Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO
144.ª reunión
Punto 6.3 del orden del día provisional

EB144/25
12 de diciembre de 2018

Recursos humanos para la salud

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

Informe del Director General

1. En virtud de la resolución WHA63.16, y tras seis años de deliberaciones, la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 2010 el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.[1]

2. El Código es un marco integral multilateral que promueve la cooperación y el intercambio de información sobre la migración del personal sanitario. Establece principios y prácticas éticos para la contratación internacional de ese personal y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Aun cuando no es vinculante, el Código incluye un sólido marco de seguimiento.

3. En 2016, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del segundo informe sobre la aplicación del Código.[2] Al concluir la segunda ronda, 74 Estados Miembros habían presentado informes nacionales, un aumento sustancial en relación con la primera ronda, en la que se recibieron informes de 56 Estados Miembros.

4. La presentación de este informe sobre la tercera ronda de informes nacionales se realiza en consonancia con lo dispuesto en los artículos 9.2 y 7.2 *c*) del Código. El contenido servirá de base para el segundo examen de la pertinencia y eficacia del Código, que tendrá lugar en 2019, con arreglo a lo solicitado por la Asamblea de la Salud en la decisión WHA68(11) (2015).

5. El presente informe se enmarca en el importante contexto de la adopción del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular en la Conferencia Intergubernamental encargada de Aprobar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, celebrada en Marrakech (Marruecos) los días 10 y 11 de diciembre de 2018. El texto final del documento incluye importantes vínculos con el Código. Cabe señalar también que en el informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre

[1] En la resolución WHA57.19 (2004) sobre Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo, la Asamblea de la Salud pedía al Director General que elaborase un código de prácticas sobre contratación de personal sanitario.

[2] Véase el documento WHA69/2016/REC/3, acta resumida de la cuarta sesión de la Comisión B, sección 2.

migración internacional y desarrollo[1] se destaca la importancia del Código y los datos relativos al personal sanitario para el programa general de migración.

Progresos logrados en la aplicación del Código

6. Con los recursos disponibles, la Secretaría apoyó la aplicación y el seguimiento del Código, en particular en lo concerniente a la asistencia técnica y la prestación de asistencia a los Estados Miembros, así como a la tercera ronda de presentación de informes nacionales por parte de las autoridades nacionales designadas.

Tercera ronda de presentación de informes nacionales: procesos y resultados

Autoridades nacionales designadas

7. Al 4 de octubre de 2018, 113 Estados Miembros habían proporcionado información de contacto correspondiente a sus autoridades nacionales designadas encargadas del intercambio de información sobre la migración de personal sanitario y la aplicación del Código durante la tercera ronda (véase el cuadro 1 y la figura 1); 24 Estados Miembros lo hicieron por primera vez.

Cuadro 1. Número de autoridades nacionales designadas, desglosado por región de la OMS

Región	Primera ronda de presentación de informes (2012-2013)	Segunda ronda de presentación de informes (al 30 de septiembre de 2015)	Tercera ronda de presentación de informes (al 4 de octubre de 2018)
África	**13**	**12**	**13**
Las Américas	**11**	**15**	**14**
Asia Sudoriental	**4**	**7**	**10**
Europa	**43**	**43**	**42**
Mediterráneo Oriental	**8**	**13**	**16**
Pacífico Occidental	**6**	**24**	**18**
Total	**85**	**114[a]**	**113**

[a] Cifra consolidada de autoridades nacionales designadas confirmada durante las rondas de presentación de informes primera y segunda.

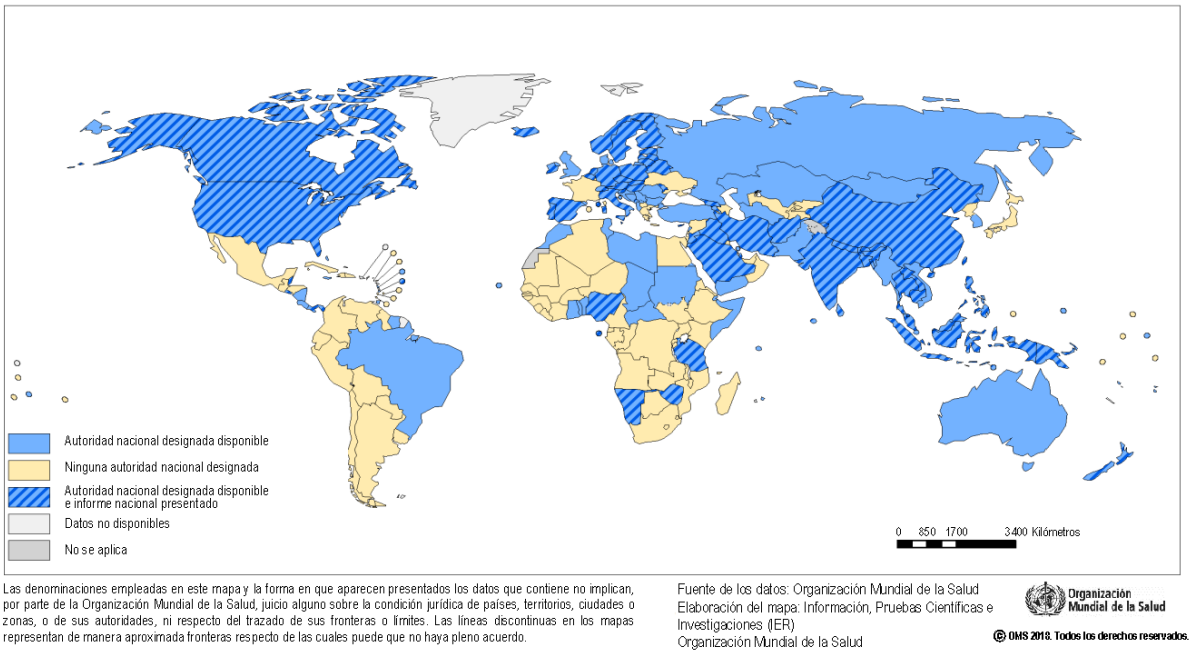
Presentación de informes nacionales: estado al 4 de octubre de 2018

8. Los Estados Miembros y la Secretaría colaboraron para simplificar el instrumento nacional de presentación de informes y, al mismo tiempo, preservar la coherencia con sus anteriores presentaciones. Los elementos de los datos se armonizaron con el instrumento y con la presentación de informes sobre cuentas nacionales del personal de salud (conforme a lo solicitado por la Asamblea de la Salud a los Estados Miembros en la resolución WHA69.19 (2016)). Además, se fortaleció el instrumento de presentación de informes y actividades de extensión de las partes interesadas independientes, con miras a mejorar la participación de las «partes interesadas pertinentes» en el proceso de presentación de informes.

[1] Documento 73/286 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

9. Al 4 de octubre de 2018, 63 Estados Miembros (véase el cuadro 2) habían presentado un informe nacional.[1] Esos 63 Estados Miembros albergan casi a dos terceras partes de la población mundial, y 16 de los 63 países presentaron informes por primera vez.

Figura 1. Estado de las autoridades nacionales designadas e informes nacionales presentados, desglosado por Estados Miembros, al 4 de octubre de 2018



Cuadro 2. Número de autoridades nacionales que presentaron informes a la Secretaría, desglosado por región de la OMS

Región	Primera ronda de presentación de informes (2012-2013)	Segunda ronda de presentación de informes (al 30 de septiembre de 2015)	Tercera ronda de presentación de informes (al 4 de octubre de 2018)		
	Informes presentados	Informes presentados	Informes presentados	Informes en preparación	Presentados/en preparación
África	2	5	5	2	7
Las Américas	4	8	7	2	9
Asia Sudoriental	3	6	9	0	9
Europa	40	25	29	4	33
Mediterráneo Oriental	3	5	6	5	11
Pacífico Occidental	4	11	7	3	10
Total	56	60	63	16	79

[1] Durante la actual ronda presentaron informes los Estados Miembros siguientes: Afganistán, Alemania, Arabia Saudita, Armenia, Austria, Bangladesh, Belarús, Bélgica, Belice, Bhután, Camboya, Canadá, Chequia, China, Chipre, El Salvador, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Filipinas, Finlandia, Georgia, Hungría, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Iraq, Irlanda, Islandia, Italia, Jordania, Letonia, Lituania, Malasia, Maldivas, Malta, Mónaco, Montenegro, Namibia, Nepal, Nueva Zelandia, Nigeria, Noruega, Países Bajos, Panamá, Papua Nueva Guinea, Polonia, Portugal, Qatar, República de Moldova, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzanía, Santa Lucía, Santo Tomé y Príncipe, Sri Lanka, Suecia, Suiza, Tailandia, Timor-Leste, Trinidad y Tabago y Zimbabwe.

10. Es particularmente evidente el sólido compromiso de la Región de Asia Sudoriental, en la que más de tres cuartas partes de sus Estados Miembros presentaron un informe nacional.

Resultados seleccionados entre los informes nacionales presentados (n = 63)

11. Un total de 57 Estados Miembros proporcionaron datos cuantitativos, y 52 Estados Miembros comunicaron datos sobre las cinco profesiones del sector sanitario (odontología, partería, enfermería, farmacia y medicina), que representan la mayor parte de las profesiones sanitarias reglamentadas y son las más estrechamente relacionadas con la migración internacional. Por otra parte, 42 Estados Miembros notificaron información sobre la proporción de profesionales sanitarios nacidos y/o capacitados en el extranjero, con datos desglosados por país de capacitación, disponibles en el caso de 26 Estados Miembros. Esta cifra representa una mejora respecto de la segunda ronda de presentación de informes, que tuvo lugar en 2016.

12. Los datos presentados por los Estados Miembros ofrecen una nueva perspectiva de la movilidad internacional de los profesionales de odontología, partería y farmacia.

13. Los datos sobre profesionales sanitarios nacidos y/o capacitados en el extranjero evidencian una distinción borrosa entre los países de origen y destino. De ello puede inferirse que el relato binario y simplista relativo a los países de origen y destino, o emisores y receptores, es obsoleto. Algunos países a los que se había identificado anteriormente como países de origen dependen, también ellos, de profesionales sanitarios capacitados en el extranjero.[1]

14. Asimismo, los Estados Miembros informaron sobre políticas y procesos compatibles con el Código. Un 70% de los Estados Miembros (44 de los 63) declararon que habían adoptado medidas para aplicar el Código. De esos 44 Estados Miembros, 27 indicaron que estaban introduciendo o examinando leyes y políticas compatibles con el Código, y 23 señalaron que estaban alentando y promoviendo buenas prácticas compatibles con el Código entre los organismos de contratación.

15. Casi la mitad de los Estados Miembros (29 de los 63) notificaron que tenían acuerdos bilaterales, regionales o multisectoriales relativos a la contratación y la migración internacionales de personal sanitario. De esos 29 Estados Miembros, 23 indicaron que las recomendaciones del Código se habían incorporado en los acuerdos. En particular, se notificaron a la Secretaría 55 acuerdos bilaterales, multilaterales y regionales relativos a la contratación y la migración internacionales,[2] y se comunicaron a la Secretaría textos y enlaces de Internet concernientes a 30 acuerdos bilaterales, multilaterales y regionales.

16. Esta información complementa las conclusiones del análisis de la Secretaría respecto del acuerdo sobre el comercio de servicios notificado a la OMC, disponible en el Integrated Trade Intelligence Portal, en el que se identificaban otros 12 acuerdos que incluían un componente de movilidad de los profesionales sanitarios.

17. Más de tres cuartas partes de los Estados Miembros, 50 de los 63, solicitaron asistencia técnica de la Secretaría para fortalecer la aplicación del Código. Las solicitudes incluyeron la petición de asistencia en esferas relativas al mejoramiento de datos, el diálogo sobre políticas y el desarrollo, así como

[1] Por ejemplo, se notificaron los siguientes porcentajes de profesionales sanitarios capacitados en el extranjero: 83% de los médicos en Bhután; 12% de los médicos en El Salvador; 10% de los dentistas en la República Islámica del Irán; 70% de los médicos en Jordania; 11% de los médicos, 9% de los farmacéuticos y 7 % de las enfermeras del sector público de la República Democrática Popular Lao, y proporciones que alcanzan al 40% en el sector privado; y 17,5% de los médicos y 50% de los farmacéuticos en Zimbabwe.

[2] Adicionalmente, China identificó acuerdos de cooperación intergubernamental relativos al personal sanitario con 56 países.

la elaboración de acuerdos bilaterales. Además, los Estados Miembros pidieron a la Secretaría que reforzara las actividades de interés para todos los países, en particular: el desarrollo, la negociación y la aplicación de acuerdos bilaterales; el examen de los criterios y la lista de países con escasez crítica de profesionales sanitarios; y el mejoramiento de la red de autoridades nacionales designadas para facilitar más aún el intercambio de información.

Informes de las partes interesadas independientes

18. Al 4 de octubre de 2018 se habían presentado a la Secretaría 14 informes de partes interesadas independientes. Esa cifra supone una mejora respecto de la segunda ronda, en la que solo se presentó uno de esos informes. Los 14 informes presentados en la tercera ronda provenían de diferentes partes interesadas, tales como círculos académicos, sociedad civil, órganos nacionales de reglamentación y federaciones internacionales. Los informes incluían estudios de casos nacionales, informes sobre los progresos alcanzados y recomendaciones para la aplicación del Código, descripción y perspectiva de acuerdos bilaterales, y solicitudes de asistencia técnica.

Apoyo específico para la aplicación del Código en los países y el mundo

Ayuda de la Unión Europea y Noruega

19. La ayuda financiera de la Unión Europea y el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo permitieron a la Secretaría prestar apoyo específico para promover la aplicación del Código a escala mundial y en cinco países, a saber, India, Irlanda, Nigeria, Sudáfrica y Uganda. Los trabajos proporcionaron una comprensión más dinámica de la migración de profesionales sanitarios, con un importante movimiento intrarregional Sur-Sur y Norte-Sur. Además, ello ha influido en el diálogo normativo y su desarrollo.[1]

Establecimiento de la Plataforma Internacional sobre la Movilidad del Personal Sanitario

20. En 2016, como respuesta al volumen y la complejidad crecientes que había cobrado la migración de profesionales sanitarios, la Comisión de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico pidió a la OIT, la OCDE y la OMS que establecieran una plataforma internacional sobre la movilidad del personal sanitario, a fin de promover el diálogo, los conocimientos y la cooperación internacional en esa esfera, y contribuir al mejoramiento de la aplicación del Código. En 2017, en virtud de la resolución WHA70.6 sobre Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021), cuya aplicación recibió el respaldo de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el marco de la resolución 71/159.

21. En la primera reunión de la Plataforma Internacional (Dublín, 14 de noviembre de 2017), celebrada paralelamente al Cuarto Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, los Estados Miembros y los representantes de organizaciones regionales e internacionales intercambiaron información

[1] Véase A dynamic understanding of health worker migration (www.who.int/hrh/HWF17002_Brochure.pdf, consultado el 29 de octubre de 2018).

sobre los desafíos y las oportunidades para maximizar los beneficios derivados de la movilidad del personal sanitario.[1]

22. La siguiente reunión de la Plataforma Internacional (Ginebra, 13 y 14 de septiembre de 2018) contó con la asistencia de 30 Estados Miembros. Los participantes examinaron medidas políticas prometedoras y propusieron medidas estratégicas orientadas a mejorar la gestión y la gobernanza de la movilidad del personal sanitario. Al igual que en la tercera ronda de presentación de informes, los Estados Miembros pidieron a la Secretaría que fortaleciera el intercambio de información; apoyara el desarrollo, la aplicación y el seguimiento de los acuerdos bilaterales; examinara los criterios y la lista de países con escasez crítica como parte del segundo examen de la pertinencia y eficacia del Código; reforzara la información y las políticas a nivel nacional; y mantuviera repositorios de conocimientos en las áreas pertinentes (que incluyeran, por ejemplo, textos de acuerdos bilaterales y marcos nacionales de competencias, e identificar las cualificaciones en las jurisdicciones).[2]

Actividades futuras

23. En colaboración con los Estados Miembros y partes interesadas independientes, la Secretaría procurará seguir fortaleciendo la presentación de informes sobre la tercera ronda, antes de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud.

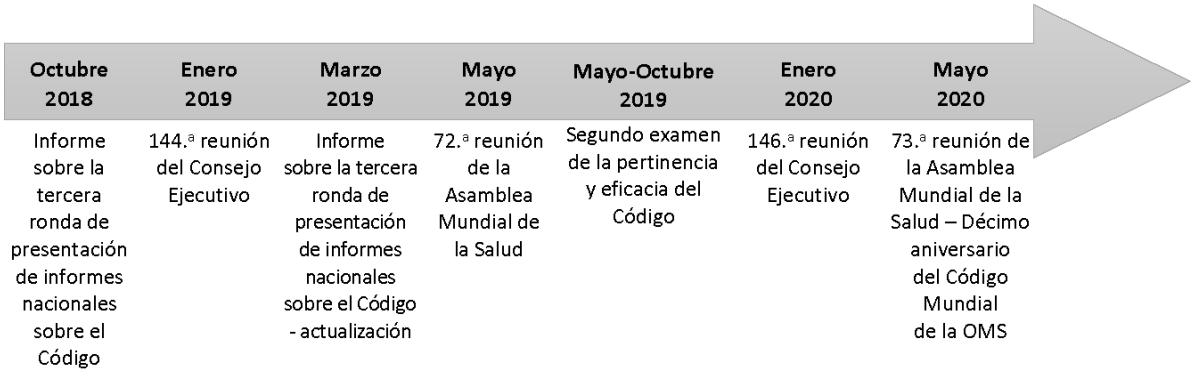
24. La Secretaría procurará prestar apoyo en respuesta a todas las peticiones de asistencia técnica formuladas por los Estados Miembros y las partes interesadas independientes. En 2018, el número de peticiones de los Estados Miembros ascendió a 50, lo que supone un aumento considerable. A fin de satisfacer ese nivel de la demanda, la Secretaría, la OIT y la OCDE mantendrán el diálogo con Estados Miembros, organismos bilaterales y multilaterales y entidades filantrópicas, a fin de identificar recursos financieros para el Fondo fiduciario de asociados en la iniciativa Working for Health, que actúa como un mecanismo colectivo para aplicar el Código y la Plataforma Internacional sobre la Movilidad del Personal Sanitario.

25. Según se pide en la decisión WHA68(11) (2015) de la Asamblea de la Salud sobre el Código y se indica en el plazo mencionado en la figura 2, la Secretaría está preparando la futura evaluación de la pertinencia y eficacia del Código. Las conclusiones del segundo examen, que se prevé realizar en el periodo mayo-octubre de 2019, se presentarán a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud.

[1] Véase, http://www.who.int/hrh/news/2017/high_level-dialogue-int-health-worker-migration-meeting-summary.pdf?ua=1 (consultado el 29 octubre de 2018).

[2] Véase, http://www.who.int/hrh/migration/InternationalPlatformHealthWorkerMobilityMeetingNotes.pdf?ua=1 (consultado el 29 de octubre de 2018).

Figura 2. Calendario de evaluación ulterior del Código



26. Para el segundo examen de la pertinencia y eficacia del Código se adoptará el mecanismo aplicado satisfactoriamente en el primer examen.[1] Como se hizo en el primer examen, el Director General convocará un grupo consultivo de expertos para que prepare y realice el examen. Ese grupo tendrá 20 miembros, de los cuales 12 serán representantes de Estados Miembros (dos por cada región de la OMS) y 8 representantes de organizaciones con conocimiento institucional sobre el desarrollo, la negociación y la aplicación del Código, así como expertos particulares. Entre sus miembros, el grupo elegirá dos copresidentes. La Secretaría prestará apoyo a la labor del grupo consultivo de expertos.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

27. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe y pida a la Secretaría que someta a la consideración de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud una versión actualizada; aliente a todos los Estados Miembros a nombrar una autoridad nacional e informar durante la tercera ronda de presentación de informes nacionales; y solicite al Director General que siga adelante con el segundo examen de la pertinencia y eficacia del Código.

= = =

[1] Según figura en el documento EB136/28, del que el Consejo Ejecutivo tomó nota en su 136.ª reunión (véase el documento EB136/2015/REC/2, acta resumida de la octava sesión, sección 3).