

VIII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTRAS Y MINISTROS DE SALUD

5 Y 6 DE OCTUBRE DE 2006
COLONIA DEL SACRAMENTO, URUGUAY

LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, SITUACIÓN, PERSPECTIVAS Y SUGERENCIAS PARA LA ACCIÓN

SEPTIEMBRE 2006

MINISTERIO DE SALUD DE URUGUAY
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, SITUACIÓN, PERSPECTIVAS Y SUGERENCIAS PARA LA ACCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Migraciones es el tema central de la XVI Cumbre Iberoamericana, convocada para el 27 y 28 de octubre de 2006 en Montevideo, capital de la República Oriental del Uruguay. El objetivo de los Mandatarios de los 22 países miembros es analizar el proceso actual de las migraciones de personas de unos a otros países, regiones y continentes, los problemas que se plantean y las posibles soluciones.

En este contexto, la migración del personal de salud constituye un problema en aumento en la región de las Américas, de graves consecuencias en el Caribe del Este y algunos países de Centroamérica, y con incipientes pero amenazantes efectos en países de América del Sur. En los últimos años la emigración ha creado problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud en algunos países y se ha convertido en tema de discusión en los foros internacionales, buscando modos efectivos y accesibles para enfrentar esta situación. Siendo preocupación común a los países de Iberoamérica se ha considerado conveniente traerlo a la discusión.

La información sistemática sobre migración de personal de salud es inexistente en la Región. Son escasos los estudios que abordan de manera específica este problema, aunque en los últimos años ha mejorado la disponibilidad de información. El déficit de información afecta la posibilidad de análisis en profundidad y la definición de propuestas e intervenciones.

2. MIGRACIÓN UNA VISIÓN GENERAL DEL FENOMENO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

La migración internacional ocupa un lugar importante en los medios de comunicación y también en la discusión de los países receptores. Según las Naciones Unidas el número de personas involucradas en estos movimientos han crecido sostenidamente en la segunda mitad del siglo XX y los datos disponibles indican que las personas nacidas en un territorio diferente al que residían en 1965 eran 75 millones y que en el año 2002 esa cifra llega aproximadamente a los 175 millones. Europa alberga la mayor cifra de inmigrantes, pero Norteamérica y Oceanía son las regiones donde el peso sobre el total de la población es mayor.

Si nos atenemos sólo al impacto cuantitativo del movimiento migratorio, podría pensarse en un fenómeno de menor cuantía, pues el total de migrantes representa alrededor del 2,9 % del total de los habitantes del planeta. Ahora bien, lo cierto es que su real importancia radica en otros aspectos.

En primer lugar, en los países de emigración alta, si bien los significados —y también las opiniones que el tema suscita— son de gran diversidad, su impacto sobre la vida social y económica es de gran relevancia.

En segundo lugar, en los países de recepción, los migrantes se encuentran particularmente concentrados en las llamadas “ciudades globales”, puntos de convergencia del poder económico y político, de la administración de la riqueza y del conocimiento, donde la inmigración produce una sensibilidad especial y por último, los lugares de origen de los migrantes se han multiplicado en forma significativa.¹

¹ Serie Población y Desarrollo 35 La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. Adela Pellegrino Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Chile marzo 2003.

La expresión “migración internacional” comprende un amplio abanico de movimientos de población, las razones de esos movimientos y la condición jurídica de los migrantes, que determina por cuanto tiempo pueden permanecer en un país de acogida y en que condiciones.

La cifra de 175 millones mencionada mas arriba comprende entonces: los trabajadores migratorios, los inmigrantes permanentes, los refugiados y los solicitantes de asilo, pero no incluye al movimiento cada vez mayor de irregulares o indocumentados que caracterizan la migración mundial.²

En general, los estudios de las migraciones tienen como componente principal los impactos sobre el país receptor, y por ser un fenómeno de magnitud creciente y de una presencia mediática fuerte en los medios de comunicación, hace que se diluyan los otros componentes del fenómeno que involucran a los países de donde provienen los migrantes.

Tanto el análisis general del fenómeno como el particular que caracteriza a esta VIII Conferencia intenta incorporar los dos componentes en un adecuado equilibrio.

Asimismo se agrega el hecho que en el caso particular de los recursos humanos en salud, el enfoque de los estudios se han centrados en otras regiones como el Africa, con una falta de sistematización del fenómeno en el conjunto de Iberoamérica.

3. EL PROBLEMA, SU MAGNITUD Y SUS TENDENCIAS

La dinámica de la migración del personal de salud es compleja y está constituida por flujos de distinto tamaño y que operan en diversas direcciones. En mayor o menor medida afecta a todos los países y algunos, según el nivel de dinamismo de los mercados nacionales de trabajo en salud, son simultáneamente expulsores y receptores de personal de salud.

La participación de los profesionales de salud extranjeros en los países de la OECD llega al 30% de su fuerza de trabajo y hay evidencia de tendencias al crecimiento de este fenómeno durante la última década, en especial para el personal de enfermería.³

Una investigación realizada en los EEUU, Reino Unido, Canadá y Australia,⁴ indica que entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en esos países son graduados en el exterior y que entre el 40% y el 75% de esos médicos, provienen de países pobres. Con relación a las Américas, en los cuatro países estudiados se desempeñan 1.589 médicos jamaquinos, que equivalen al 70% de los que lo hacen en su país; 1.067 haitianos, que equivale al 55% de los médicos en Haití; 3.262 dominicanos, tantos como el 21% de los que actúan en su país y cifras variables de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos que equivalen del 5 al 4% de los médicos que permanecen en esos países. Es particularmente significativo el caso de Haití, con el menor número de médicos por población en las Américas, que tiene una alta tasa de emigración de médicos, que equivalente al 55% de su fuerza de trabajo médico, esto sin considerar destinos diferentes a los cuatro países analizados. En el estudio mencionado se omitieron los países que tienen menos de 1.000 médicos, por lo que no figuran los países del Caribe inglés, con excepción de Jamaica, lo cual cobra interés si se considera que la tasa de puestos vacantes llega al 35% en algunos países del Caribe inglés.

Canadá y México son los países de mayor emigración de RRHH en salud en la Región relacionada con su proximidad al demandante mercado de trabajo en salud de los Estados Unidos, que tiene actualmente 170.000 vacantes de enfermeras y se espera que este número crezca a 260.000 para el año 2010 (ese déficit corresponde al 90% de las enfermeras en América Latina y el Caribe). Se prevé un incremento del 3% de enfermeras de origen extranjero en todos los estados de la unión americana, cifra que en números absolutos

² Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos. Organización Mundial de la Salud (OMS) Diciembre 2003.

³ Human Resources for Health, Overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Harvard University Press 2004.

⁴ Fitzhugh Mullan M.D., The Metrics of the Physician Brain Drain, New England Journal of Medicine, October 2005, Volume 353:1810-1818.

será mayor a la de los egresados de su propio sistema educativo. Al mismo tiempo, el Reino Unido y Canadá esperan un déficit de enfermeras para 2010 de 10% y 33% respectivamente, mientras en la actualidad emplean el 8 % y el 6% de enfermeras extranjeras.⁵

La demanda anual de residentes de especialidades médicas en los Estados Unidos supera en unos 6.000 a los médicos que egresan de las escuelas de medicina de ese país, por lo que estas plazas son cubiertas con médicos provenientes del exterior, de los que muchos terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país.⁶

Australia, Canadá y los EEUU han modificado su legislación creando visas temporales y expandiendo las prácticas profesionales que estas abarcan, para aumentar sus trabajadores calificados.⁷ En la Comunidad Económica Europea los requisitos educacionales de formación universitaria para profesionales de enfermería, y un insuficiente contingente profesional con esta preparación, hacen que organizaciones privadas en países como Italia, movilicen la migración de enfermeras de países latinoamericanos.⁸

Odontólogos, farmacéuticos y técnicos en general también emigran pero en estos casos no hay información disponible.⁹

En la Región se destacan dos procesos en los que los profesionales de salud se desempeñan fuera de sus países de origen: a) la migración definitiva de RRHH, especialmente enfermeras, desde el Caribe a los países desarrollados, fundamentalmente a Estados Unidos y Canadá; b) y el desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud, proveniente de Cuba en varios países de la Región, mediante acuerdos bilaterales.

El desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud, movilizados por el "Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para los países de América latina y África" (PIS), en el marco de su política de cooperación internacional constituye un significativo aporte de recursos humanos para muchos países de la Región. En Venezuela el Programa "Barrio adentro" utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. También Bolivia cuenta con más de mil cooperantes cubanos, Guatemala y Haití con más de 500, Honduras más de 300, Belice, Jamaica y Trinidad y Tobago más de 100 cada uno y muchos otros países con cifras de menor cuantía. Varios países del Caribe como Haití y St. Lucia han incrementado su disponibilidad de médicos con el retorno de los estudiantes que se formaron en la Escuela Latinoamericana de Medicina, en Cuba. Los estudiantes de medicina extranjeros que se están formando en Cuba en la actualidad suman más de 12.000 provenientes de casi todos los países de la región.

La migración del personal de salud también se da entre países vecinos, de los que hay varios ejemplos en la Región. El MERCOSUR ha aprobado el intercambio libre de servicios profesionales a través de la Directiva CMC/DEC 13/97, estableciendo un cronograma de diez años para alcanzar un mercado de trabajo libre y el reconocimiento total de títulos. El proceso ha comenzado a ser ejecutado para unas pocas profesiones, incluidos los médicos. Las tendencias indican que en respuesta a esta nueva movilidad, la migración intensificará los desajustes ya presentes entre las regiones de mayor y menor desarrollo en los países.

⁵ Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global, Arroyo-de Cordero Graciela, Jiménez-Sánchez Juana, en Rev. Enferm. IMSS 2005; 13(1):33-40.

⁶ Lincoln C. Chen, M.D., and Jo Ivey Boufford, M.D., Fatal Flows-Doctors on the Move. New England Journal of Medicine, vol. 353-1850-1852, oct.2005, number 17.

⁷ Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Gilles Dussault y Maria Cristina Franceschini.

⁸ Diversas ofertas de oportunidades de trabajo e inmigración pueden ser encontradas en los sitios de Internet. Migraciones y escasez de enfermeras en América latina: una exploración inicial a la realidad brasileña. Maria de Lourdes de Souza y Marta Lenise do Prado, en II Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos en Enfermería, Lima, Noviembre de 2004.

⁹ Human Resources for Health, Overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Harvard University Press 2004.

4. LAS RAZONES PARA EMIGRAR

En los países desarrollados el envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas y otros factores tienden a incrementar la demanda por servicios de salud, al tiempo que la feminización del personal de salud, el incremento de su edad promedio y la baja demanda por educación profesional en salud contribuyen a reducir el número de trabajadores activos. Los mercados de trabajo en general y los de salud en particular, están sufriendo un paulatino proceso de internacionalización, que se manifiesta en la creciente migración del personal de salud.

La migración de profesionales de salud está relacionada con la falencia de los mercados laborales en los países pobres y tiende a extraer de éstos los cuadros más jóvenes y calificados, que son los que más fácilmente se insertan en el mercado laboral receptor. El personal emigrante se ubica en los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado por dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población.¹⁰

Por otro lado, muchos programas de formación de profesionales de salud de los países de la Región, contribuyen directa e indirectamente a facilitar la migración de sus egresados. Muchas facultades y escuelas de medicina y enfermería mantienen programas no alineados con la problemática de salud de sus países, ni con sus sistemas de salud ni con la modalidad de práctica profesional imperante en el país. Se configuran así condiciones para emigrar: desfase con el perfil de las competencias adquiridas e insatisfacción de los profesionales.

Otro factor determinante de la migración es el interés de los trabajadores de salud, sobre todo de los profesionales, de acceder a programas de formación suplementaria. Muchos profesionales jóvenes emigran temporalmente con el objetivo de obtener títulos de postgrado que de regreso a sus países les facilite una mejor inserción en el mercado de trabajo. Pero muchos de ellos reciben ofertas de trabajo que los retienen en los países de mayor desarrollo.

La migración del personal de salud está vinculada a la escasez, mala distribución y desequilibrios en la asignación de personal de salud, así con malas condiciones de trabajo y de salarios, falta de oportunidades de promoción y desarrollo de personal, inestabilidad laboral, falta de apoyo para los trabajadores y exclusión de las decisiones.

Diversos estudios han identificado los factores que promueven y determinan los procesos de migración del personal de salud. En el siguiente cuadro se sintetizan algunos de ellos, agrupándolos en factores “expulsores” (propios de los países y servicios proveedores de personal de salud) y factores de atracción (propios de los países y servicios de destino).

	FACTORES EXPULSORES	FACTORES DE ATRACCIÓN
LABORALES	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneración poco gratificante - Incertidumbre sobre el futuro - Debilidad de infraestructura y equipamiento y carencia de material de trabajo - Horarios rígidos y jornada prolongada - Pocas oportunidades para el desarrollo profesional - Mala gestión de los servicios, en especial en lo referido al bienestar del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de mejorar la capacidad económica - Estabilidad laboral - Oportunidades de carrera - Oportunidades de desarrollo profesional
INDIRECTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad personal y familiar - Limitadas condiciones de vida (electricidad, transporte, vivienda, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agencias internacionales de reclutamiento - Compatibilidad de idioma - Políticas de otorgamiento de visas - Seguridad personal y familiar - Mejores oportunidades escolares

¹⁰ Migration de professionnels de la santé dans six pays. M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni et R. Chatora. WHO Brazzaville 2004.

En este sentido, los factores que más se destacan para promover la permanencia de los trabajadores de salud son: una mejor remuneración, un entorno favorable de trabajo, una mejor gestión de las cuestiones relativas a los servicios de salud y de oportunidades de formación continua.

La comprensión del proceso de migración del personal de salud también exige tomar en cuenta la influencia que están teniendo agencias instaladas para promover y tramitar el reclutamiento internacional de trabajadores de salud, las que suelen ser requeridas por los servicios de salud de los países centrales. Las agencias de reclutamiento internacional de personal de salud tienden a aumentar su importancia y a desarrollar una gestión de reclutamiento cada vez más agresiva y cuestionada éticamente.

5. LAS CONSECUENCIAS DE LA EMIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

El impacto de la emigración del personal de salud es mayor en los países donde la inversión en el sistema educativo es limitada y en los que la rápida salida del personal impide reponerlo en el plazo necesario. En estos casos, la pérdida de profesionales de la salud puede ocasionar graves deficiencias en los servicios disponibles y en la capacidad de los países para avanzar sus planes de desarrollo sanitario¹¹.

La migración es parte del derecho humano de movimiento y del uso del conocimiento y habilidades individuales en la búsqueda de una vida mejor. Pero los efectos negativos que la contratación internacional de personal de salud ocasiona a los sistemas sanitarios de los países pobres son bien reales y plantean un serio problema ético. En el mercado de trabajo globalizado, los flujos de migración desde los países pobres hacia países ricos aumentan las desigualdades en la salud al disminuir las capacidades de sistemas sanitarios débiles e impactan negativamente en la salud de las poblaciones en momentos donde más se requiere su fortalecimiento.

En nuestra Región existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos de salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. Esta situación se agrava por la emigración del personal de salud. No importa la zona de origen del trabajador emigrante, son las zonas rurales las que con mayor facilidad y frecuencia se ven carentes de personal de salud, y con población con dificultad para el acceso a los servicios.

Los países proveedores tienden a quedarse con personal menos calificado, generando en sus propios sistemas de salud problemas de cobertura y menor calidad de la atención. Por otro lado, la alta rotación de personal en los servicios de salud, aumenta los costos operativos y atenta contra la calidad de los servicios, en la medida que interrumpe la organización funcional, reduce la eficiencia de los equipos de salud y causa pérdidas en el conocimiento disponible en las instituciones. Una solución a la que recurren comúnmente los servicios de salud con déficit de enfermeras es establecer sobre-tiempos obligatorios, con lo cual el personal que permanece en los servicios sufre las consecuencias de los vacíos dejados por los que emigraron, con extensión de sus jornadas y sobre carga de trabajo, que a su vez puede promover una mayor emigración.¹²

Otro aspecto preocupante se refiere al abuso o explotación de la fuerza de trabajo emigrante en los países receptores. La dificultad para verificar previamente las condiciones de empleo, las barreras de idioma, la falta de normas éticas que afecta a este proceso y la inexistencia de un marco que regule a las agencias contratadoras e intermediarias y a las propias instituciones de salud, dan lugar a que se engañe o se explote al trabajador de salud que emigra. El tiempo que este trabajador utiliza para lograr la acreditación que le permite ejercer en el país receptor representa por lo común años de bajos salarios en los que ocupan cargos inapropiados para la función que desempeñan y la formación y experiencia que tienen. Trabajadores de salud reclutados por agencias privadas muchas veces son forzados a pagar costos asociados a su condición de emigrantes, que los colocan en situación de desventaja financiera.¹³ También se ha denunciado el

¹¹ Migración internacional de salud y derechos humanos. OMS, 2003.

¹² Hay evidencia que esta estrategia afecta negativamente el tiempo de internación, la calidad de la atención y los incidentes de errores de tratamiento. En este sentido un número creciente de estados de la unión americana están impulsando leyes para poner límite al sobre-tiempo de trabajo. Tackling Nurse OECD Countries. Steven Simoens, Mike Villeneuve and Jeremy Hurst. OECD Health Working Papers 19.

¹³ Working together for health. World Health Report 2006 WHO.

aislamiento cultural y étnico a que es sometido el personal de salud extranjero en los países y servicios de destino, en especial en un marco de desconocimiento de sus derechos y con dificultades para ejercerlos.

Un elemento a tener en cuenta es el aporte que para las economías de los países pobres significan las remesas que los emigrantes en general, y los de salud en particular, remiten periódicamente a sus familiares en sus países de origen. No obstante, se estima que aún considerando que cada uno de estos dólares genera dos dólares en la actividad económica local, estas remesas no compensan la inversión de los gobiernos en educación y formación de trabajadores de cuidado a la salud y los servicios que ellos habrían de desarrollar de permanecer en sus propios países.^{14, 15}

6. ¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Sin dejar de considerar los beneficios profesionales, personales y económicos para las personas que emigran, ni negar su derecho individual a la búsqueda de mejores perspectivas de trabajo y de vida, es necesario reconocer que la emigración del personal de salud genera profundas consecuencias en la cobertura y calidad de los sistemas de salud de los países proveedores, por lo que la situación actual exige que los países en desarrollo lleven adelante intervenciones efectivas para detener la pérdida de sus recursos humanos de salud. La cuestión fundamental es garantizar que cada país cuente con suficientes recursos humanos en salud, desempeñándose en los lugares donde son más necesarios y con la efectividad que la situación de salud requiera.

El análisis de los problemas de la migración del personal de salud revela cuatro tipos de movimiento de trabajadores de salud que están relacionados:

- del sector público al privado,
- de la atención directa al ejercicio de actividades afines,
- de áreas rurales a urbanas,
- y de países de menor a países de mayor desarrollo relativo.

La fuerte interdependencia de estos cuatro tipos de movimiento de trabajadores de salud, hace que al intervenir en el problema resulte imposible aislarlos, por lo que cualquier abordaje efectivo dirigido a reducir las pérdidas de personal o recuperar los trabajadores en los lugares en que más se les necesita, habrá de considerarlos simultáneamente e impactar necesariamente en los cuatro.

A continuación se presentan una serie de posibles estrategias para ser eventualmente puestas en práctica por los países proveedores de recursos humanos en salud para reducir las principales causas de la migración y mitigar sus efectos.

Estas estrategias se agrupan en tres ejes:

- A. Información y evidencias en migración del personal de salud
- B. Estrategias a ser desarrolladas en los países proveedores de personal
- C. Orientaciones para acuerdos internacionales

¹⁴ Las remesas de los emigrantes son una fuente de ingresos para los países más pobres: El Banco Mundial informa que las remesas a través del sistema bancario mundial totalizaron 90 billones de dólares en 2003, que esta cifra aumenta año a año y que América Latina y El Caribe constituyen la Región del mundo en la que se reciben mayores remesas. En búsqueda de una vida mejor: la migración de los profesionales de salud, OIT.

¹⁵ Migration and Health Workers Special Theme. Bulletin of the WHO Vol. 82, number 8 august 2004, 559-636.

A. Producción de información y evidencias en migración del personal de salud

El carácter internacional del tema exige el intercambio de datos y el desarrollo compatible de fuentes y procesos de sistematización de información sobre migración del personal de salud entre los países, por lo que se considera necesario la creación de una red regional de análisis de la migración del personal de salud.

La mayoría de los países posee limitada información sobre los recursos humanos de salud y en consecuencia de las necesidades de nuevos recursos, de los retiros que ocurren año a año y de la emigración de su personal de salud. Es de subrayar que si bien la migración del personal es reconocida por muchos países como un problema importante, son pocos los esfuerzos dirigidos a contar con mejor información al respecto. En una encuesta realizada en el 2005 a 28 países de las Región, sólo 3 consideraron que tienen conocimiento de las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones de salud¹⁶. Varios estudios se han realizado sobre este tema en América del Norte y el Caribe de habla inglesa, sin embargo son pocos y no sistemáticos los realizados en los países de América Latina.

Es una necesidad-prioridad contar con sistemas de información integrales de recursos humanos que permitan conocer y estudiar y caracterizar el problema de la migración del personal de salud para la formulación de políticas tendientes a mitigar o revertir sus efectos.

El diálogo y la negociación entre los actores comprometidos en la migración del personal de salud son indispensables. La discusión abierta sobre las cuestiones claves de la política sanitaria es necesaria para proteger los intereses de los servicios de salud de los países pobres, en particular en el marco de la liberalización comercial y la globalización creciente. Discusiones y negociaciones entre ministerios de salud y trabajo, unidades de planificación de la fuerza de trabajo en salud, e instituciones de enseñanza para lograr acuerdos nacionales, pueden ayudar a reducir las razones de la migración y a limitar sus impactos. Así también, los sindicatos y asociaciones profesionales tienen un papel importante en la discusión y regulación de las migraciones del personal de salud y en la prevención de la explotación de los trabajadores migrantes, al difundir información y prestar apoyo a las víctimas de abusos.

B. Estrategias en los países proveedores de personal

En las instituciones de formación

Ajustar los procesos de formación a las necesidades y demandas locales

El desarrollo de procesos de formación profesional con énfasis en los problemas de salud locales y de acuerdo al modelo de organización de los servicios, al nivel tecnológico en uso en el país y a las necesidades de los puestos de trabajo donde este personal es más necesario. La revisión y desarrollo de programas de formación de personal adecuados a las necesidades prioritarias de cada país y la utilización de metodologías innovadoras centradas en el desempeño real y el aprendizaje en la comunidad, los programas de pasantías e internados rurales y de servicio civil puede ayudar a disponer de mayor número de profesionales idóneos a su realidad sanitaria y a retenerlos en los países de origen.¹⁷

En las instituciones empleadoras

Mejorar las condiciones laborales

El sector público necesita mejorar sus salarios y hacerlos competitivos, amén de ofrecer incentivos (no necesariamente monetarios) con el fin de evitar la migración del personal hacia el exterior o hacia el sector privado. Una buena gestión de la carrera funcionaria y de las oportunidades de desarrollo profesional, mejorar las condiciones de vivienda, transporte y educación para los hijos, proporcionar facilidades para

¹⁶ Consulta Regional: Recursos Humanos en Salud, Desafíos Críticos <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html> y http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02.

¹⁷ Migration de professionnels de la santé dans six pays. M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni et R. Chatora. WHO Brazzaville 2004).

préstamos inmobiliarios, mejorar el sistema de seguridad social para los trabajadores de salud y dotarlos de planes completos de seguros de enfermedad, son otras políticas que favorecen la radicación y permanencia del personal de salud en zonas alejadas.

La infraestructura de los servicios de salud en las zonas rurales requiere ser mejorada, así como la red de comunicaciones para evitar el aislamiento del personal de salud. También se debe garantizar la disponibilidad de electricidad, de agua potable y de alojamientos adecuados para el personal de salud.

En países donde más de la mitad de los presupuestos de salud son utilizados para el pago de personal, y que a pesar de ello los salarios no son competitivos, es muy difícil competir con los salarios de los mercados de trabajo de los países centrales. Por ello la cuestión de los salarios es tal vez la más compleja y difícil de resolver. No obstante, es necesario resaltar, que si la prestación de servicios de salud es juzgada importante, esta importancia se debe reflejar también en los salarios que reciben aquellos que proporcionan los servicios.

Salarios realistas significan montos diferentes según los países, pero el principio general es que los salarios del personal de salud deben ser por lo menos comparables con los de otras categorías profesionales del mismo país, con garantías de oportunidades de educación continua y con incentivos como habitación, transporte, y servicios públicos en el lugar de desempeño.

Se requiere una mejor gestión de los servicios de salud, una suficiente disponibilidad de medicamentos, materiales y ropa, además de una mejor gestión cotidiana de los recursos humanos de salud. El desarrollo de estrategias para crear y mantener un ambiente de trabajo que retenga al personal de salud está apenas comenzando. Un reciente estudio que documenta y evalúa lugares de trabajo saludables en Canadá y otros países, destaca la importancia de condiciones flexibles de trabajo, de las iniciativas de cuidado familiar, de la cultura organizacional de apoyo al trabajador, y de la existencia de saludables relaciones empleador empleado¹⁸. En este sentido, se hace necesario que los países proveedores de personal de salud diseñen e implementen proyectos piloto para evaluar estrategias de retención del personal de salud.

Planificar el personal de las instituciones

Los países suelen carecer de información sobre los retiros previstos de personal lo que dificulta el desarrollo de políticas de reemplazo de trabajadores. Sistemas de información del personal de salud pueden describir la edad y sexo del personal y permitir elaborar programas de retiro y la eventual formulación de políticas para mantener activo el personal que planea retirarse. En algunos países se encuesta a cada trabajador de salud que solicita su retiro, para investigar sobre las causas de los mismos y reconocer las razones de la migración al sector privado y al exterior.

Reducir las pérdidas de tiempo laboral

Diversos estudios en países en desarrollo muestran índices de ausentismo en servicios de salud del 23% al 40% en algunas categorías profesionales, lo cual se agrava en zonas alejadas. La regularización de la información de disponibilidad contribuirá a definir mejor la carencia de personal e identificar medidas correctivas.

Educación permanente

Las oportunidades de desarrollo profesional y de educación continua en los países y servicios de origen, deben ser mejoradas para reducir el número de los profesionales que emigran para proseguir sus estudios. La oferta de oportunidades educacionales aparece como un elemento crucial para la retención del personal de salud, en especial cuando está asociado a oportunidades de carrera profesional. La educación continua permite al personal de salud mantenerse actualizado y defender su valor en el mercado de trabajo, pero al mismo tiempo proporciona al trabajador un sentido de pertenencia institucional, respaldo y apoyo.

¹⁸ Tackling Nurse OECD Countries. Steven Simoens, Mike Villeneuve and Jeremy Hurst. OECD HEALTH WORKING PAPERS 19.

En política laboral

Impulsar políticas de retorno de profesionales de salud

Una estrategia interesante es la promoción de programas para facilitar el regreso del personal de salud emigrado. Para ello se requiere identificar y contactar a los profesionales emigrados, y facilitarles su retorno mediante políticas de oferta de empleo, reconocimiento de créditos académicos, liberalización de aportes fiscales frente a un eventual retorno, y otras medidas de estímulo.

Políticas laborales flexibles que se adecuen a las expectativas de los trabajadores

En algunos países las condiciones laborales son juzgadas como demasiado exigentes por parte del personal, lo que es motivo de solicitudes alejamiento funcional temprano. En este sentido, en la literatura se sugiere generar ofertas de trabajo tiempo parcial para facilitar el retorno de trabajadoras que han tenido hijos o de aquellos que por la edad y las largas jornadas se han retirado de la práctica activa, así como analizar la posibilidad de reducir la semana laboral.

C. Estrategias en los países receptores

Es necesario reconocer que en la competencia por lograr el personal de salud que necesitan, los países de altos ingresos tienen un enorme poder para promover la migración de los profesionales de salud desde los países pobres, y que debido a los altos beneficios que obtienen de esta migración tienen pocos incentivos para cambiar sus políticas¹⁹. Por lo anterior, los países proveedores deberán promover acuerdos regionales y la negociación colectiva con los países receptores del personal de salud, dirigida a limitar la migración, regularizar sus flujos en el tiempo y establecer adecuados mecanismos de compensación a los países de origen de los profesionales de salud.

Políticas responsables de reclutamiento y mejorar el tratamiento laboral de los trabajadores migrantes

Los países receptores tienen el deber ético de garantizar a sus nuevos trabajadores los mismos derechos que a los trabajadores locales y para ello han de proporcionar orientación cultural adecuada. La colaboración entre países para mitigar los efectos de la emigración del personal de salud es imprescindible. Los acuerdos intergubernamentales ofrecen un mecanismo de gestión de la migración del personal de salud que puede tener un importante impacto. Es necesario analizar la posibilidad de lograr acuerdos entre los países proveedores y realizar negociaciones con los países receptores para lograr fijar cuotas, establecer prohibiciones o bien definir mecanismos de pagos por los recursos humanos capacitados que reclutan.²⁰

Informes sobre agencias privadas sin escrúpulos apuntan a la necesidad de regulación del funcionamiento de dichas agencias tanto en los países receptores como en los proveedores. En muchos países las agencias de contratación deben registrarse ante las autoridades, aquellas legalmente registradas deben aceptar las tasas de admisión del personal de enfermería y cobrar por sus servicios una cantidad estipulada. Por ejemplo el Código de Prácticas del Commonwealth recomienda a los gobiernos generar convenios sujetos a auditoría con las agencias de contratación y establecer mecanismos de control. El “Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales del cuidado a la salud para los empleadores del Sistema de Sanidad Pública del Reino Unido”, recomienda que los empleadores sólo cooperen con agencias que cumplen con las normas establecidas y que los países en desarrollo no deben estar en las metas de la contratación de profesionales de asistencia médica.^{21, 22}

¹⁹ Joint Learning Initiative. Op cit..

²⁰ Migration de professionnels de la santé dans six pays. M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni et R. Chatora. WHO Brazzaville 2004.

²¹ En búsqueda de una vida mejor: la migración de los profesionales de salud, OIT.de.

²² Migration and Health Workers Special Theme. Bulletin of the WHO Vol. 82, number 8 august 2004, 559-636.

Apoyo a las políticas de desarrollo de RRHH en los países de origen

Muchos países desarrollados que reclutan personal extranjero también impulsan amplias políticas de cooperación bilateral, por lo que podrían colaborar con los países proveedores en el desarrollo de sus recursos humanos, no sólo para compensar sus pérdidas por emigración, sino para garantizar su capacidad de alcanzar los Objetivos Del Milenio. Una de las opciones a explorar es promover programas internacionales de becas o de intercambio temporal de especialistas y docentes por períodos establecidos, que contribuyan a la formación de RRHH y permitan la radicación y ejercicio de práctica profesional en los países receptores, con obligación de retorno a ejercer obligatoriamente en el país de origen.

7. PARA LA CONSIDERACION DE LA VIII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTRAS Y MINISTROS DE SALUD

Incursionar en el tema migraciones de los recursos humanos de salud desde la mirada de esta región del mundo tiene sus peculiaridades, complejidades y dificultades para emitir juicios definitivos tanto en lo que refiere al diagnóstico del fenómeno como en el generar alternativas para atenuar las consecuencias del mismo. De ahí la necesidad de precisar los propósitos abordar esta problemática.

En primer lugar, darle un adecuado equilibrio al análisis de la migración internacional, analizando causas y consecuencias tanto en los países receptores como en los países generadores de poblaciones migrantes.

En segundo lugar, se propone estimular el análisis del fenómeno de migración de recursos humanos en salud, recopilando información preexistente y generando una red que profundice en el tema desde la visión de la región que posibilite la medición de la magnitud de su impacto. Esta red haría funciones de monitoreo y observatorio regional del fenómeno.

En tercer lugar dejar planteada estrategias para la gestión de la migración, en el ámbito nacional e internacional que sean incorporadas al debate de la futura red. El Encuentro de Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica es un espacio adecuado para abordar esta problemática. Se trata de retomar y operacionalizar los contenidos de la Declaración Final del Seminario sobre Migraciones organizado por la SEGIB en mayo del 2006, que entre otras cosas concluía:

“El éxito en la gestión de este complejo fenómeno se halla vinculado con nuestra capacidad para diseñar un marco iberoamericano de migraciones basado en la canalización ordenada y la regularización inteligente de los flujos migratorios, la cooperación contra el tráfico y la trata de personas, y, además, en la responsabilidad de cada país por el diseño de las políticas públicas al respecto”.

Es en este sentido que debemos esbozar desde ya un conjunto de alternativas que aborden al fenómeno en sus múltiples dimensiones, con medidas que encaren los problemas de los países que pierden recursos y mecanismos de compensación por parte de los países receptores.

Se hace necesario establecer una vasta red con todos los involucrados para alcanzar soluciones integrales atendiendo a la multifactorialidad del fenómeno. Implica la participación de los gobiernos, las escuelas de formación, los empleadores públicos y privados y las organizaciones representativas de esos recursos.

Dada la peculiaridad del fenómeno en nuestra región, también importan los procesos internos de la región, sobretudo el de la migración temporaria de recursos y las alternativas que ya tienen acordadas esos países para el reemplazo.

Finalmente, un capítulo especial es el que refiere a las empresas reclutadoras de recursos humanos en salud, que operan con escasos mecanismos de regulación y que actúan como intermediadoras para la consolidación de políticas sanitarias de países desarrollados. Para este aspecto particular hay una necesidad

de acuerdos en el corto y mediano plazo, entre gobiernos para regularlas estableciendo claramente derechos y obligaciones, tanto en el papel de la intermediación como para con los países receptores.

8. CONCLUSIONES

Estamos incorporando a la conferencia de Ministras y Ministros de Salud, una primera aproximación a un tema extremadamente complejo, que todavía no tiene un diagnóstico definitivo en la región, pero que tiene gran actualidad en el plano internacional y será el eje central de la XVI Cumbre Iberoamericana a realizarse próximamente en Uruguay.

De acuerdo a los propósitos definidos se abre un campo de trabajo cooperativo cuyos avances dependerán en gran parte de la voluntad política de los gobiernos de estimular este proceso.

Todos los países de la región tienen de acuerdo a la peculiaridad del fenómeno a nivel doméstico la posibilidad de aportes; ya sea, con información ya disponible y/o información que se puede comenzar a generar.

Es un problema que mas allá de los aspectos cuantitativos tiene un impacto en el plano social, económico, político y educativo de diverso grado en cada uno de nuestros países.

La diversidad de actores que engloba el fenómeno se ajusta a la propuesta de generar una red para el monitoreo del mismo, con una composición que garantice dicha diversidad.

En esta primera etapa, se pretende generar un proceso simultáneo de acercarnos a un diagnóstico de situación y a la vez ir explorando alternativas maduras que atenúen las consecuencias de los impactos actuales y futuros de acuerdo a las tendencias del fenómeno.

***Equipo de documentos de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud
Montevideo 25 de setiembre de 2006***