



Esta obra está bajo una licencia creative commons "Reconocimiento-NoComercial 3.0 España".

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Mayo, 2010

AUTORAS: Raquel Cantos Vicent
Diana Leite Castilho

DISEÑO PORTADA: Elaboración propia con datos del estudio utilizando la aplicación "Wordle".

MAQUETA: De la A a la Z

DEPÓSITO LEGAL: Gr 4482-2010

ISBN: 978-84-693-8065-9

IMPRIIME: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada.

La presente publicación, realizada en el marco de la Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea ni de las entidades asociadas a esta Acción.

La Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato Nº MIGR/2008/152-804), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay a través del Grupo de Trabajo de Migraciones Profesionales del Espacio Iberoamericano, cuya Secretaría ostenta.

Resumen.....	7
Introducción	9
La crisis de los Sistemas de Salud: escasez, mala distribución y movilidad....	13
Consecuencias.....	31
Otras problemáticas asociadas a este programa	35
Iniciativas para abordar la cuestión.....	39
Referencias y documentos consultados.....	53

EN ESTE INFORME, se aborda en primer lugar, la crisis mundial de los sistemas de la salud y su relación con tres aspectos fundamentales: la escasez universal de los recursos humanos sanitarios, la mala distribución de los mismos y la movilidad del personal sanitario a las zonas más ricas, más cosmopolitas y con más oportunidades, incidiendo especialmente en este último punto a través del análisis de las tendencias en los flujos más frecuentes, los lugares más reconocidos como receptores o emisores o las motivaciones aludidas por el personal sanitario para migrar.

En segundo lugar, se describen algunas consecuencias y problemáticas asociadas a este panorama, como la pérdida económica potencial y real, la reducción de la calidad de la atención sanitaria o el aumento de la intención de migrar.

Por último, se realiza una exposición de las diferentes alternativas puestas en marcha o propuestas por los diferentes agentes implicados en el estudio y la solución de esta situación de crisis, junto con algunas valoraciones sobre su desarrollo y resultados.

Las iniciativas encontradas en la revisión se destacan agrupándolas en las categorías relacionadas con la contratación, la planificación de recursos, la formación, y la política laboral; resaltando, por su relevancia, las iniciativas centradas en la cooperación y colaboración entre países como instrumentos de intervención.

THIS REPORT FIRST addresses the global crisis affecting health systems as it relates to three key issues: 1) the worldwide scarcity of human resources in the health sector; 2) the poor distribution of those resources; and 3) the movement of health workers to wealthier, more cosmopolitan regions where opportunities are greater. The third issue is addressed in greater depth by analyzing the most frequent migratory trends, the places most widely recognized as "receivers" or "senders", and the reasons behind their moves as given by health professionals themselves.

Secondly, the report describes some of the problems and consequences associated with this scenario, including potential or real economic losses; lower quality of health care; or an increase in professionals' intentions to migrate.

Finally, it describes several alternatives that have either been proposed or implemented by different agents involved in this study to resolve the crisis situation and an evaluation of their development and results.

The most noteworthy initiatives identified by this review are grouped into the following categories: contracting, resource planning, training activities, and labor policies. It also highlights a series of relevant initiatives that focus on cooperation and collaboration among countries as tools for intervention.

EL PRESENTE DOCUMENTO se enmarca en el proyecto de “migraciones profesionales LA-UE. Oportunidades para el desarrollo compartido”, de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Trata de abordar el tema de las migraciones profesionales en salud, más concretamente lo relacionado con la movilidad de profesionales de la medicina y la enfermería desde América latina a Europa y sus consecuencias para los sistemas de salud, así como sobre todos aquellos temas que puedan estar vinculados al fenómeno, como los procesos de homologación de títulos, la generación de flujos bidireccionales de beneficios compartidos o los modelos de planificación de recursos humanos basados en estimación de necesidades.

Para su elaboración, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de los artículos indexados en las principales bases de datos biomédicas (Pubmed y Lilacs) y de ciencias sociales (ISOC y CSA), puesto que la temática tiene claros componentes sociales. Con el fin de tener un mapa de las investigaciones realizadas en torno al tema mucho más completo, se optó también por añadir algunas bases de datos multidisciplinares (Scopus, Web Of Knowledge) que permiten realizar una búsqueda en varios campos de conocimiento científico. Además, se consultó la literatura gris a través del buscador Google Academics y de un buscador relacionado con el ámbito científico llamado Scirus.

La búsqueda se desarrolló tanto en inglés como en castellano y en un proceso de dos fases que se detalla en la tabla que sigue a continuación:

	FASE I	FASE II
PROCEDIMIENTO BÁSICO	Realizar una prueba con algunas bases. No se trata de la búsqueda en sí misma, sino de una aproximación que nos permita definir mejor las estrategias y los lugares a consultar.	Realizar una búsqueda sistemática en los lugares elegidos y con las ecuaciones seleccionadas.
FINALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el tamaño y características del tema de investigación. • Concretar los descriptores y las ecuaciones a utilizar. • Decidir las bases de datos donde se realizará la búsqueda definitiva. • Aprovechar para seleccionar algún documento interesante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda sistemática con los descriptores y combinaciones elegidas. • Elegir las mejores estrategias de búsqueda para cada base de datos.
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de descriptores y ecuaciones de búsqueda. • Listado de bases de datos definitivas. • Estrategia de búsqueda concreta. • Algunos documentos interesantes seleccionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de publicaciones y artículos seleccionados. • Listado de criterios de inclusión y exclusión de los documentos. • Listado de páginas de web de interés para la investigación. • Listado de documentos considerados de gran interés que necesitan suscripción o coste de algún tipo.

La documentación localizada que describe la migración de profesionales de la salud de América Latina a Europa es escasa e insuficiente y, cuando hay información específica, no difiere sustancialmente de la realidad descrita en otros lugares. Por este motivo, en el presente informe se hace una descripción de la situación global que rodea a la fuga o movimiento de profesionales en el campo de la salud, entendiendo que son aplicables a la realidad de América latina y remarcando la especificidad cuando existe y cuando se dispone de información para ello.

Además, se ha utilizado como documento de referencia básica para el enfoque y organización general del informe, la publicación de la OMS del 2006 "Informe sobre la Salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la Salud" por su capacidad de recoger, de una u otra manera, la mayor parte de los análisis y las propuestas aquí descritas y recogidas de los documentos que se citan en la bibliografía y por su sistemática y ajustada manera de abordar, presentar y explicar la situación en todo su conjunto.

Esta publicación del 2006, junto con el resto de las fuentes consultadas, coincide en valorar que nos encontramos ante una crisis mundial de los sistemas salud que afecta tanto a países del norte como del sur. Parece ya demostrado, a través de los muchos estudios y artículos referenciados, que tanto los países ricos como los pobres, los "desarrollados" como los llamados "en vías de desarrollo" se ven imposibilitados para cubrir las necesidades de las poblaciones a las que atienden.

Coinciden también en relacionarlo con los procesos de globalización en general y con el fenómeno de la liberalización de los mercados de salud en particular, que ha traído un continuo tránsito de profesionales de la salud (provenientes de la enfermería, la medicina o la farmacia) y ha afectado a muchos sistemas de salud nacionales e internacionales.

Parece que los países más afectados por esta crisis mundial de los sistemas de salud son los más pobres, pues no pueden competir en igualdad de condiciones en este mercado. Sin embargo, la mayoría de los documentos consultados también señalan que hay una importante falta de datos que concreten la dimensión y

las características reales de la situación. En algunos países, ni siquiera existen un registro sistemático relativo al tamaño de la fuerza total de trabajo y, *“parece necesario conseguir datos más fiables y exactos que ayuden a generar estrategias para la creación de sistemas sanitarios capaces de dar respuesta a las necesidades de las poblaciones a la que prestan servicio y, sobre todo, a aquellas poblaciones más desfavorecidas”* (OMS, 2006).

No obstante, comienzan a aparecer algunas investigaciones y documentos que responden a esta carencia o que realizan propuestas sobre, por ejemplo, marcos conceptuales para seguir y evaluar las intervenciones de retención de profesionales sanitarios. Una muestra de ello la encontramos en el boletín especial de la OMS centrado en el tema de retener a los trabajadores de salud en zonas remotas publicado en mayo del 2010.

De cualquier forma, la mayor parte de las publicaciones consultadas nombran tres aspectos comunes a esta situación de crisis mundial:

- la escasez universal de los recursos humanos,
- la mala distribución de estos recursos humanos a nivel global y
- la movilidad del personal de salud a nivel mundial.

LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD: ESCASEZ UNIVERSAL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Son cuantiosos los documentos que muestran una alarmante falta de profesionales con los que poder cubrir las necesidades de salud a nivel mundial. Los países no alcanzan a dar respuestas de calidad a las poblaciones a las que atienden y muestran, con datos, la necesidad de aumentar sus plantillas para poder lograr los objetivos de salud del milenio. Esta situación es especialmente grave para muchos países pobres, cuyo déficit de profesionales es mayor que en los países con recursos económicos.

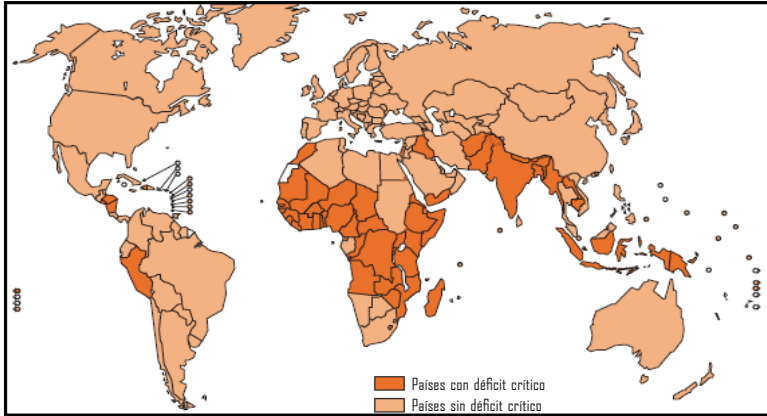
Parece que en el caso de los países ricos, esta escasez está íntimamente relacionada con una demanda que crece con mayor rapidez que la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de estos países (OMS, 2006). También parece que existen otras cuestiones relacionadas con esta situación, como el envejecimiento de la población, la reducción del número de profesionales de enfermería que se gradúan cada año (puede haber factores de género en este hecho, pues es una profesión muy feminizada y las mujeres actualmente tienen la posibilidad de optar a otros ámbitos laborales a los que antes les era más complicado acceder), o el descenso en el número de matrículas de medicina en algunos países ricos.

Sin embargo, en el caso de los países más pobres (situados en África, Asia, América Latina y Caribe) existe, desde hace décadas, una falta crónica de profesionales de la salud, mostrando una situación cíclica y nada nueva para estos lugares. Además, parece que esta escasez tenderá a aumentar en los próximos años (Clark, Steward y Clark, D., 2005).

Se han localizado fuentes que, a nivel cuantitativo, tratan de dibujar esta falta de profesionales en el campo de la salud. Algunos de estos estudios y sus datos son a nivel local (de ciudades o distritos) mientras que otros son a nivel nacional o continental. Con el fin de mostrar una imagen global de la situación, presentamos a continuación la figura 1, donde se puede observar la escasez relativa a nivel global, según estimaciones e indicadores de la OMS (considera déficit severo cuando no llega a un mínimo de 20 profesionales de medicina por cada 100.000 habitantes).

Figura 1:

Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud
(médicos, enfermeras y parteras)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of the Health Workforce <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>. 2006

La OMS (2006) estima que existen unos 59 millones de trabajadores en el sector sanitario mundial y que el déficit global oscila entre los 2,4 y los 4,3 millones de profesionales sanitarios (los datos son muy heterogéneos y poco precisos debido a la falta de registros sistemáticos de la información). Aunque esta falta de recursos se da en prácticamente todos los países, los más afectados por la escasez acuciante son los del sur de Asia y los africanos. Proporcionalmente son más numerosos los países afectados en África, pero en términos absolutos es mucho más crítica la escasez en los países de Asia.

Aunque, como puede apreciarse en la figura 1 y desde una mirada global-mundial, el caso de **América latina** y el **Caribe** no parece tan crítico como el de Asia o África, una mirada más local y específica nos muestra cómo se ven afectados igualmente por esta falta de personal. A continuación mostramos, solo a modo de ejemplo, la figura 2, donde se puede observar esta falta de profesionales en la zona del Caribe.

Figura 2.

Plazas de enfermería sin cubrir en el Caribe (por países)

PAÍS	NÚMERO DE ENFERMERAS REGISTRADAS	NÚMERO DE VACANTES (PLAZAS SIN CUBRIR)
Antigua	320	56
Barbados	930	192
Dominica	177	11
Jamaica	2.256	1.317
St Kitts	192	50
St Lucia	409	18
St Vincent	216	34
Trinidad	2.125	1.132
Belize	n.a.	n.a.
Bahamas	n.a.	n.a.
Grenada	432	16
Guyana	667	245
Haiti	n.a.	n.a.
Suriname	n.a.	n.a.
TOTAL	7.724	3.021

Fuente: Caribbean Commission on Health and Development, Mayo 2005

Paradójicamente, en muchas ocasiones, este déficit de personal sanitario co-existe con una situación de desempleo en el mismo territorio, lo que pone de manifiesto la importancia de la planificación en recursos humanos (OMS, 2006). Es especialmente destacable este hecho en los países de América Latina.

España también se está viendo afectada por esta falta de profesionales de la salud. Existen algunos informes que muestran desplazamientos del personal médico español a otros países de la comunidad europea, habiéndose reportado, por ejemplo, que anualmente de 800 a 900 profesionales de la medicina españoles migran al Reino Unido (Núñez Vergara, M., OPS 2006). Frente a algunas consideraciones que describen un excesivo número de médicos en España y una elevada preocupación por la precariedad laboral que ello conllevaría, encontramos otra visión de este país que plantea la existencia de una oferta de médicos situada en la zona media-alta de la UE. Esta situación se prevé que aún se mantendrá

durante los próximos quince años, con una caída posterior en el número de efectivos, si no se cambian las actuales condiciones de formación.

Esta realidad es la que permite que no se vivan en España, por el momento, situaciones de carencia general de profesionales como las que ya tienen otros países (por ejemplo Reino Unido y Francia). Sin embargo, en determinadas especialidades (Anestesia, Pediatría, etc.), y en algunas ubicaciones geográficas (Castilla La Mancha, Extremadura, Cataluña) es difícil ya cubrir todas las vacantes necesarias. Bajo esta lógica, España se está comportando como exportadora de profesionales a otros países de la UE (Reino Unido, Francia, Portugal, Suecia), sin caer en la cuenta de que después le serán necesarios para cubrir su propio déficit, que podría manifestarse de una manera clara a partir del año 2020 (ibíd.). De nuevo, y como en el caso de otros lugares como América latina, la necesidad de potenciar la planificación de recursos humanos en la salud se pone de manifiesto (Núñez Vergara, M., OPS 2006).

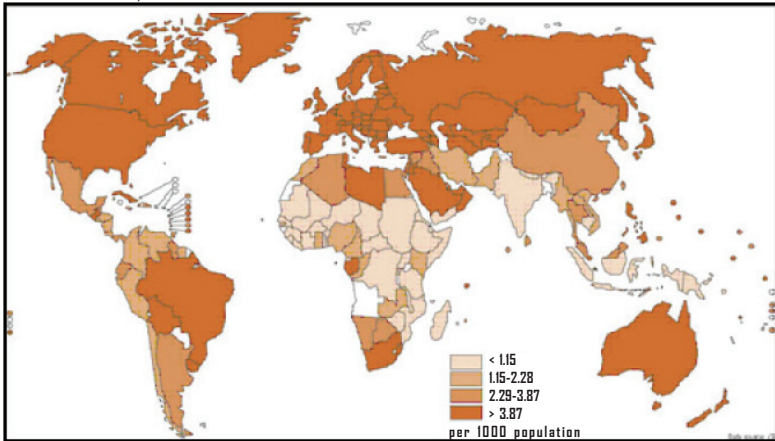
MALA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

La falta universal de personal sanitario se cruza con una muy desequilibrada distribución de la fuerza de trabajo en la salud a nivel global y local, lo que describe una situación mucho más crítica; No solo hay pocos profesionales, sino que además están mal repartidos.

Estas desigualdades en la distribución de los recursos se dan entre países y continentes y también dentro de los mismos. Esto se debe en gran parte a una fuerte tendencia a concentrarse en las zonas ricas y urbanas (OMS, 2006). En la figura 3, se muestra un resumen gráfico de la densidad de profesionales de la salud por cada 1000 habitantes. Como se puede apreciar, La mayor parte del personal sanitario se encuentra en las zonas ricas y urbanas del planeta, afectando especialmente, y de nuevo, a los países africanos, asiáticos y latinoamericanos por bajas concentraciones de profesionales en esas zonas.

Figura 3:

Distribución de la fuerza de trabajo sanitaria mundial
(Densidad de profesionales sanitarios por cada 1000 habitantes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Working together for health (<http://www.who.int/hrh/whr06/en/>). 2006

Además, y según datos de la OMS, dentro de los países con tasa por debajo del 1.15 por cada 1000 habitantes, hay algunos, como Chad o Liberia, que no llegan ni siquiera al 0.033 por cada 1000 habitantes (Clark, Steward y Clark, D., 2005). Lo mismo ocurre con el polo superior de este mapa, las diferencias dentro del mismo rango son enormes.

En el caso concreto del continente americano, y como se plantea en el texto de Rosales (2002), nos encontramos con las siguientes especificidades:

- la disponibilidad de profesionales de salud en áreas urbanas es entre 8 y 10 veces más alta que en áreas rurales.
- En las Américas, 15 países necesitan aproximadamente 128.000 profesionales de salud adicionales. Solo así, todos los países tendrán la densidad de profesionales recomendada en el Informe Mundial de 2006 (25 por cada 10.000).

- Las mujeres son aproximadamente el 70% de la fuerza laboral en salud.
- Las mujeres son una fracción desproporcionada de los trabajadores de salud desocupados.
- En Norteamérica el personal de enfermería supera al de medicina en proporción 3 a 1, mientras que la proporción es inversa en Latinoamérica y el Caribe.

MOVILIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Una tercera característica de esta crisis de los sistemas de salud, consiste en las altas tasas de pérdida de personal sanitario. Las causas de esta pérdida son diversas, pero la movilidad profesional es, sin duda, una de las más importantes. Bueno de Mesquita y Gordon (2005) describen *“la migración internacional de trabajadores de la salud hacia fuera de las zonas marginadas y de bajos ingresos, como uno de los problemas más profundos a los que se enfrentan los sistemas de salud y la protección de la salud, en estos países”*.

Esta migración de personal sanitario, no sólo afecta a los países en vías de desarrollo sino también a los más ricos. De hecho, muchos de los principales países reclutadores, aparecen también como países con grandes pérdidas de profesionales de la salud.

Parece claro también que *“la migración internacional no es ni la principal causa de la escasez de la atención sanitaria de los países en desarrollo ni su disminución sería suficiente para afrontar la crisis mundial de RRHH de la salud. Sin embargo sí es cierto que los países menos desarrollados que tienen altas tasas de emigración, la emigración contribuye a agravar los serios problemas de la fuerza de trabajo en salud así como a debilitar los sistemas de salud de por sí frágiles”* (OECD, 2010).

Aunque parece claro que los patrones de migración son diversos y heterogéneos, que se trata de un problema universal que afecta a casi todos los países y que muchos de ellos son a la vez receptores y emisores, estos flujos migratorios

se producen, sobre todo, de los países más pobres a los más ricos. Utilizando como referencia la mayor parte de los textos consultados, se pueden dibujar algunas tendencias muy repetidas en estos flujos y citar algunos países como principales receptores o emisores.

En cuanto a las **tendencias** más destacables de estos movimientos de profesionales sanitarios, podemos hablar de:

- Tendencia a migrar de las zonas rurales a las urbanas.
- Tendencia a desplazarse de las zonas económicamente pobres a las ricas.
- Tendencia a moverse de los sectores sanitarios públicos a los privados.

Estos patrones de migración se dan entre países, entre continentes y dentro de los mismos. En el caso de Latinoamérica esto se traduce en movimientos del personal sanitario entre países vecinos, pero también con otros países como España, Canadá o Estados Unidos.

Con respecto a los países que más se nombran como **receptores o emisores** en las diferentes fuentes consultadas, encontramos que, desde una mirada global, los estados más nombrados son los siguientes:

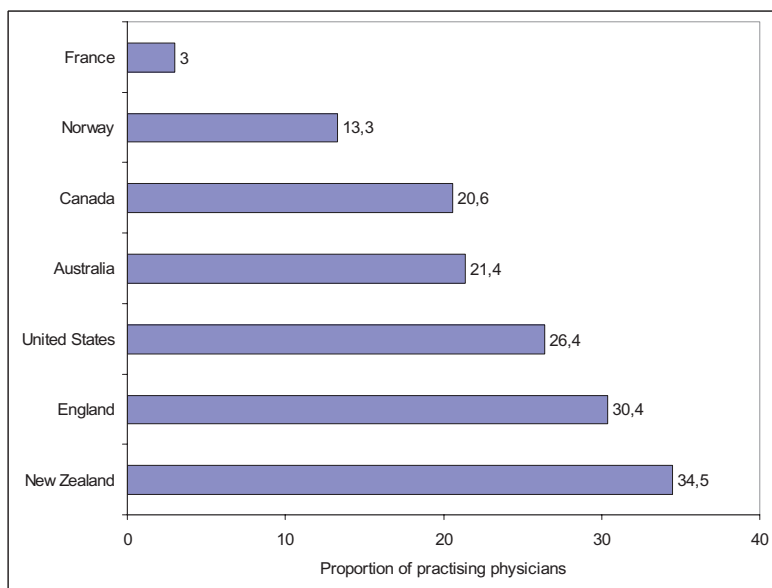
- Receptores: Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Alemania, o Arabia Saudí. En general los países de habla inglesa (los anglosajones). Entre todos estos países, Nueva Zelanda tiene la mayor proporción de médicos migrantes entre los países de la OCDE, y uno de las más altas de las enfermeras (Pascal Zurn y Jean-Christophe Dumont, 2008. OPS)
- Emisores: Australia, Canadá, Filipinas, Sudáfrica, Reino Unido, Nigeria, Zimbawe, India, Corea, Ghana, Zambia, Kenia y algunos países del Caribe.

Los países pobres no siempre son los máximos donantes pero, sin duda, son los más afectados dada su escasez y la desequilibrada distribución de las fuerzas de salud.

A modo de ejemplo de estas afirmaciones, mostramos en la figura 4 y 5 los países con mayores proporciones de profesionales de medicina extranjeros y los lugares de origen de dichos profesionales. En la figura 6 mostramos una tabla que ofrece los principales países receptores de profesionales de enfermería extranjeros y los lugares de origen más frecuentes de estas enfermeras.

Figura 4.

Proporción de profesionales de la medicina extranjeros en diferentes países



Fuente: Bourassa Forcier, M., Simoens S., Giuffrida, A. 2004.

Figura 5.

Lugares de procedencia del personal médico extranjero en ciertos países receptores

Table 1: Supply of foreign-(trained) physicians in selected OECD member countries

Australia (1998): 21.4% of foreign-trained physicians, of those:				Austria (2001): 3.3% of foreign physicians, of those:			
United Kingdom	39.0%			Germany	84.3%		
Asia	28.0%			Italy	7.3%		
New Zealand	12%						
Other countries	21%						
Belgium (2001): 7.8% of foreign physicians, of those:				Canada (1998): 20% of foreign-trained physicians, of those:			
Netherlands	28.0%			United Kingdom	32%		
Italy	17.7%			South Africa	9.7%		
United Kingdom	16.5%			India	9.6%		
France	16.4%			Eastern Europe	8.5%		
Slovak Republic	12.4%			Western Europe	8.2%		
Africa	9.0%						
Denmark (2001): 7.8% of foreign physicians, of those:				France (2000): 2.2% of foreign physicians, of those:			
Norway	50.0%			Europe	49.0%		
Spain	24.7%			North-Africa	33.0%		
Germany	20.1%			Sub-Saharan Africa	7.0%		
United States	5.2%			Middle East	5.0%		
Germany (2000): 3.5% of foreign physicians, of those:				Ireland (2001): 13.1% of foreign physicians, of those:			
EU countries	27.5%			United Kingdom	29.2%	France	3.2%
Other European countries	37%			EU countries	13.6%	Italy	3.2%
Non-European countries	35.5%			Germany	6.0%	Canada	3.1%
				Australia	4.2%	Central and Eastern Europe	3.1%
				United States	3.4%	Others	31.2%
Norway (2001): 11.2% of foreign physicians, of those:				Switzerland (2001): 19.1% of foreign physicians, of those:			
Germany	32.7%	United Kingdom	6.2%	Germany	59.7%	Italy	4.8%
Sweden	19.9%	Iceland	6.1%	Yugoslavia	13.1%	Albania	4.0%
Denmark	15.8%	Finland	5.3%	Belgium	7.4%	Spain	3.2%
Central and Eastern Europe	11.5%	Netherlands	2.4%	Sweden	4.9%	Argentina	2.9%
United Kingdom (2001): 12.6% of foreign physicians, of those:				United States (2001): 27% of foreign-trained physicians, of those:			
India	18.3%	South America	2.4%	India	19.5%		
Ireland	15.2%	Ukraine	1.7%	Pakistan	11.9%		
South Africa	7.0%	Poland	1.6%	Philippines	8.8%		
Other Africa	7.0%	Australia	1.6%	Ex-U.S.S.R.	3.1%		
South and South-Eastern Asia	7.0%	Belgium	1.6%	Egypt	2.6%		
Northern Africa	5.3%	China	1.6%	Dominican Republic	2.5%		
Greece	4.7%	Denmark	1.5%	Syria	2.5%		
Pakistan	4.4%	France	1.5%	United Kingdom	2.4%		
Germany	4.0%	Western Asia	1.5%	Germany	2.3%		
Algeria	3.6%	Italy	1.4%	Mexico	1.8%		
Iraq	3.1%	Bosnia Herzegovina	1.4%				
Spain	2.6%						

Sources: EUROSTAT Labour Force Survey, [17-21].

Fuente: Bourassa Forcier, M., Simoens S., Giuffrida, A. 2004.

Figura 6.

Principales países receptores y donantes de personal de enfermería

Table. Major Donor and Receiving Countries of Migrating Nurses					
Receiving countries	Australia	Canada	Ireland	UK	USA
Donor countries	China	Ireland	Australia	Australia	Canada
	Germany	Philippines	Philippines	Canada	Hong Kong
	Hong Kong	UK	UK	Finland	Japan
	India		South Africa	Germany	India
	Ireland			Ghana	Mexico
	Malaysia			Ireland	Nigeria
	New Zealand			India	Philippines
	Philippines			Kenya	Puerto Rico
	South Africa			New Zealand	South Korea
	Sri Lanka			Nigeria	UK
	UK			Pakistan	Vietnam
				Philippines	
				South Africa	
				Sweden	
				USA	
				West Indies	
				Zambia	
				Zimbabwe	

Fuente: Kline, 2003: 108

Como puede apreciarse de nuevo, la situación de los países de **América Latina** no parece la más alarmante. Sin embargo, desde una mirada más local y utilizando los datos vertidos por la OPS en diferentes documentos como el estudio de la subregión andina “Migración de recursos humanos en salud” publicado en 2006, podemos detectar una alta preocupación por el impacto de la migración del personal de salud y una dificultad para algunos sistemas sanitarios de América Latina de retener a su fuerza de trabajo, llegando a plantear que *“la migración es una de las causas de la escasez”* (Núñez Vergara, M., 2006. OPS). Algunos de los hallazgos de la OPS nos muestran las tendencias de la migración andina que se describen a continuación (y que podemos observar también algunas de ellas en la figura 7):

- Hay una tendencia al incremento de esos procesos migratorios, con un canal de migración a través de España. En este sentido, parece que hubo un cambio sustancial en el flujo migratorio de países de la región andina hacia España en los últimos 10 años, a diferencia del anterior que se orientaba fundamentalmente hacia los Estados Unidos. Este canal de migración se ve sustentado por el Convenio Andrés Bello (a través del cual se homologan los títulos profesionales en forma casi automática) (Padilla, 2009). También han influido otras cuestiones como el hecho de que el proceso de admisión del MIR en los últimos años ha sufrido un incremento en el número de plazas vacantes mientras que el número de postulantes españoles se mantenía estable, facilitando con ello que se triplique el número de aspirantes extranjeros en los últimos 5 años (Núñez Vergara, M., 2006. OPS).
- Así pues, parece que España en primer lugar y Chile en segundo son los dos principales países de destino, tanto de los emigrados como de quienes tienen planes firmes de emigrar, (Ocampo, 2007).
- La mayor parte del personal sanitario migrado desde América Latina a España, son mujeres que se concentran en la comunidad de Madrid (Ocampo, 2007 y Medina y Silverio, 2008).
- España e Italia se transforman en importantes países de destino de emigrantes de América Latina, en especial para inmigrantes procedentes de Argentina, República Dominicana, Ecuador y Colombia (Ocampo, 2007 y

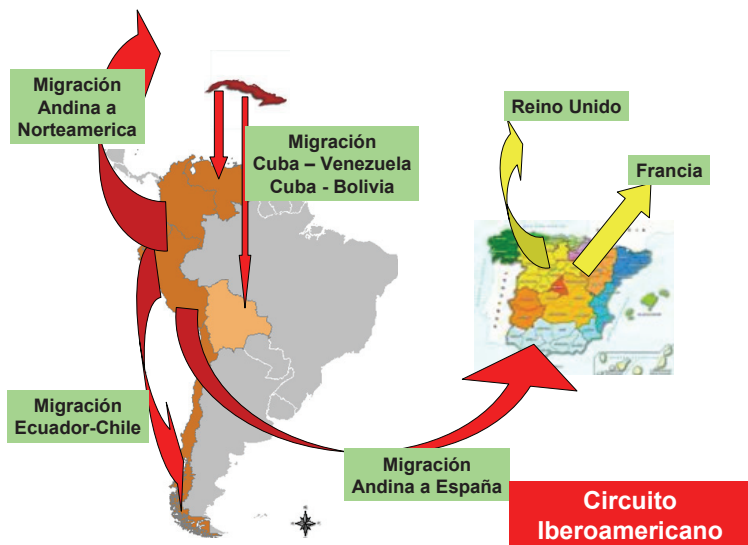
Medina y Silverio, 2008). En este sentido, en Bolivia se ha detectado un canal de migración hacia Italia favorecido por la existencia de un convenio para la especialización entre el colegio de enfermeras de ambos países (OPS 2007. Bolivia). Además, Bolivia detecta altas tasas de emigración (interna y externa) que llegan a alcanzar el 79 % de los profesionales de medicina y el 77 % de los de enfermería en ciudades como Sucre (OPS 2007. Bolivia).

- Existen desplazamientos entre los países pertenecientes a la subregión andina, fundamentalmente hacia Chile. Además de confirmarse las tendencias arriba descritas en los desplazamientos de forma general, aparece Chile como país receptor de inmigración de profesionales sanitarios, mientras que Colombia, Ecuador o Bolivia, aparecen como países con altos índices de pérdida de sus profesionales (Padilla, 2009).
- También existen otros movimientos entre países vecinos. El informe de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud (2006) muestran, por ejemplo, que en el Caribe hay dos tendencias de movilidad básicas de los profesionales de salud: 1) la migración definitiva de RRHH, especialmente enfermeras, desde el Caribe a los países desarrollados, fundamentalmente a Estados Unidos y Canadá y 2) el desempeño temporal de profesionales de la salud provenientes de Cuba en varios países de la Región, mediante acuerdos bilaterales. Concretamente, algunos profesionales 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, por ejemplo, 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.
- En el caso del MERCOSUR, se 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 las relacionadas con la medicina. 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 (ibíd.)

Figura 7.

Tendencias de movilidad de profesionales de la salud en la subregión andina



Fuente: Nuñez, M. Migración en la Región Andina. Lima, Marzo 2009

Así, y al amparo de estos datos, vemos que los países que más aparecen como receptores son Chile, España, Italia y EE.UU., mientras que los emisores más frecuentes serían Argentina, Ecuador, República Dominicana, Colombia y Bolivia.

Por otro lado, y desde una mirada dirigida a **Europa** y apoyada por los datos recabados por Buchan y Perfilieva (OPS 2006), nos encontramos con que los flujos perfilan a Estonia, Lituania y Polonia como países emisores, mientras que contempla a Alemania y Reino Unido como receptores principales del flujo interno en Europa.

Por último, si volvemos de nuevo a las figuras 4, 5 y 6 podemos apreciar también que las **estrategias de reclutamiento** a nivel global varían de unos países a otros. Mientras que los países nórdicos que aparecen como receptores (Dinamarca, Noruega y Suiza) tienden a reclutar enfermeras en otros lugares cercanos, otros países receptores de enfermeras (como Reino Unido o Australia) tienden a reclutarlas de estados pobres como los del sur de Asia o los africanos. De este modo, se estima que entre el 40% y el 75 % del personal de medicina que actualmente ejercen en EE.UU., Reino Unido, Canadá y Australia provienen de países de bajos ingresos (Núñez Vergara, M., 2006. DPS).

Además, y como se explica en "The Globalization of the Labor Market for Health-Care Professionals" (2005), podríamos hablar de dos vías básicas por las que se potencia la movilidad del personal sanitario:

- Agencias de reclutamiento o agencias de contratación. Muy utilizadas por el Reino Unido e imitadas más tarde por otros países como Australia o Irlanda. Son programas sistemáticos y coordinados de reclutamiento de profesionales. Se utilizan para diferentes tipos de profesionales, incluidos los de la salud. Las agencias de reclutamiento de profesionales de la medicina prosperan al tiempo que crece la preocupación por la migración de trabajadores sanitarios. Un estudio elaborado en 2004 encontró que estas agencias llevaban a cabo gran parte de su reclutamiento en Camerún, y un trabajo reciente sobre 400 enfermeras emigrantes que trabajan en Londres, encontró que las dos terceras partes fueron reclutadas por agencias (Rodríguez, 2006). El presidente de la Federación Colegial de Enfermería en Mauritania constató que algunos empleadores británicos envían agentes de reclutamiento para contactar directamente con las enfermeras y negociar los contratos. Otro ejemplo se da en Varsovia, donde docenas de agencias han brotado en un intento de atraer profesionales de medicina de Polonia para que trabajen en Reino Unido (ibíd.). En este mismo documento, las prácticas éticas de reclutamiento de estas agencias se describen como muy cuestionables al igual que el incumplimiento de los términos de los contratos por parte de los empleadores.

- Estrategias pasivas. Se las considera pasivas porque consiguen atraer profesionales sanitarios sin un contacto personal ni directo con las personas o los países de origen. Se trata de estrategias basadas en el uso de las nuevas tecnologías y que informan sobre las cuestiones básicas para iniciar un proceso migratorio. Incluyen websites y correos electrónicos. Algunos de los países que aparecen como receptores de personal sanitario, empiezan a utilizar estas estrategias para reclutar personal.

Por último, muchos de los artículos y estudios analizados, tratan de encontrar las **principales motivaciones** que estos profesionales del campo sanitario tienen para desplazarse. Se trata de diversos factores personales, familiares y sociales que les influyen tanto para salir de sus países de origen como para volver a los mismos. La UE, por ejemplo, en su plan de estrategias, “EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries” (2005), ya planteaba que la movilidad no solo responde a la gran diferencia de salarios entre países ricos y países pobres, sino también al grado de eficacia del sistema de atención sanitaria, a las condiciones laborales, al hecho de que en los países pobres no se tengan en cuenta las necesidades familiares o al hecho de que no se garantice la seguridad necesaria a las mujeres que trabajan en un entorno aislado y potencialmente peligroso. En “Motivation and retention of health workers in developing countries” (2008), por ejemplo, se afirmaba que *“los incentivos financieros por sí solos no son suficientes para motivar a los trabajadores de la salud. Es evidente que el reconocimiento es una gran influencia en motivación de los trabajadores de salud y que los recursos adecuados y una infraestructura apropiada puede mejorar la moral de manera significativa”*.

En general, los factores motivacionales más aludidos por el personal sanitario que migran o se plantea migrar son:

- Calidad de vida personal y familiar. El deseo de lograr una vida mejor y unos medios de subsistencia menos precarios es la causa fundamental que empuja a las personas a migrar. El aumento de la calidad de vida personal y familiar, concretado en el incremento de los ingresos familiares o las mejores posibilidades de educación para sus hijos e hijas,

son algunos de los motivos más citados por los profesionales sanitarios emigrados.

- Situación política y social del país. La inestabilidad política y la inseguridad social y económica son también algunos de los motivos más nombrados, sobre todo por ciertos países africanos, asiáticos y latinoamericanos. Se habla, con frecuencia, de espacios violentos en los que resulta complicado alcanzar unos niveles mínimos de estabilidad y seguridad.
- Riesgos en el ejercicio de la profesión. *“En algunos países de África meridional, las defunciones por VIH/SIDA o tuberculosis, son la principal causa del éxodo de los trabajadores sanitarios”* (OMS, 2006). Los países pobres ya tienen una seria dificultad para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y la rápida aparición de enfermedades infecciosas y crónicas, complicadas por la magnitud del VIH/SIDA, la atención materno-infantil, la tuberculosis o la malaria, no mejoran la situación (Ibíd.). Reducir los riesgos para el ejercicio de la profesión se convierte, así, en una motivación importante para que estos técnicos y técnicas decidan migrar a otros lugares. La UE también planteaba que otro elemento que propicia esta escasez tiene que ver con los riesgos inherentes al VIH/sida, ya que, de un modo u otro, muchos profesionales de la salud se verán contaminados o bien personalmente afectados por el VIH/sida (EU, 2005).
- Condiciones laborales. Las cuestiones relacionadas con la seguridad social, el salario de nuevo, el ambiente de trabajo o los horarios son también muy nombrados como promotores del movimiento. Muchos de los profesionales que permanecen en los países que sufren mayor falta de medios, se quedan sobresaturados y no disponen de recursos adecuados para llevar a cabo los tratamientos necesarios. Esto provoca desánimo, saturación y absentismo, lo que repercute en la calidad de la atención y, también, empeora las condiciones de trabajo, aumentando los deseos de migración (OMS, 2006). Los profesionales sanitarios de Perú aluden con frecuencia este factor como motivo de migración (Núñez Vergara, M., 2006. OPS).

En este sentido, aparecen también como factores importantes la precarización del mercado laboral y el estancamiento de las fuentes de empleo, así como las políticas y prácticas de desarrollo de recursos humanos deficientes. Se trata, como se plantea en el artículo de B. Weller (2008), de condiciones de trabajo basadas en la falta de autonomía profesional, la supervisión y apoyo deficientes, prolongados horarios de trabajo, lugares de trabajo inseguros, el acceso escaso a los necesarios suministros, instrumentos e información y pesadas cargas de trabajo.

- Salarios. Aunque ya ha sido mencionado en otros apartados, lo destacamos como uno de los motivos más ampliamente citados como potenciadores de la movilidad de los profesionales de la salud. Las grandes diferencias en las remuneraciones salariales, junto con los deseos de ahorrar, son motivos de gran calado. Los profesionales colombianos citan con mayor frecuencia este factor como determinante en su intención y decisión de migrar (Núñez Vergara, M., 2006. OPS)
- Desarrollo profesional. Las cuestiones que tienen que ver con las posibilidades de desarrollo profesional son también muy importantes y muy citadas por los profesionales migrantes. Entre ellas se encuentran cuestiones relacionadas con las insuficientes posibilidades de especialización y de estudios de postgrado, la falta de estimulación intelectual, la escasez acuciante de fondos para la investigación y el desarrollo científico o las dificultades de acceso a la tecnología. En lo que respecta a América Latina, Chile se percibe como el país de la subregión andina con mayores posibilidades de desarrollo profesional, no en vano es el país receptor por excelencia en esa zona (Núñez Vergara, M., 2006. OPS) y, además, es el factor más aludido por los equipos profesionales de Colombia y Bolivia para migrar (ibíd.)

SON MUCHOS LOS TEXTOS que comentan las negativas consecuencias que, la situación descrita, tiene para los sistemas de salud, sobre todo para los sistemas de los países más pobres. Sin embargo, no hemos encontrado muchos datos (cuantitativos o cualitativos) que muestren o describan con cierta exactitud estas consecuencias.

No obstante, trataremos describir en este apartado algunas de las consecuencias más citadas y comentadas en los diferentes textos. Se trata de dibujar esquemáticamente las implicaciones que la crisis de los sistemas de salud, con especial atención a la movilidad de profesionales de la salud, podría estar teniendo para los diferentes países.

Con respecto a la **calidad de la atención sanitaria**, en el artículo de Coffia (2006), se habla de un aumento de la mortalidad y la morbilidad al estar sobrecargadas las enfermeras en los lugares con menores recursos humanos y, también, se citan algunos casos extremos donde la salida de profesionales, en un sistema que ya tienen grandes carencias, ha derivado en la desaparición de la atención sanitaria a nivel local. Utiliza para ello los indicadores de salud diseñados por la OMS en 1992 y afirma que, aunque en los últimos 12 años algunos de estos indicadores han aumentado en casi todos los países, en algunos lugares emisores de profesionales de salud están deteriorándose con muchísima rapidez. Pone como ejemplo, el caso de Sudáfrica, donde ha aumentado la mortalidad infantil (por debajo de 5 años) de un 6% en 1990 a un 8.5% en 2002 (ibid.)

Además, este mismo texto, muestra las diferencias sociales y económicas entre los países emisores y receptores de enfermeras (figura 8), dejando entrever a lo largo del documento que, si el punto de partida es de semejante desigualdad, la situación descrita sólo puede aumentar dichas diferencias y desigualdades entre países.

Figura 8:

Diferencias sociales, económicas y de salud entre países emisores y receptores de enfermeras

Countries	Health condition			Availability	Economy		Education
	Maternal mortality ratio per 100,000 live births (2000)*	<5 Mortality rate (per 1,000 live births) (2001)†	Life expectancy at birth (years) (2002)‡	Births attended by skilled health personnel (%) (2002)‡	Per capita GDP in international dollars (\$) (2001)‡	Poverty (% of population below \$2 per day consumption) (1990-2001)†	Education Index (2001)†
Recipient							
United States	17	8	77.3	99	35,182	--	0.97
UK	13	7	78.2	99	26,273	--	0.99
Canada	6	7	79.8	98	29,235	--	0.97
Australia	8	6	80.4	100	27,614	--	0.99
Saudi Arabia	23	28	70.8	91	12,877	--	0.71
Ireland	5	6	77.1	100	30,004	--	0.96
Source							
Philippines	200	38	68.3	58	5,166	46.4	0.90
Korea	20	5	75.5	100	15,905	--	0.96
India	540	93	61.0	43	1,560	79.9	0.57
Nigeria	800	183	48.8	42	915	90.8	0.59
South Africa	230	71	50.7	84	7,538	14.5	0.83
Ghana	540	100	57.6	44	1,272	78.5	0.64
Zimbabwe	1100	123	37.9	73	2,271	36.0 (64.2)	0.79

Fuente: Coffia, A. et al. (2006) "Ethical Concerns in Nurse Migration"

Son cuantiosos los textos que, ante esta fuga de profesionales, auguran graves incidencias para la capacidad de atención a los casos de VIH, tuberculosis, malaria, partos o asistencia a menores de 5 años en el continente africano y asiático sobre todo. Mesquita y Gordon (2005), por ejemplo, explican que *"el problema es particularmente agudo en el África subsahariana, donde las grandes cargas de pobreza, la insuficiencia de recurso, las enfermedades infecciosas y el VIH / SIDA que ha infectado hasta un cuarto de la población en algunos países, están causando estragos en los sistemas de salud de estos países"*.

Varios autores y autoras coinciden, también, en apuntar que esta situación aumenta la escasez en los lugares más necesitados, los países pobres. Al haber menos personal cualificado y el que se pueda estar saturado, sobrecargado, sin tiempo para el reciclaje, la autoformación o la multiplicación del conocimiento propio, la calidad de la respuesta sanitaria se verá afectada negativamente. Se reducen, por tanto, las capacidades de atender a las poblaciones y cubrir sus necesidades, sobre todo en los países que sufren las mayores migraciones sin poder sustituirlas.

En este sentido, el caso de las enfermeras sudafricanas es muy ilustrativo porque ellas mismas han expresado su frustración en relación con aquellas que migran y porque presentan una mayor tensión laboral producto de la sobrecarga de trabajo (Núñez Vergara, M., 2006. OPS). Este hecho, complica aún más la situación y promueve la aparición de otra consecuencia de difícil gestión que es el **aumento de la intención de migrar**. *“De este modo, las condiciones que en muchos casos son ya difíciles, y que se caracterizan por falta de equipamiento, bajos salarios y poca aliciente para el desarrollo profesional, promueven una migración que conlleva una sobrecarga de trabajo, desmotivación y estrés, cerrando un círculo vicioso y alentando a las que quedan a migrar”* (ibíd.).

Otra de las consecuencias más nombradas, es la **pérdida económica real y potencia** que la salida continua de personal cualificado tiene para los países. Por un lado, se habla de la pérdida de la inversión económica real utilizada para la formación de dichos profesionales. Por otro, de la pérdida potencial de su fuerza de trabajo, sus conocimientos y su experiencia. La OPS estima que el coste en la formación de cada enfermera en Kenya, por ejemplo, cuesta 43.180 dólares (OMS, 2005). Esto sería especialmente duro para los países pobres, pues pierden profesionales e inversiones que les resultan mucho más complicadas conseguir.

Otros ejemplos de este tipo de pérdidas las tenemos en *Ethical Concerns in Nurse Migration* (Coffia, A. et al. 2006), donde afirman que las enfermeras están en sus años más productivos cuando migran y que gastan esos años en otros lugares diferentes a aquello en los que han recibido su formación, provocando una pérdida de beneficios en los países que han invertido en ellas.

Una nueva consecuencia, que ya adelantaba Coffia, es el **aumento de las desigualdades y las diferencias en el acceso a la salud** entre países, impidiendo con ello alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, disminuyendo la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios de los países más necesitados e impactando negativamente en la salud de las poblaciones en un momento en el que su fortalecimiento es necesario (GTCMS, 2006).

Además, la alta rotación de personal en los servicios de salud, **incrementa los costos operativos** y atenta contra la calidad de los servicios, en la medida que

reduce e interrumpe la organización funcional, la eficiencia de los equipos de salud y causa pérdidas en el conocimiento disponible en las instituciones (ibíd.).

Relacionado con esto último, son varios los textos que, también, hacen alusión a la **pérdida en la capacidad formativa** que esta situación conlleva para los países que sufren salida de profesionales sin posibilidad de sustitución. Así, se habla de la pérdida de posibles formadores y del debilitamiento de las escuelas de enfermería al perder gran cantidad de sus recursos, y su experiencia. En Filipinas, por ejemplo, las salas de operaciones están llenas de enfermeras recién licenciadas porque las que tienen experiencia están fuera (Coffia, A. et al., 2006).

Además, estaría el tema de las **remesas** que tanta división de opiniones ha generado. Algunos textos coinciden en afirmar que la cuantía de las remesas compensan la pérdida de profesionales, mientras que otras visiones sostienen que las remesas todavía no compensan los efectos negativos de la pérdida de un profesional de salud en los países de origen, ya que estos ingresos no se suelen emplear en la reducción de la pobreza y tampoco son invertidos en los servicios de salud de las poblaciones afectadas (OMS, 2005). El problema con las remesas podría ser que, aunque estas suponen un ingreso que ayudará a la economía del país emisor de profesionales, raras veces ese dinero se vuelve a invertir en los sistemas de salud, por lo que la pérdida para la atención sanitaria es casi segura (Coffia, A. et al., 2006).

Por último, citar en este apartado, el llamamiento que Bueno de Mesquita y Gordon (2005) hacen a la utilización de un enfoque de derechos humanos para analizar las consecuencias de esta crisis sanitaria. *“El lenguaje de los derechos humanos se utiliza comúnmente para describir las motivaciones de trabajadores de la salud para emigrar y para buscar una vida mejor y avanzar en sus carreras. Pero los derechos humanos son menos frecuentemente aludidos para articular las consecuencias de su migración, que puede incluir en particular el impacto en el derecho a la salud del sistema de salud usuarios en el país de origen”.*

OTRAS PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS A ESTE PANORAMA

La situación arriba descrita, dibuja un complejo entramado de fuerzas que se influyen unas otra y dan lugar a la crisis de los sistemas de salud. Se trata de una realidad multicausal y multidireccional en la que decidir cuáles son las causas o las consecuencias es una tarea casi imposible de realizar a través de esta revisión sistemática. Sin embargo, sí queremos apuntar algunas de las problemáticas generales que aparecen frecuentemente vinculadas a esta situación y que no podemos considerar consecuencias de la misma sino, más bien, otros aspectos problemáticos del mismo panorama de crisis. Se trata de dos cuestiones continuamente citadas en los diferentes textos consultados y que hemos considerado adecuado mencionarlas para un mejor entendimiento de la situación en toda su complejidad.

Por un lado, encontramos cuestiones relacionadas con **la formación insuficiente o inadecuada** y con programas de enseñanza que no se basan en las necesidades de las poblaciones a las que se atiende. Se habla, en diversos documentos, como el de la OMS (2006), de cómo esta crisis en los sistemas de salud se ve influida por la existencia de programas de enseñanza mal estructurados, de falta de profesorado, de desfase entre las necesidades de recursos humanos en salud y la formación autónoma y planificada de cada país o de escasez de personal con experiencia en los lugares de trabajo. Estas circunstancias afectan negativamente a la calidad de la educación en salud y, por tanto, a la calidad de las intervenciones sanitarias.

En la *Reunión Andina: Migración de los profesionales de la salud* (Padilla, 2009) de la OPS, también se apuntaron algunas cuestiones asociadas a la formación, como el crecimiento del número de instituciones y programas para la formación de profesionales a expensas del sector privado, la débil participación del estado como orientador, el desfase entre la graduación profesional y las oportunidades de especialización y la debilidad en la aplicación de mecanismos regulatorios que garanticen la pertinencia de los estudios promovidos desde los diferentes países.

Son diversos los textos que citan la necesidad trabajar en el marco de reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero y las equivalencias entre países, que destacan el escaso acceso a información y fuentes de conocimiento o que describen la situación de desmoralización y falta de estímulo que todo ello genera en los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario.

Por otro lado, otra de las circunstancias citadas con frecuencia al hablar de la crisis de los sistemas de salud y, en concreto de la movilidad de los profesionales, son las **condiciones laborales de los profesionales en los países de destino**. Son muchos los textos que describen situaciones de desigualdad y desventaja para los trabajadores y las trabajadoras de la salud que provienen de países extranjeros.

El GTCMS (Grupo de Trabajo de la Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud), por ejemplo, en la *VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministras de Salud* (2006) habla de abuso o explotación de la fuerza de trabajo emigrante en los países receptores debido a la dificultad para verificar previamente las condiciones de empleo, a las barreras de idioma, a la falta de normas éticas que afecta a este proceso o a la inexistencia de un marco que regule a las agencias contratantes e intermediarias y a las propias instituciones de salud. También afirma que el personal técnico de salud que trabaja en el extranjero, está muchas veces sometido a un aislamiento cultural y étnico.

El documento de D. Kline del 2003, muestra algunos ejemplos de estas situaciones de precariedad de algunas profesionales sanitarias. En 1996, por ejemplo la Arquidiócesis Católica de Chicago pagó 50.000 dólares en multas y 84.700 dólares en salarios atrasados a 99 enfermeras filipinas que trabajaban en un asilo de ancianos católicos. Las enfermeras fueron empleadas como auxiliares de enfermería. En otras ocasiones, se describen dos niveles de sueldos, a veces dentro de las mismas instituciones. Enfermeras filipinas en Missouri, por ejemplo, recibieron 2,1 millones de dólares por no recibir, en su día, salarios comparables a los de las enfermeras nacidas en Estados Unidos dentro de la misma instalación (ibíd.). También, en este mismo artículo, se muestran datos sobre cómo algunos hospitales ofrecen a las enfermeras en el extranjero sueldos

menores que los ofrecidos a las enfermeras nacidas en EE.UU. Estos informes, también han indicado que las enfermeras extranjeras que trabajan en los EE.UU. se dedican a tareas menos deseables o tienen que trabajar en puestos de nivel inicial, porque no son reconocidas como ciudadanas naturales y quedan excluidas del empleo en las principales instalaciones (ibíd.).

También en el artículo *Ethical Concerns in Nurse Migration* (2006) se citan varios ejemplos de cómo las condiciones laborales, los salarios y las condiciones de vida de las enfermeras en el extranjero, muchas veces no son lo que ellas esperaban. Por ejemplo, la obtención de certificados en el país de destino se alarga más de los que les habían dicho, muchas saben el salario que cobrarán pero no han sido tan bien informadas sobre la diferencia de precios de un país a otro o algunas cobran salarios menores y tienen menores oportunidades de desarrollo profesional.

En el caso de Canadá, por ejemplo, el reconocimiento de las credenciales de los trabajadores inmigrantes sanitarios es una de las grandes barreras para su integración en el país de acogida. En 2006, sólo el 47% de los profesionales de medicina formados y nacidos fuera de la OCDE fueron empleados con categoría de médicos. Otros obstáculos a la integración de los profesionales de la salud educados en el extranjero incluyen el acceso a la evaluación y a programas de formación, fluidez en una lengua oficial o el acceso a una amplia orientación sobre el sistema de salud canadiense. (Dumont, J., Zurn, P Church, J. y Christine Le Thi, C. 2008).

Por la importancia y trascendencia que se da a ambos aspectos en muchos de los textos consultados, sería conveniente tenerlos en cuenta a la hora de buscar soluciones a la crisis.

EN ESTE ÚLTIMO APARTADO, trataremos de enumerar algunas de las estrategias, propuestas o llevadas a cabo ya, para abordar el complejo entramado aquí descrito. Se han recogido todas las iniciativas nombradas en los documentos consultados, ya sean específicas, estratégicas, globales, concretas, sencillas o más complejas y se han organizado en 6 bloques sólo para su mejor presentación y comprensión.

Por un lado, nos hemos encontrado con propuestas dirigidas fundamentalmente a la **gestión de las formas de contratación del personal sanitario**. Algunas de las más citadas son:

- **Agencias de contratación.** Ya las hemos descrito a lo largo de este documento. Se trata de iniciativas ya puestas en marcha por algunos países para hacer frente a su propia escasez de recursos. Éticamente han sido muy cuestionadas y han dado lugar a otro tipo de iniciativas en reacción a su aparición. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), por ejemplo, reconoció en el 2002 el derecho de las enfermeras para migrar, pero al mismo tiempo, anunció los efectos negativos que la migración podría tener en la calidad de la atención sanitaria en los países donantes condenando, muy especialmente, la práctica del reclutamiento de enfermeras en los países donde la planificación de los recursos humanos y los problemas relacionados con la retención y la contratación de las enfermeras no se han abordado (Buchan, J. y Calman, L., 2004).

El cuestionamiento de estas agencias también se ha realizado desde el punto de vista de la eficacia, efectividad y la utilidad de las mismas. En *Ethical Concerns in Nurse Migration* (2006), se afirma que "reclutar enfermeras de los países pobres para hacer frente a la escasez de profesionales en los países ricos, es como tratar una enfermedad vírica crónica con un antibiótico carísimo. Es una prescripción errónea, perpetúa los desequilibrios e impide soluciones a largo plazo".

En esta misma línea, Buchan en *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* cuestiona este tipo de prácticas afirmando

que esta contratación internacional de enfermería, medicina y otro tipo de profesionales sanitarios suponen una solución rápida que puede resultar atractiva para afrontar la escasez de personal en algunos países, pero también puede crear problemas adicionales en la falta de cualificación en los demás. Explica también cómo este tipo de prácticas han sido definidas como un punto de interés crítico que se ha llevado a debate en el Asamblea de la OMS y que ha recibido atención en la UE y en el Consejo de Europa.

- **Contratación ética.** Como reacción en parte a la primera iniciativa descrita, algunas voces invitan a establecer un marco y un compromiso de actuación ética en la contratación de personal sanitario extranjero. Podríamos describir, siguiendo a Buchan en *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, varios tipos de estrategias dentro de esta iniciativa:

1. Acuerdos bilaterales. Los acuerdos bilaterales ofrecen una opción política para la gestión y el seguimiento de la migración de trabajadores cualificados de la salud. Pueden ser suscritos a través de un memorando de entendimiento oficiales (MOU) entre los gobiernos o, con menos formalidad, como un intercambio de cartas de intención (Wiskow, 2005 citado por Awasesd, 2007). Existen algunos acuerdos entre países que limitan el número de profesionales que pueden migrar y un ejemplo es el que Reino Unido y España firmaron en el 2000 u otros acuerdos similares que también Reino Unido tiene con China e India.

Del mismo modo, en el marco de la Unión Europea en 2006 se crea un programa de acción para hacer frente a la escasez de personal sanitario en los países en desarrollo. Este programa, que tiene una duración que comprende el período de 2007 hasta el 2013, invita a la creación de acuerdo bilaterales o al refuerzo de las capacidades nacionales a través de la planificación y el diálogo político.

2. Estrategias unilaterales. Aquí encontraríamos la elaboración de guías internas de buenas prácticas en la contratación de personal extran-

jero. 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”, por ejemplo, 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 (GTCMS, 2006 y 2007). Reino Unido o Irlanda ya han comenzado a utilizar estas guías, pero sus efectos no son aún visibles porque solo las han asumido las clínicas públicas.

3. Estrategias multilaterales. Iniciativas multidireccionales encaminadas a la redacción y aprobación de un código ético de contratación. Se trataría de elaborar un marco de referencia común, un acuerdo entre varias partes para generar convenios sujetos a auditoría con las agencias de contratación y establecer mecanismos de control. En este último grupo de estrategias encontramos algunos ejemplos como el código de prácticas promovido por la Commonwealth (Asociación voluntaria de 54 países, la mayoría de ellos ex colonias británicas o colonias dependientes de estas) o el código promovido por la European Federation of Nurses. Sin embargo, conviene destacar que la iniciativa más trascendente por el número de estados a los que involucra (193) y por su reciente firma el 21 de mayo del 2010 es el código de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud. Este código se desarrolla en torno a 8 principios rectores y contempla desde responsabilidades, derechos y prácticas de contratación, hasta aspectos relacionados con el desarrollo del personal sanitario, la sostenibilidad de los sistemas de salud o la recopilación y el intercambio de información para la investigación.

- **No contratar personal de países en desarrollo.** (Muula, A. 2005). En este mismo texto se plantea que esto puede no garantizar una solución a largo plazo del problema.

Por otro lado, se promueven iniciativas relacionadas con la **planificación de los recursos humanos**. La planificación y la gestión de los recursos humanos en

salud son nombradas en varios documentos como una estrategia para abordar la situación. Se habla del aumento de presupuesto para la dotación de médicos especialistas o del crecimiento sostenido de dotaciones de personal. Podemos describir dos grandes grupos de iniciativas relacionadas con la gestión de recursos humanos:

- **Descentralización.** Implica la dispersión del poder, las funciones y las finanzas de una autoridad central a las autoridades regionales y locales. La principal ventaja es el dinamismo que puede aportar en el mecanismo de asignación de recursos. No solo trae más recursos financieros y humanos, sino que también puede mejorar la utilización de los actuales recursos de atención de la salud, como el de personal. Algunos documentos analizan el potencial de la descentralización para lograr una mejor contratación de personal sanitario, un mejor rendimiento y una mayor retención en las zonas rurales mediante la creación de ingresos adicionales para el sector de la salud, mediante una mejor utilización de los recursos financieros y mediante la creación de incentivos financieros para los trabajadores de la salud. (Haji M., Durairaj, V., Zurn, P., Stormontb, L. y Mapundac, M. en WHD volumen 88, nº 5. 2010).
- **Observatorio regional de los recursos humanos en salud.** Se trata de una estrategia global que busca mejorar los sistemas de salud mundiales por medio del desarrollo de sus recursos humanos en salud. En su página web, explican cómo es una iniciativa de diferentes sectores entre los países de la Región de las Américas y presenta los 5 desafíos que se convirtieron en la plataforma común para el *Llamado a la Acción de Toronto* (por medio del cual el Observatorio Regional se comprometió a una década de voluntad política, acción enfocada, y recursos financieros hacia el desarrollo y la mejora de los recursos humanos en salud de la Región). Los 5 desafíos son (<http://www.observarh.org/>):
 1. Definir políticas y planes de largo plazo para mejor adaptar a la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población. Al mismo tiempo, desarrollar sistemas para beneficiarse de la inmigración de profesionales de salud al país.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población

Para llevar a cabo iniciativas de este tipo es necesario, como bien se apunta en muchos de los documentos consultados, crear y compartir mecanismos sistemáticos para acceder a la información, como registros nacionales de personal profesional en salud o información sobre la capacidad institucional y geográfica.

Otro organismos, como la Unión Europea en el 2006, priorizan este tipo de iniciativas al proponer reforzar la planificación de los recursos humanos en la sanidad y promover la circulación de cerebros, además de movilizar financiación a escala mundial para el desarrollo de capacidades en materia de recursos humanos.

En tercer lugar, destacamos propuestas relacionadas con **la formación** de los profesionales sanitarios. Son diversos los textos que apuntan hacia la mejora de los programas educativos en salud. Se habla de la formación adecuada a las necesidades nacionales, la promoción de programas de becas de intercambio temporal de especialistas, la dinamización del sector formativo, la capacitación

de más personal de salud a corto plazo o el aumento de oportunidades para la investigación y el desarrollo profesional, como claves para abordar la crisis de los sistemas de salud. Algunas propuestas más concretas relacionadas con este ámbito, son:

- **Promover la formación fuera de las fronteras.** Hay una serie de propuestas que abogan por crear programas de formación, en los países que sufren mayor fuga de profesionales, que promuevan la migración temporal. Consideran que, al satisfacer ciertas necesidades de promoción y formación, conseguirán retener más tarde a sus profesionales y evitar la migración permanente.

Este tipo de iniciativas se han promovido por algunos países del Caribe, como Cuba, y ha conllevado algunos acuerdos de formación entre países, como Reino Unido y Sudáfrica, que promueven pasar al menos 6 meses de prácticas en el otro país (Clark, Steward y Clark, D., 2005).

- **Compensación por la inversión en formación.** Algunos textos plantean que los países de origen pueden exigir a los profesionales que terminan sus carreras, un periodo de residencia en su propio país antes de tener la certificación para actuar, sirviendo principalmente en áreas rurales o donde los recursos humanos en salud son más escasos.

Otros, sin embargo, abogan por una compensación económica por parte de los países reclutadores, llegando a plantear acuerdos entre países que permitan que, una porción del impuesto sobre la renta o seguros nacionales percibidos sobre ingresos de los inmigrantes en el país receptor, se remita al Gobierno del país de origen para la reinversión en áreas de la salud pública.

- **Promocionar la formación básica local.** Se trataría de fomentar, en los países más afectados por la fuga de profesionales, una formación tan centrada en las necesidades locales de sus propios países que sea suficiente para atender las demandas locales, pero no para recibir una

certificación de calidad en el extranjero. Así, se impediría la migración permanente y se conseguiría un coste más barato en la educación (Record y Mohiddin, 2006).

- **Ajustar la formación a las necesidades y demandas locales.** Se propone en general revisar y desarrollar 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. También se aboga por la actualización del personal y la educación continua para que pueden defender su valor en el mercado de trabajo, proporcionando así sentido de pertenencia institucional, respaldo y apoyo (GTCMS, 2006 y 2007).
- **Programas específicos para la educación de los médicos para las regiones rurales.** Algunas escuelas de medicina en las grandes ciudades han desarrollado este tipo de iniciativas. Se encuentran en ciudades pequeñas en las grandes zonas rurales y tienen un enfoque rural regional. El alumnado de estas escuelas de medicina sirven también a menudo a las poblaciones rurales y fuera de sus propias regiones. Desafortunadamente, para muchos países en desarrollo, especialmente en África, gran cantidad de estudiantes de estas escuelas médicas finalizan su práctica rural en los países desarrollados, atraídos por las mejores condiciones de las poblaciones rurales de los países ricos. (Rourke, J., en WHO volumen 88, nº 5, 2010).

Recientemente se ha publicado una evaluación del impacto y efectividad de este tipo de iniciativas (Straumea, K. y MP Shawb, D. en WHO volumen 88, nº 5, 2010). La experiencia es en Noruega, donde la desigual distribución de los médicos entre las zonas urbanas y las rurales es un problema persistente, sobre todo en el norte del país, donde en 1997 un 28% de los puestos de medicina de atención primaria estaban vacantes. Una de las alternativas llevadas a cabo en este lugar, consistió en crear una escuela de medicina en la ciudad septentrional de Troms. Se adoptó

de forma sistemática el modelo que había de formación de residentes orientado a la medicina general.

Los resultados de la evaluación muestran que actualmente el número de residentes que aceptan su primer trabajo como licenciados en el norte de Noruega casi duplica la cifra prevista. La permanencia post formación de los médicos de atención primaria al cabo de cinco años es hoy del 65%. Estos datos apuntan a que es posible implantar en las zonas remotas una formación médica de posgrado que garantice el desarrollo profesional, contrarreste el aislamiento profesional, y permita a los profesionales y a sus familiares echar raíces en las comunidades rurales.

Un cuarto grupo de propuestas estaría relacionado con la **política laboral**. Se trataría de mejorar las condiciones laborales en los países de origen, de disminuir las proporciones de empleo precario en relación con el empleo con protección social y estabilidad, de aumentar la oferta de empleo público, de promover políticas de retorno y reinserción o dirigir las a la retención de los profesionales en sus lugares de origen. Están muy relacionadas con el control o regulación de flujos migratorios y algunas de las más citadas son:

- **Incentivos a la estancia en los lugares más necesitados.** La OPS, en este sentido, se plantea en el marco de las VIII y IX Conferencia iberoamericana de ministras y ministros de salud, *“mejorar los salarios y hacerlos competitivos, ofrecer incentivos, buena gestión de la carrera funcionaria, mejorar condiciones de la vivienda, transporte y educación para los hijos, mejorar el sistema de seguridad social para los trabajadores de salud y dotarlos de planes completos de seguros de enfermedad”*.

Por otro lado, la Unión Europea (Commission of the European Communities, 2005) proponía compensar, de alguna manera, a los profesionales que se decidan a trabajar en las zonas más desfavorecidas y más necesitadas. *“Por consiguiente, habría que ofrecer incentivos eficaces para empujar a los profesionales de la salud a trabajar allí donde las necesidades sean más acuciantes. Estas medidas deberían incluir mejoras del alojamiento,*

ayuda a la educación de los hijos y pago de indemnizaciones para los puestos de trabajo situados en regiones aisladas o mal comunicadas”.

También otras iniciativas, como Hagopian (2005), se mueven en esta línea sugiriendo que los aumentos salariales deberían ser principalmente en las áreas rurales y donde haya menos recursos humanos. Un ejemplo claro de este tipo de estrategias es el programa de médicos rurales de Chile. Esta iniciativa pretende atraer a los profesionales de medicina a las zonas rurales un mínimo de 3 años y máximo de 6, a través de la combinación de incentivos económicos, educativos y de gestión (como residencia hospitalaria, salarios más altos o beneficios por aislamiento y responsabilidad clínica). Los resultados dibujan una estrategia satisfactoria, destacando la importancia de los factores no asociados a lo económico en el comportamiento del personal médico. Algunos indicadores del éxito de esta iniciativa son el gran número de solicitantes, la tasa de aceptación cercana al 100%, la tasa de permanencia cercana al 100% o la tasa de aceptación del plazo máximo de estancia que ronda el 58%. (Sebastián Peña, S., Ramírez, J., Becerra, C., Carabantes, J. Arteaga, O., en WHO volumen 88, nº 5. 2010).

- **Sistemas de contratación especial para captar personal sanitario.** Iniciativa llevada a cabo por el Ministerio de Salud de Senegal, donde los trabajadores sanitarios se concentran en determinados centros urbanos, sobre todo en Dakar. Con la intención de mejorar el traslado, contratación y permanencia de trabajadores sanitarios en zonas rurales y remotas, pusieron en marcha este programa que logró cambios destacables entre 2006 y 2008 porque permitió atraer exitosamente a trabajadores sanitarios a las regiones remotas y rurales, y reabrir en ellas puestos de salud periféricos. (Zurn, P., Codjia, L., Sallc, F.L. y Braicheta, J.M, en WHO volumen 88, nº 5. 2010).

Parece que la implantación de un sistema especial de contratación para trabajadores sanitarios puede ser una solución eficaz para reabrir puestos de salud en regiones con baja densidad de personal de salud en

el Senegal. Sin embargo, debe estudiarse la sostenibilidad a largo plazo de esa medida, sobre todo en términos financieros. (Ibíd.).

Otras experiencias de este tipo las encontramos en Kenia o Sudáfrica, donde unas mejores oportunidades educativas o la instauración de subsidios rurales fueron la fórmula más eficaz para aumentar la ocupación de los puestos rurales, mientras que en Tailandia se consiguió el máximo impacto ampliando la cobertura del seguro de enfermedad. (Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathein, V., Mullei, K., Mudhune, S., Goodman, C., English, M. y Lagarded, M. en WHO volume 88, nº 5. 2010).

- **Remuneración por regreso.** Favorecer el retorno de los profesionales a través de programas como el del Instituto Fogarty, que ofrece a los investigadores y académicos africanos una remuneración como un incentivo para volver y permanecer en su país de origen. Estas acciones, sin embargo, pueden provocar resentimiento en el personal local, así como diferencias entre las personas formadas en Fogarty y las formadas localmente. (Muula, A. 2005).
- **Control de la entrada de inmigrantes a través de políticas de admisión.** En Lowell, L. (2008) *Highly skilled migration* encontramos un claro ejemplo de este tipo de propuestas. Están pensadas, más bien, para los lugares de recepción de profesionales y, básicamente, están creadas para conseguir que a estos países accedan los profesionales, de cualquier parte del mundo, mejor preparados y más cualificados, a la vez que aquellos que son más necesarios para el país de acogida y parecen tener mayores posibilidades de integración. La lista de instrumentos pensados para este fin se describen y justifican detalladamente en el citado documento y van desde los visados tradicionales a los cuestionarios de "capacidad de inserción" utilizados en Canadá, pasando por las recientes iniciativas de la Unión Europea como la "tarjeta azul".
- **Programas de servicio obligatorio.** Son una medida utilizada en todo el mundo para distribuir y conservar a los profesionales sanitarios

en los países. Hacen referencia a las leyes o políticas de un país que rigen el despliegue y permanencia obligatorios de trabajadores de la salud en zonas subtendidas y/o rurales de su territorio durante un determinado periodo. Los gobiernos recurren a formas de servicio obligatorio como alternativa para desplegar y conservar al personal sanitario (Frehywot, S., Mullan, F., W Paynea, P. y Rossa, H., en WHO volume 88, nº 5. 2010).

Un estudio reciente (ibíd.) explica más claramente esos programas, determina qué países los han aplicado o los están aplicando, elabora una tipología de esos programas y los analiza a la luz de algunas cuestiones importantes relacionadas con aspectos normativos y con la aplicación de las políticas. En este mismo estudio se identificaron tres tipos de programas de servicio obligatorio en 70 países.

1. Programas de empleo estatal. El equipo de profesionales de la salud trabaja para el gobierno y hay poca o ninguna oportunidad para la práctica privada o no gubernamental. El Gobierno gestiona los contratos de trabajo (ministerios federales y estatales de la salud) y tiene la autoridad para asignar empleados de la salud en cualquier parte del país, basada en la necesidad de un número determinado de años. Este tipo de programas los podemos encontrar en Cuba, Irán o Australia.
2. Programa de cumplimiento de obligaciones a cambio de incentivos. Se trata de programas en los que el personal médico recibe incentivos si cumple una serie de obligaciones. Nos encontramos con incentivos educativos como en el caso de Nueva Zelanda, Mongolia, Japón y Vietnam, incentivos laborales como Ecuador y Sudáfrica, incentivos relacionados con las condiciones de vida como en Kenia, Mozambique y Zambia o una combinación de todos ellos como Ecuador, Tailandia y Chile.
3. Programa de cumplimiento de obligaciones sin incentivos. Es el caso de México, Venezuela, Malasia e India y consiste en que el alumnado

recibe formación parte del estado en medicina, enfermería u otras profesiones relacionadas con la salud, a cambio del cumplimiento de una serie de obligaciones.

A la luz de este documento, parece que el servicio obligatorio no puede ser capaz de proporcionar una respuesta permanente ni garantizar el desarrollo de una plantilla fija para las comunidades marginadas pero, si está bien planeado con incentivos, puede contribuir al desarrollo, distribución y retención del personal sanitario en las zonas rurales y desatendidas (Frehywot, S., Mullan, F., W Paynea, P. y Rossa, H., en WHO volumen 88, nº 5, 2010).

Por último, desarrollamos un bloque de iniciativas que, aunque tienen que ver con todas las anteriores, destacan por su especial llamamiento a **la cooperación y la colaboración entre países**, dando protagonismo al hecho de que la mayor parte de las problemáticas son comunes (aunque afecten más a unos que a otros) e invitando a aprovechar sinergias y a llegar a un consenso sobre las estrategias más adecuadas.

- **Cooperación entre países del Caribe.** Coaliciones entre el gobierno y diferentes Asociaciones oficiales de enfermería en el Caribe. Varios coordinadores oficiales de enfermería (jefes de Gobierno) y varias presidentas de asociaciones de enfermería en diferentes países caribeños, han firmado y acordado un plan para mitigar el impacto de la migración, para promover estrategias de retención del personal sanitario a través de la mejoras de las condiciones laborales y las oportunidades de formación y para establecer estrategias que escapen de las herencias del colonialismo y del impacto del neocolonialismo (Clark, Steward y Clark, 2005).
- **Cooperación entre países de la subregión andina.** Fomentar la creación de una "ciudadanía andina" que trabaje por la disminución de la vulnerabilidad externa y que mejore la posición de los países miembros de esta agrupación en el contexto económico internacional. Pretende

también fortalecer la solidaridad subregional, reducir las diferencias de desarrollo existentes entre países miembros y crear un marco común para la habilitación de la libre movilidad del personal de salud, para el reconocimiento de títulos, para la garantía de procesos de formación y para el equilibrio de las condiciones de trabajo de unos países a otros (GTCMS, 2006 y 2007).

- **Compartir el conocimiento.** Se trataría de redes de multiplicación del conocimiento a través de programas de formación (Dodani & LaPorte, 2005). Invita a conectar los países en desarrollo y desarrollados a través de los profesionales, utilizándolos como canal de multiplicación del conocimiento a través de redes que permitan a los profesionales de salud migrados conectarse con sus países de origen y contribuir al desarrollo de sus países con sus conocimientos y destrezas aprendidas en el extranjero.
- **Integración de los sistemas de salud.** En un contexto de globalización se llega a plantear una integración de los sistemas de salud entre países donantes y receptores como es el caso de Reino Unido y Ghana, basándose en una *“política hacia la migración, no en la limitación de la movilidad sino en la equidad en la atención de la salud”* (Ogilvie et al., 2007). Plantea la cooperación bilateral entre países receptores y emisores buscando la libre circulación.
- **Intercambio de “buenas prácticas”** a través de experiencia de otros países, creando capacidad técnica para compartir estas experiencias, para apoyar su aplicación, monitoreo y evaluación. Esa propuesta se origina desde la concepción de la falta de capacidad de los gobiernos locales de diseñar y llevar a cabo reformas en el sistema de salud.
- **Colaboración sur-sur.** Cooperación bilateral más efectiva de sur a sur en el intercambio de profesionales.

LITERATURA GRIS

Asamblea General AMM (2003) Declaración de la asociación Médica Mundial sobre las normas éticas para la contratación Internacional de Médicos. Helsinki.

Bach, S. (2003) International migration of health workers: Labour and social issues.

Bhargava, A. & Docquier, F. (2005) HIV pandemic, medical brain drain and economic development in sub-Saharan Africa. Tesis in Catholic University of Louvain, Belgium.

Buchan, J. & Davlo, D. (2004) International Recruitment of Health Workers to the UK. A Report for DFID. DFID Health Systems Resource Centre.

Buchan, J. (----) Health worker migration in Europe: assessing the policy options. Eurohealth Vol 13 No 1.

Capítulo de RRHH para La Salud de las Américas (2006).

Chamberlain, C. et al. (----) Health Personnel in Southern Africa. Confronting maldistribution and brain drain. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) Health Systems Trust (South Africa) and MEDACT (UK).

Comisión de las Comunidades Europea (2006) Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007-2013) . Comunicación de la comisión al parlamento europeo y al consejo. Brussels, com (2006) 870 final.

Commission of the European Communities (2005) EU Strategy for action on the crisis in human resources for health in developing countries Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Brussels, com (2005) 642 final.

Commission of the European Communities (2008) Green Paper. On the European Workforce for Health. Brussels com (2008) 725 final.

Commonwealth Secretariat (2002) Commonwealth code of practice for International Recruitment of Health workers. Paper by the Commonwealth Secretariat. London.

Docquier, F. (2006) Brain Drain and Inequality Across Nations. IZA Discussion Paper No. 2440. Germany.

Dolea, C. (2009). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper. WHO, Ginebra.

Dumont, J.C.; Martin, J. & Spielvogel, G. (2007) Women on the move: the neglected gender dimension of the brain drain. IZA DP 2029.

FIBEMYD (2008) Foro Iberoamericano sobre Migración y Desarrollo. Aportes y Conclusiones principales. Ecuador.

Grupo Orgánico de Sistemas y Servicios de Salud Departamento de Recursos Humanos para la Salud Equipo de Permanencia y Migración del Personal de Salud (2009) Código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la contratación internacional de personal de salud. WHO, Ginebra.

GTCMS, Grupo de Trabajo de la Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud (2006) VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Declaración de Colonia del Sacramento. Uruguay.

GTCMS, Grupo de Trabajo de la Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud (2007) IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. "Cohesión Social y Protección Social en Salud". Chile.

Koolhaas, M.; Pellegrino, A. y Prieto, V. (2007) Emigración de Personal Calificado: el caso de los profesionales de la salud formados en Uruguay.

Medina, E; et al. (2008) Migración de enfermeras en República Dominicana OPS/DMS: Unidad de Recursos Humanos Área de Fortalecimiento de Sistema de Salud Investigación Multicéntrica Migración de Enfermeras de América Latina, Centroamérica y el Caribe. República Dominicana.

OECD – Policy Brief (2010). International Migration of Health Worker. Improving international co-operation to address the global health workforce crisis.

OPS/DMS/ Organismo Andino de la Salud (2008) Plan Andino de Recursos Humanos en Salud en la Subregión Andina.

OPS-Bolivia (2007). Informe final: Evaluación de la migración de profesionales en salud. Bolivia.

Padilla D., M. (ed.) (2009) Reunión Andina: Migración de los profesionales de la salud. OPS/ OMS

Reyes Vidal, A. et al. (2007) Estudio Regional sobre Migración de Enfermeras de América Latina. OPS/ Universidad Andres Bello/ ALADEFE. Chile.

Rosales, C. (2002) Tendencias de la Fuerza de Trabajo en Salud en las Americas. OPS.

Thomas, C.; Hosein, R. & Yan, J. (2005) Assessing The Export Of Nurses As A Diversification Option For CARICOM Economies. Report prepared for the Caribbean Commission on Health and Development.

Weller, B. (2008) Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. Alianza Mundial para los recursos humanos de salud (prepublicación).

LITERATURA INDEXADA

Adams, D., et al. (2004) "The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries" in Human Resources for Health 2:3; 1-14. BioMed Central Ltda.

Apland, L. et al. (2006) *The Brain Drain of Health professionals from Africa to Canadá*. Published Idasa and Queen's University. Canadá.

Awasesd, M. et al. (2007) "Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis?" in *Social Science & Medicine* 64: 1876-1891 Elsevier Ltda.

Bourassa Forcier, M.; Simoens, S. & Giuffrida, A. (2004) "Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries" in *Human Resources for Health*; 2:12 BioMed Central Ltda.

Buchan, J. (2008) *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* WHO.

Buchan, J. y Perfilieva, G. (2006) *Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications*. WHO.

Buchan, J. y Calman, L. (2004) *La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones*. Consejo Internacional de Enfermeras. Suiza.

Buchan, J. y Sochalski, J. (2004) "The migration of nurses: trends and policies" in *Bulletin of the World Health Organization*; 82: 587-594.

Buchan, J.; Parkin, T. & Sochalski, J. (2003) *International Nurse Mobility Trends and Policy implications*. World Health Organization

Bueno de Mesquita, J. y Gordon, M. (2005). *The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis*. Medact, UK.

Chen, L., et al. (2004). "Human resources for health: overcoming the crisis" in *Public Health* 364: 1984-90.

Clark, P.; Steward, J. y Clark, D. (2005). "The Globalization of the Labour Market for Health-Care Professionals" in *International Labour Review*; 145,1-2: 37-64 ; ABI/INFORM Global.

Coffia, A. et al. (2006). "Ethical Concerns in Nurse Migration" in *Journal of Professional Nursing*, Vol 22, No 4: 226-235. Elsevier.

Development Research Centre on Migration, Globalisation & Poverty (2007). *Human Resources For Health And Migration: Mobility, Training and the Global Supply of Health Workers*, in Briefing n° 10.

Díaz, D. y Hurtado, M. (1994). "El comercio internacional de servicios de salud: principales cuestiones y oportunidades para los países de América latina y el Caribe" en *Series Informes técnicos* vl. 33 OPS/DMS.

Dodani, S. & LaPorte, R. (2005) "Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain?" In *Journal of Royal Society of Medicine* 98:487-491.

Dovlo, D. (2007) "Migration of Nurses from Sub-Saharan Africa: A Review of Issues and Challenges" in *Health Research and Educational Trust* 42:3, 1373-1387 Part II.

Gray, C. (1999) "How bad is the brain drain?" in *Canadian Medical Association or its licensors* 161 (8) JAMC. Suiza.

Hagopian, A. (2005) "The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy" in *Social Science & Medicine* 61 : 1750-1760. Elsevier Ltd.

Hatcher Roberts, J. (2008) "The Impact of Global Inequities on Health Professional Migration" in *Policy Polit Nurs Pract*: 9; 323 SAGE.

Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn (2007) "Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration" in *International Migration Outlook, OECD/SOPEMI* Cap. III: 161-228.

Kline, D. (2003) "Push and Pull Factors in International Nurse Migration" in *Journal of Nursing Scholarship*; 35:2, 107-111. Sigma Theta Tau International.

López-Valcárcel, B. y Pérez, P. (2008) "Demografía médica" en *Jano*; 1701:26-31. www.jano.es

Lowell, L. (2008) "Highly skilled migration" in *World Migration Cap.II*: 51-76.

Marchal, B. & Kegels, G.(2003) "Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility?" in *International Journal of Health Planning and Management* 18: S89-S101.

Mejia, A. (1978) (2004) "Migration of Physicians and Nurses: a World Wide Picture" in *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (8) 626-630.

Muula, A. (2005) "Is There any Solution to the "Brain Drain" of Health Professionals and Knowledge from Africa?" in *CMJ*; 46(1):21-29.

N Henderson, L. y Tulloch, J. (2008) Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries, in *Human Resources for Health*. BioMed Central Ltda.

Núñez Vergara, M. (2006) *Migración de Recursos Humanos en Salud: Subregión Andina*. OPS, Perú.

Ocampo, C. (Ed.) (2007) *Aproximaciones a la migración del talento humano en salud en Ecuador*. OPS- Quito, Ecuador.

Ogilvie, L. et al. (2007) "The exodus of health professionals from sub-Saharan Africa: balancing human rights and societal needs in the twenty-first century" in *Nursing Inquiry*; 14(2): 114-124 Blackwell Publishing.

OMS (2006) "Informe sobre la Salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la Salud" Catalogación por la Biblioteca de la OMS - Organización Mundial de la Salud.

OPS. Área de sistemas y servicios de salud (2008) "Notas preliminares sobre migración y escasez de enfermeras en América latina". Catalogación por la Biblioteca de la OPS - Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

Pellegrino, A. y Vigorito, A. (----) "La emigración calificada desde América Latina y las iniciativas nacionales de vinculación. Un análisis del caso uruguayo" en *Pensamiento Iberoamericano*; 4: 189-215.

Record, R. & Mohiddin, A. (2006) "An economic perspective on Malawi's medical brain drain" in *Globalization and Health*; 2:12: 1-8 BioMed Central Ltda.

Rodríguez, C. (2006) "¿Por qué se mueven los trabajadores sanitarios?" en *Economía de la Salud*; 70-74 WHO.

Salmon, M.; Yan J.; Hewitt H. & Guisinger, V. (2007) "Managed Migration: The Caribbean Approach to Addressing Nursing Services Capacity" in *Health Research and Educational Trust XX:XX*.

Schrecker, T. y Labonte, R. (2004) Taming the Brain Drain. A challenger for public health systems in southern Africa in *INT J OCCUP ENVIRON HEALTH*; 10:409-415.

SELA (2009) La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. VI.2/09: 2-54. Sela Venezuela.

Stilwell et al. (2004) Managing brain drain and brain waste of health workers in Nigeria on line: http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/82/stilwell/en/ visitado en: 04/04/2010.

WHO (2010) Addresses the special theme of retaining health workers in remote and rural areas. Volume 88, Number 5, May 2010, 321-400. *Bulletin of the World Health Organization (BLT)*. On line <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/en/index.html>.

Wibulpolprasert, S. & Pengpaibon, P. (2003) "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand. Four decades of experience" in *Human Resources for Health*; 1:12: 1-17 BioMed Central Ltda.

Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Laura Wyness, L., Blaauw, D. y Ditlopo, P. (2008) Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review, in *BMC Health Services Research* BioMed Central Ltda.

Wilson, NW., Coupe,r ID., De Vries, E., Reid, S., Fish, T. y Marais, BJ. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural and Remote Health, en <http://www.rrh.org.au>.

Zurn, P. y Dumont, J-C (2008) Health workforce and international migration: can new zealand compete? OECD health working paper no. 33.

Zurn, P., Dumont, J-C., Church, J. y Le Thi, CH.(2008) International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities OECD health working paper no. 40.

La Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato Nº MIGR/2008/152-804), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay a través del Grupo de Trabajo de Migraciones Profesionales del Espacio Iberoamericano, cuya Secretaría ostenta.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan Ignacio Martínez Millán

Lic. M^º Agustina Pando Letona

Campus Universitario de Cartuja

Apdo. de correos 2070

18080 Granada - España

Tel. +34 958 027 400

Fax +34 958 027 503

E-mail: maritxu.pando.easp@juntadeandalucia.es

Web EASP: www.easp.es

Web Acción: www.mpdc.es



Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo