La motivación y las estrategias de retención son también esenciales.

10. Las personas tienen derecho a moverse y elegir, pero los países pobres no tienen ningún mecanismo para compensar la pérdida de las inversiones efectuadas para formar a los profesionales de la

¹ Grupo Especial del Proyecto de Salud de la OCDE, París, OCDE, 2003.

salud. El costo de esa formación asciende a cientos de millones de dólares anuales y, aunque las remesas benefician a muchos países, no hay manera de asegurar que se utilicen para compensar a los sectores de la educación o de la salud. Una posible política podría ser la estructuración de alguna forma de compensación directa que pagarían los países anfitriones a los países de origen, por ejemplo un impuesto o una proporción del sueldo pagado al personal sanitario contratado. Para los países de origen, encontrar la manera de que las remesas puedan canalizarse directamente al sistema de salud sería otro mecanismo de compensación.

11. Se están formulando y preconizando ampliamente códigos de ética con respecto a la migración, como el Código de Conducta del Commonwealth sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud. Sin embargo, en el mejor de los casos parecen tener un efecto transitorio, y es difícil saber cómo pueden aplicarse si carecen de reconocimiento jurídico. Los acuerdos detallados entre países podrían especificar más exactamente los plazos y las condiciones para la contratación de profesionales de la salud. Una opción clave es que el país beneficiario invierta en instituciones de formación en el país de origen, teniendo en cuenta que algunos países actuarán en efecto como proveedores de personal sanitario a otros países porque producen un excedente de profesionales de la salud.

12. Otras esferas de posible acción normativa comprenden convenios comerciales que reglamenten el movimiento transfronterizo de profesionales de la salud. El reconocimiento de la inevitabilidad de la migración y la creación de oportunidades para que los profesionales de salud vayan al extranjero durante periodos limitados se pueden incorporar en acuerdos bilaterales que contemplen la concesión de visados temporales, o acuerdos institucionales en los que se prevea la acogida o incluso el intercambio de trabajadores por un tiempo limitado.

13. Otro ámbito es el de la formación; las instituciones nacionales y regionales deben fortalecerse para incrementar el acceso a esos establecimientos y su utilización, a efectos de satisfacer las necesidades nacionales.

14. Las diferenciales salariales entre los países de origen y de destino son actualmente tan grandes que es poco probable que pequeñas reducciones afecten a las corrientes de migración. Se necesita investigar más para evaluar los factores determinantes y las repercusiones de la migración internacional en las diferentes etapas del desarrollo económico.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones dirigidas a los países y grupos de países

15. Cada país debe crear su propia estrategia en relación con la fuga de cerebros, por ejemplo establecer un programa de intervenciones encaminadas a contrarrestar la migración, con propuestas de examen y establecimiento de sistemas de incentivos salariales y de otro tipo, especialmente aplicables a las áreas subatendidas y las profesiones asistenciales. También se debe proceder a un examen general y a la aplicación de políticas y estrategias encaminadas a mejorar la retención de los trabajadores de salud.

16. Los países de origen deben:

- a) establecer y mantener sistemas apropiados de información sobre los recursos humanos, incluso una base de datos sobre la migración que aporte datos probatorios útiles para la formu-

lación de políticas, la planificación y la adopción cotidiana de decisiones, así como para vigilar los efectos de todo programa de intervención aplicado;

b) considerar la posibilidad de utilizar los recursos procedentes del alivio de la carga de la deuda y de programas de desarrollo y asistencia para aumentar los sueldos y los incentivos destinados a los trabajadores de salud; y

c) tratar de crear un ambiente sociopolítico favorable a la prestación de servicios de salud mejorando el suministro de equipo y medicamentos y extendiendo la educación continua de los trabajadores de salud para contribuir a la retención de éstos.

17. Todos los países deben adoptar, aplicar y respetar el Código de Conducta del Commonwealth sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud. Las organizaciones regionales e internacionales podrían apoyar la adopción y la aplicación de un código de conducta semejante y prever recursos financieros suficientes destinados al desarrollo de recursos humanos para la salud, incluso mediante incentivos.

18. Los países de origen deben acordar mecanismos de compensación por la pérdida de los trabajadores de salud capacitados que emigran a países desarrollados a fin de recuperar su inversión en la capacitación, para que la cuestión se pueda replantear a nivel de los Jefes de Estado y de Gobierno y sus contrapartes de la OCDE y del G8.

19. Se deben adoptar medidas para promover la cooperación internacional y beneficiar a todas las partes, por ejemplo mediante acuerdos nacionales bilaterales y programas internacionales de intercambio rotativo.

Recomendaciones dirigidas a los asociados internacionales

20. La recién establecida Comisión de las Naciones Unidas sobre las migraciones debe prestar una atención especial a la moderación del movimiento de trabajadores de salud, teniendo presentes los efectos graves que tiene su gran escasez en sistemas de salud ya debilitados. Agrupaciones regionales como la Nueva Alianza para el Desarrollo de África y la Unión Africana pueden utilizar los foros pertinentes para facilitar el diálogo entre los interesados directos.

21. La inversión en los recursos humanos para la salud, inclusive mediante la aplicación de estrategias favorables a la motivación y la retención por medios tales como conjuntos de incentivos para retener al personal sanitario, debe formar parte de los programas de desarrollo y asistencia. Recursos procedentes del alivio de la carga de la deuda también podrían utilizarse para mitigar la fuga de cerebros de los países en desarrollo.

22. También debe prestarse apoyo a programas como el de migración para el desarrollo en África, de la Organización Internacional para las Migraciones, que facilitarán los traslados periódicos, las intervenciones a distancia y el retorno a corto plazo y con el tiempo permanente de los africanos que han emigrado.

Acción de la OMS

23. La OMS podría colaborar con sus asociados en pro del desarrollo a fin de revisar sus prácticas de financiamiento y asistencia técnica con objeto de fortalecer los recursos humanos para la salud. Podría utilizar datos agregados de los países para vigilar las tendencias de las migraciones e informar

en consecuencia a los países. La OMS podría considerar la posibilidad de colaborar con la Secretaría del Commonwealth con miras a la adopción plena del Código de Conducta y la adhesión al mismo, y abogar en pro de su adopción y aplicación universales.

24. Las instituciones nacionales y regionales de capacitación se deben fortalecer para mejorar su función de extender la educación y la capacitación de trabajadores de salud en función del número y de la variedad de aptitudes pertinentes para satisfacer las necesidades de los respectivos sistemas de salud.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

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

= = =