



## Encuentro parlamentario en Salud Global

### Fuga de cerebros y escasez de personal sanitario

#### RESUMEN

Sólo para universalizar la atención al parto y la vacunación son necesarios unos tres millones adicionales de profesionales sanitarios. Las migraciones acentúan un problema global en el que las peor paradas son las comunidades empobrecidas.

Las migraciones profesionales en el área de salud

PILAR NAVARRO

Consultora del área de gestión de servicios sanitarios /  
Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

Las migraciones profesionales constituyen un fenómeno complejo que genera desequilibrios en el acceso a los sistemas de salud. Esta escasez de recursos humanos en los sistemas sanitarios impide la prestación de servicios de salud básicos, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, en muchos países del todo el mundo, y especialmente en los del sur.

#### Necesidad de planificar las *necesidades de recursos humanos*

La planificación es un proceso complejo, sobre todo político, para programar la disponibilidad de personal sanitario a corto y largo plazo. Existen muchas variables que tienen que ver con el **análisis de la oferta** (p.ej. cuántos profesionales médicos y de enfermería se forman, qué número de plazas hay que habilitar, diseño de planes formativos) y el **análisis de la demanda** (p.ej. el desarrollo económico, crecimiento poblacional, rendimiento laboral y los servicios prestados por otras profesiones)<sup>1</sup>. Estos datos permiten realizar un **análisis de la brecha** y un **análisis de soluciones** para tomar decisiones. La planificación no puede ser algo aislado, sino coordinado entre las diferentes instituciones, agentes implicados y naciones.

#### Flujos migratorios y razones por las que se emigra

Numerosos estudios caracterizan los flujos migratorios identificando **factores de atracción** y **factores de expulsión** de los profesionales de los diferentes países. El estudio realizado por la EASP en el marco del proyecto “Migraciones profesionales, desarrollo compartido” financiado por la UE<sup>2</sup>, se plantea ahondar en las motivaciones que alientan la migración de los profesionales de la salud del Sistema de Salud Público Andaluz en comparación con profesionales de Uruguay e identificar elementos útiles para la definición de las políticas de recursos humanos.

El estudio caracteriza los **principales factores** para la migración de un grupo de profesionales y otro. También se identifican otros **factores coadyuvantes** (que ayudan a tomar la decisión de migrar), otros **factores que restan** para poder emigrar (p.ej. idioma, homologación) y otros **factores nulos** (de atracción y expulsión que no han sido evidentes). En cuanto a las razones para

<sup>1</sup> Richard A. Cooper, Thomas E. Getzen, Heather J. McKee and Prakash Laud Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage Health Affairs, 21, no.1 (2002): 140-154 <http://goo.gl/MbD4l>

<sup>2</sup> Para conocer más sobre el proyecto: [www.mppdc.es](http://www.mppdc.es)

el **retorno**, se identifican la discriminación por xenofobia y la conciliación de la vida familiar. Aunque son mayoritarios los factores que impulsan a la **permanencia**.

Los datos del estudio no son concluyentes puesto que no son representativos. Por ello se ha concedido otro proyecto de investigación que se llevará a cabo próximamente.

### **Minimizar los efectos negativos de la migración**

No se puede obstaculizar el derecho de migrar de las personas, pero sí se tienen que desarrollar estrategias para atraer y retener el talento. Se propone:

- Hacer menos probable el deseo de emigrar por razones profesionales. Para ello será necesaria una fidelización y apoyo a las fuerzas de trabajo formadas.
- Hacer más probable la migración circular y con retorno (p.ej. con el reconocimiento de pensiones).
- Buscar beneficios del hecho de ser país emisor.
- Ser conscientes de la responsabilidad, en términos de equidad, de ser país receptor.
- Concretar las acciones derivadas del Código de buenas prácticas de la OMS en contratación internacional del personal de salud.
- La planificación no puede ser un tema segmentado, debe existir una unidad y comunicación entre los responsables sectoriales.

### **Progresos y desafíos en la migración internacional de personal sanitario**

**GIORGIO COMETTO**

**Asesor del Director Ejecutivo de la Alianza Global en pro del personal sanitario**

El tema de la migración ha generado una gran atención en la arena política internacional, en parte también por la injusticia asociada a la idea de que los países ricos se beneficien de los escasos trabajadores sanitarios de los países de bajos ingresos. Por esta razón, la OMS aprobó en 2010 el [Código de buenas prácticas en la contratación internacional de personal sanitario](#).

El Código establece la adopción de medidas de acuerdo con tres ejes:

1. **Políticas internas de los Estados miembros:** regular la contratación internacional de personal de salud de acuerdo con principios éticos, evitando contratar en los países que enfrentan una escasez crítica, y apostando por la autosuficiencia.
2. **Principio de la solidaridad entre los Estados:** prestación de asistencia técnica y financiera a los países que enfrentan una grave escasez de personal de salud para el desarrollo sostenible de sus recursos humanos de salud, acuerdos bilaterales y multilaterales.
3. **Información y evidencia:** fortalecimiento de sus sistemas de información, recopilación de la información pertinente sobre la producción y la migración de los trabajadores sanitarios y sobre la existencia de acuerdos bilaterales y multilaterales con otros países en materia de migración.

### **Limitado progreso en la implementación del Código**

Se esperaba que para 2012 los Estados proporcionaran un **primer informe sobre los progresos realizados** en la aplicación del Código. Hasta octubre de 2012 sólo 81 países habían identificado

una autoridad nacional encargada, y de ellos sólo 48 (la mayoría de ellos de Europa) habían presentado un informe.

Así mismo, el progreso ha sido hasta ahora más limitado en el establecimiento de medidas concretas como nuevas leyes, regulaciones, acuerdos bilaterales y multilaterales, que son necesarias para la implementación del Código.

### **Conclusiones: acelerar la ejecución del código**

El Código ha generado un gran interés y buena voluntad entre los países acerca de un tema que había sido unas veces descuidado y otras muy controvertido. El progreso para la puesta en marcha de las disposiciones del Código puede y debe acelerarse. Para ello se necesita:

- **Coordinación Inter-sectorial**
- **Evidencias y datos para monitoreo y planificación**
- **Implementación del código para abordar problemas de RHS**
- **Compromiso político para la cobertura universal en salud**
- **Leyes y regulaciones efectivas**
- **Colaboración multinacional**

**El impacto de las migraciones en el acceso a servicios de salud materna y neonatal**

**JIM CAMPBELL**

**Director, ICS Integreare**

En los últimos tres años, ha habido numerosas resoluciones, conferencias mundiales y otros eventos internacionales relacionados con la partería y las parteras. Asimismo, los eventos proyectados para 2013-14 influirán sobre cómo la salud materna y neonatal se refleja en la **agenda de desarrollo post-2015**.

### **Informe: El Estado de las Parteras en el Mundo 2011<sup>3</sup>**

El informe, publicado en Junio de 2011, es el primer análisis comprehensivo de los servicios de la partería, la educación, regulación y condiciones de servicio en 58 países donde la mortalidad materna y neonatal son más elevadas. El informe se centró en la contribución de las parteras y de la partería a lo largo del conjunto continuo de cuidados de salud reproductiva, materna y neonatal.

Una innovación del informe fue la definición de “**recién nacido**”, un término sobre el que no hay consenso global en cuanto a cómo se debería medir la mortalidad de recién nacidos. El informe establece que el periodo del recién nacido se debería considerar **entre el nacimiento y los 3 días de edad**, ya que éste es el momento en el que ocurren el mayor número de muertes neonatales.

### **Principales conclusiones**

- **Las cantidad de profesionales de la partería (y su calidad) no se conocen.**
- **Cantidades inadecuadas– cobertura no equitativa.**
- **Déficit en materia de competencias, cobertura y acceso:** no existe una cantidad suficiente de parteras plenamente cualificadas ni otro personal con competencias de partería.

---

<sup>3</sup> [http://www.unfpa.org/sowmy/report/home\\_es.html](http://www.unfpa.org/sowmy/report/home_es.html)

- **La tríada educación-reglamentación-asociación no está suficientemente focalizada en la calidad de la atención.**
- **Hay desarticulación entre las políticas y un deficiente acceso a los datos necesarios o a las informaciones estratégicas.** Las políticas nacionales relativas a los servicios de salud materna y neonatal muy a menudo no tienen en cuenta la importancia fundamental del personal de partería ni la necesidad de mejorar la calidad de la atención.

### **La Iniciativa de Países de Alto Riesgo (High Burden Countries Initiative –HBCI)**

Apoyada por la alianza de Salud 4+ (UNAIDS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial, OMS) y en el marco de la campaña [Cada Mujer, Cada Niño \(EWEC\)](#), profundiza en las investigaciones del informe del Estado de las Parteras en el Mundo, y examina las cuestiones dentro de los países, incluyendo las migraciones internas.

Se están llevando a cabo evaluaciones en profundidad de la partería en 8 países<sup>4</sup> que representan casi el 60% de la carga global de mortalidad materna y neonatal. Se examinan los déficits en disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios, con el objetivo de apoyar a gobiernos nacionales en el desarrollo de estrategias y presupuestos para aumentar el personal de la partería y mejorar sus resultados en salud materna e infantil.

Para que los resultados en salud y la cobertura sean efectivos se necesita contar con personal en salud cualificado, disponible en las zonas rurales y respaldado por un fuerte sistema de salud. Por ello se insta a los gobiernos a que afronten el desafío y emprendan acciones para influir y alcanzar compromisos en cuanto a: **disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad de estos profesionales sanitarios**. Sólo así se podrá mejorar y alcanzar la cobertura que necesitan las madres y sus bebés.

## **Intervenciones**

### **Félix Fuentenebro, Médicos Mundi**

- Describir el itinerario **de un profesional sanitario de un país africano** para llegar al sistema público sanitario en España. Hace falta desmitificar porque en la conciencia social se ha pensado que es un camino fácil cuando realmente no lo es y está lleno de trabas.
- Entre los países que han firmado el acuerdo y han designado una autoridad nacional de seguimiento del Código ¿Se encuentra España? ¿Ha presentado un informe de avance?

### **Giorgio Cometto, Alianza Global en pro del personal sanitario**

España ha firmado el convenio y ha identificado una organización responsable para el monitoreo del Código, que ha entregado un informe a la Secretaría de la OMS.

### **Sergio Galán, AECID**

Importancia de la coherencia de políticas internas y externas que afectan a la planificación de AECID en salud. Sería interesante tener la **información sobre el origen de los profesionales sanitarios que están trabajando en España** para poder tomar decisiones de cara a reorientar la AOD y fomentar esa coherencia de políticas a la hora de formar o apoyar la formación de recursos humanos.

### **Juan Antonio López Blanco, Ministerio de Sanidad**

<sup>4</sup> Afganistán, Tanzania, Bangladesh, Etiopía, Mozambique, Nigeria, RC Congo, India.

- No existen datos concluyentes de profesionales extracomunitarios que trabajan en España. Desde hace cuatro años se lleva a cabo un proceso de configuración del registro de profesionales sanitarios en España y **se espera que esté disponible en 2013**. Será importante para establecer las políticas de planificación en consonancia con la migración.
- La homologación del título es libre para cualquier profesional. Luego entra en competencia para el acceso a una plaza de formación sanitaria especializada en las condiciones que marcan las normas de regulación. Esta plaza da derecho a una formación (4-5 años) sin que con ello se obtenga un reconocimiento de residencia en el país.
- El Min. de Sanidad está trabajando para que los movimientos de profesionales no vayan en perjuicio de los países emisores, si bien es cierto que **los contratadores no dependen del Estado, dependen de las Comunidades Autónomas**. Desde el Ministerio se establece que las contrataciones se hagan en las condiciones de legalidad existentes en España.

### **Sergio Galán, AECID**

Solicita sugerencias sobre indicadores que de manera global o más aproximativa permitan a España rendir cuentas sobre estos compromisos de cara a la reunión anual de Expertos en Salud.

### **Giorgio Cometto, Alianza Global en pro del personal sanitario**

Existen indicadores de progreso sobre la implantación del Código sobre los que cada país debe informar, por ejemplo: densidad de profesionales disponibles, establecimiento de comités interministeriales, acuerdos bilaterales/multilaterales.

### **Pilar Navarro, EASP**

Que existan buenas prácticas en la contratación implica que los países sepan qué necesidades van a tener en el futuro. Es importante **tener indicadores vinculados al ejercicio de planificación**.

### **Jim Campbell, Integrare**

Hay que recurrir a nuevos sistemas, nuevas fuentes (p.ej. asociaciones profesionales) e indicadores (p.ej. oferta de móvil libre a los profesionales de salud en Tanzania).

### **Félix Fuentenebro, Médicos Mundi**

- ¿Cuál es el tratamiento del Código de las condiciones laborales de los profesionales migrantes?
- Problema en la acreditación de las parteras profesionales. Es un factor clave para la reducción de la mortalidad materna. ¿Cómo se ha trabajado este aspecto en el informe?

### **Giorgio Cometto, Alianza Global en pro del personal sanitario**

El Código tiene artículos que establecen la igualdad de oportunidades laborales para los trabajadores domésticos y los migrantes. La mayoría de los países informan sobre la puesta en práctica de estos artículos, pero son principalmente los países ricos. Se desconoce cuál es la situación en los países pobres con la migración sur-sur.

### **Jim Campbell, Integrare**

Necesitamos soluciones adaptadas para cada país. Aunque los agentes comunitarios de salud pueden ser importantes para realizar el continuum de cuidados, cuando hay problemas no tienen las competencias necesarias. Se necesita complementar con un sistema de salud profesional regulando también las acciones del sector privado.