

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 132.ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe y pidió que se ampliaran algunos aspectos en el informe que se presentará a la Asamblea de la Salud.¹
2. 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.

SITUACIÓN ACTUAL

3. Cerca de tres años después de la adopción del Código, la presencia de autoridades nacionales designadas es incompleta: la gran mayoría de los informes de país proceden de una única región de la OMS. 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 84 países (véase el cuadro *infra*); tres cuartas partes de esas autoridades tienen su base en el ministerio de salud.

¹ Véase el documento EB132/23 y el acta resumida de la decimocuarta sesión de la 132.ª reunión del Consejo Ejecutivo, sección 1.

4. Los países informantes abarcan más del 80% de la población mundial residente en los países de destino, pero solo reflejan la situación en una minoría de países de origen. Prosiguen los esfuerzos por ampliar el alcance de la información, con el fin de resolver esta discrepancia. Treinta y dos países informaron de que habían tomado medidas para aplicar el Código. 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 que abarque los temas siguientes: derechos jurídicos de los migrantes, acuerdos bilaterales, investigación sobre la movilidad del personal sanitario, estadísticas y reglamentación de las licencias de ejercicio profesional. 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. A fecha de 21 de febrero de 2013, habían dado cuenta de la aplicación del Código utilizando el instrumento nacional de presentación de informes las autoridades nacionales designadas de 51 países. De esos 51 informes, 36 provenían de la Región de Europa (véase el cuadro *infra*).

Cuadro. Número de autoridades nacionales informantes designadas que se han establecido, por región, y número de informes recibidos hasta el 21 de febrero de 2013

Región de la OMS	Número de autoridades nacionales designadas establecidas	Número de informes recibidos utilizando el instrumento nacional de presentación de informes
África	13	1
Las Américas	11	4
Asia Sudoriental	4	3
Europa	42	36
Mediterráneo Oriental	8	3
Pacífico Occidental	6	4
Total	84	51

5. El principal reto consiste en garantizar la participación de todos los interesados principales implicados en los procesos de toma de decisiones sobre la migración de personal sanitario y la contratación internacional. La multitud de partes interesadas de carácter público y privado de diferentes sectores complica la observancia de un conjunto básico de principios.

6. Otro reto está en relación con la migración del personal sanitario: faltan datos coordinados y completos; los datos existentes suelen ser compartidos por múltiples organismos y entidades de un mismo país y de diferentes países. Son necesarios más esfuerzos y más cooperación técnica para mejorar los sistemas de información sanitaria existentes, en particular información sobre leyes y reglamentaciones relacionadas con la contratación de personal sanitario.

7. 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 Europa¹ 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.

8. Varios Estados Miembros han señalado también que falta información sobre la escala de la migración (de los países de origen) y datos sobre sus repercusiones en la planificación del personal sanitario (en los países de destino).

9. Los informes de las autoridades nacionales designadas aportan más detalles sobre la situación del personal sanitario migrante en lo que se refiere a sus derechos jurídicos, la contratación y la reglamentación del ejercicio de la profesión (véase la figura *infra*). La información proporcionada por los registros estadísticos y las autorizaciones concedidas para el ejercicio profesional de personal formado en el extranjero se refiere sobre todo al personal médico, de enfermería y de partería.

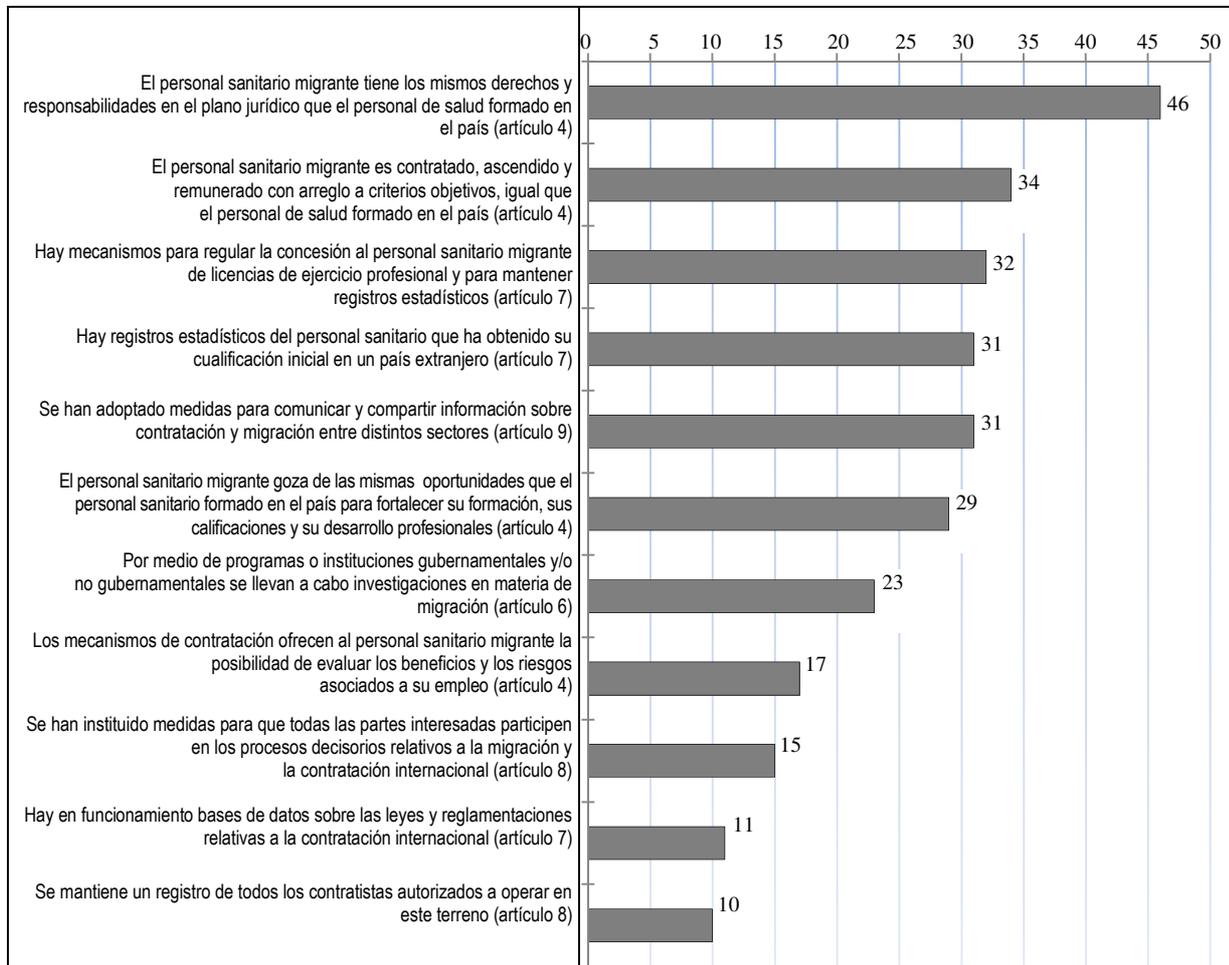
10. Un examen conjunto de la OMS y el Instituto de Políticas de Migración ha aportado más información.² Tan solo cuatro países miembros de la OCDE cuentan con el 72% del personal de enfermería y el 69% de los médicos nacidos en el extranjero que trabajan en los países miembros de esa organización: Australia, Canadá, Estados Unidos de América y Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Las tendencias de los inlfujos de personal sanitario varían entre esos cuatro países. También está cambiando la forma en que los países de destino tratan el registro y la recertificación profesionales.

11. Desde la adopción del Código, las organizaciones de la sociedad civil han informado de la aparición de nuevos problemas, como las medidas de austeridad económica que están afectando a los sistemas nacionales de salud; el giro de la atención hacia los desequilibrios de la distribución del personal sanitario dentro de la Unión Europea, o la interacción insuficiente entre las organizaciones no gubernamentales de desarrollo y otros interlocutores de la sociedad civil que tienen intereses en el desarrollo del personal sanitario, como las federaciones de pacientes, los sindicatos o las asociaciones profesionales.

¹ *Civil society contribution and advocacy for implementing the WHO global code in the European Region: country case studies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en imprenta.

² *Immigration and the healthcare workforce since the global economic crisis: report for the World Health Organization*. Washington, DC, Migration Policy Institute, en imprenta. Véase también *International Migration Outlook: SOPEMI Edición de 2007*.

Figura. Aspectos más destacados de la información obtenida por las 51 autoridades nacionales designadas que utilizan el instrumento nacional de presentación de informes (por artículo del Código).



Convenios

12. 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

13. 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 informaron 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.

14. La OMS está colaborando con la Unión Europea en la elaboración de un plan de acción para el personal de salud destinado a aunar los esfuerzos de los Estados Miembros para responder a grandes 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.

Fortalecimiento de la enfermería y la partería

15. En el documento *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011-2015* (Orientaciones estratégicas para fortalecer los servicios de enfermería y partería 2011-2015), la OMS hace hincapié en la cobertura sanitaria universal y en la atención centrada en las personas en el contexto de la atención primaria.¹ La prevención y control de las enfermedades no transmisibles es uno de los componente prioritarios. En colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras y la Confederación Internacional de Matronas, se celebró un foro mundial de jefes de servicios de enfermería y partería sobre enfermedades no transmisibles en el que participaron 70 países. La declaración resultante de ese foro sobre la función del personal de enfermería y partería demostró el claro compromiso de llevar adelante la agenda sobre enfermedades no transmisibles. Al foro le siguió la reunión tripartita en la que participaron 74 jefes de servicios de enfermería y partería, representantes de las asociaciones nacionales de personal de enfermería y partería y organismos de reglamentación de estas profesiones. Se abordaron cuestiones fundamentales para el desarrollo de estas profesiones, la prestación de atención de enfermería y partería de calidad y la reglamentación efectiva de ambas profesiones. Como apoyo a esta labor, se ha publicado un documento titulado *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases* (Mejora de la capacidad de enfermería y partería para contribuir a la prevención, tratamiento y gestión de las enfermedades no transmisibles). Otros eventos mundiales para poner en práctica las orientaciones estratégicas han sido una reunión de 60 expertos, planificadores de políticas y asociados mundiales sobre la cuestión del desarrollo del profesorado en el ámbito de la partería y las normas de referencia para los servicios de partería.² Se ha completado en 22 países un estudio sobre la enfermería en el ámbito de la salud comunitaria, destinado a identificar los factores que influyen en ella. En el estudio se incluyeron factores relacionados con: la formación teórica y práctica, la reglamentación, el ejercicio de la profesión, funciones, tendencias normativas y estrategias viables para optimizar su contribución a la atención primaria y, en particular, a la atención centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal.

¹ Documento WHO/HRH/HPN/10.1, disponible en <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> (página consultada el 19 de marzo de 2013).

² Global consultation on producing and developing an appropriate midwifery workforce for low- and middle- income countries, Ginebra, 4-6 de diciembre de 2012.

16. En la Región del Mediterráneo Oriental se ha elaborado una estrategia de fortalecimiento de la enfermería y la partería (2012-2020) que sirva como base para ayudar a los países a elaborar sus respectivos planes. Se han establecido consejos de enfermería y partería en tres Estados Miembros. En la Región de Europa se han elaborado orientaciones estratégicas para la enfermería y la partería (2011-2015) y un plan de acción. En la Región de las Américas, se han establecido 28 redes de enfermería con planes de trabajo sobre la formación, el ejercicio de la profesión y la investigación en los que se hace hincapié en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la atención primaria. Los ministerios de salud de nueve países y los comités subregionales han aprobado un plan para el desarrollo de la enfermería en Centroamérica. En la Región de África se han elaborado prototipos regionales de planes de estudios basados en las competencias para los programas de formación en enfermería y partería previos al servicio, así como un marco de reglamentación profesional. Su objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de los programas de formación en los Estados Miembros. Entre otras nuevas actividades se encuentran el establecimiento de un programa de salud mental comunitaria para personal de enfermería y partería en Sri Lanka (Región de Asia Sudoriental), el lanzamiento de un plan de estudios sobre seguridad del paciente para profesionales sanitarios y un mayor desarrollo de la formación en materia de enfermería, con énfasis en la atención primaria, en la Región del Pacífico Occidental.

DIFICULTADES DE CARA AL FUTURO

17. A la hora de aplicar las resoluciones WHA63.16 y WHA64.7 es preciso responder a diversas dificultades, tales como 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.

18. El compromiso político es esencial para hacer frente a la crisis de personal sanitario; ese compromiso debe llevar apareadas las correspondientes inversiones. Las medidas para potenciar las capacidades institucionales e individuales de planificación, así como la formación de recursos humanos para los observatorios de la salud, exigen tiempo antes de surtir efectos significativos.

19. Para que las resoluciones se apliquen, hay una necesidad urgente de ampliar los observatorios nacionales y regionales sobre el personal sanitario. Mediante ese mecanismo se podrán fomentar los principios del Código con diversas intervenciones de creación de capacidades y desarrollo normativo destinadas a mejorar los conocimientos sobre elementos tales como la producción, contratación, distribución, fidelización y movilidad, todos ellos importantes para el personal sanitario.

20. La OMS aprovechará las bases ya establecidas para apoyar el fortalecimiento de la enfermería y la partería a nivel mundial en las áreas de políticas, gestión, formación, reglamentación y ejercicio de la profesión y para llevar adelante negociaciones multilaterales en el marco del Código.

21. La actual crisis económica planetaria y los crecientes niveles de desempleo no han inducido un sustancial aumento de las migraciones ni los despidos de personal sanitario. Sin embargo, parece ser 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.

22. 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 este 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 mundial y multidimensional que exige una estrategia mundial integral 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 sanitaria universal, por consiguiente, será fundamental abordar la crisis de personal de salud desde planteamientos renovados.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

23. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

= = =