

MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD (II)

Dr. Enrique Soto*
Dr. Alarico Rodríguez**
Dr. Ricardo Acuña***

En el primer artículo sobre el tema, publicado en **Cuadernos 2** del CES, los autores establecieron que el país presenta, a nivel demográfico, una debilidad estructural de tal magnitud que condiciona y condicionará su capacidad de desarrollo hasta el mediano plazo y más allá si no se producen rápidamente cambios profundos en esta área. Los datos que se presentaron en ese artículo son de tal contundencia que no dejan lugar a dudas. Los saldos negativos y características de las corrientes migratorias unidos a una tasa de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo de la población⁽¹⁾, tendrá como consecuencia un mayor envejecimiento de la población que a su vez implica-

rá fuerte repercusiones económicas (especialmente en el financiamiento de la seguridad social) y sanitarias (cambio del perfil epidemiológico de la población con las consecuencias en cuanto a elaboración de políticas sanitarias y formación de RRHH).

El área específica de la migración de RRHH de salud no escapa a esa realidad y a la vez presenta características que le son propias, lo que también quedara claramente documentado en el trabajo anterior.

El punto de tensión que se establece entre el interés de los gobiernos de invertir en la capacitación y poder contar con los recursos humanos necesarios para llevar adelante sus políticas sanitarias y el legítimo interés particular de quienes por razones de desarrollo profesional, personales o

1. Agenda Uruguay 2020. Coordinadores: Rodrigo Arocena, Gerardo Caetano. 2007. Ediciones Santillana.

familiares desea emigrar buscando mejor destino, es difícil de conciliar, sobre todo cuando se trata en este último caso, de un derecho individual inobjetable.

A la vez se establece un segundo punto de tensión, ahora entre los países centrales, que llevan adelante activas políticas de captación selectiva de RRHH jóvenes capacitados en áreas específicas, siendo la salud una de ellas. Los países oferentes que poco o nada habían hecho para intentar revertir o mitigar el perjuicio que les significa, en tanto está claramente demostrado que la insuficiencia de los recursos humanos en salud (RHS) de salud impacta en la calidad de atención y en la posibilidad de implementar políticas de promoción y prevención de la salud.

Este complicado escenario colocó el tema como punto de discusión en numerosos foros internacionales. Veamos en forma sucinta el contenido de alguno de ellos.

El “Llamado a la Acción de Toronto, octubre 2005, para una década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015)”, reúne las discusiones de los grupos de trabajo de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 de octubre de 2005.

El objetivo de este llamado fue movilizar y convocar a los diferentes actores vinculados al tema de la sa-

lud, a la elaboración de políticas de RRHH de salud que contribuyan al logro de las prioridades de salud de los países, accesibilidad y servicios de salud de calidad y de los Objetivos del Milenio.

Otro antecedente fue el de marzo de 2006 “Migración y Recursos Humanos para la Salud: de la concientización a la acción”. Seminario organizado por la OIM.

Las discusiones se dieron desde los puntos de vista de los países que aportan y de los países que reciben trabajadores de la salud. Participaron 160 delegaciones representantes de gobiernos, sindicatos, asociaciones y sector privado de 63 países.

Fue evaluada la dimensión del fenómeno, el debilitamiento que determina para los sistemas sanitarios de los países que aportan RRHH de salud, las consecuencias para las personas que se ven obligadas a emigrar y las dificultades de los propios países receptores.

Las conclusiones fueron las esperables: insuficiencia de trabajadores de la salud; inadecuada distribución de los RRHH en salud entre países y hacia el interior de los mismos, predominando en este caso la dificultad para proveer las áreas rurales; altos costos para los países de origen de la migración; perspectivas de segura acentuación de las desigualdades en la atención de salud entre países de origen y receptores. También quedó

de manifiesto la necesidad de administrar estos desafíos de manera compartida entre todos los actores, incluyendo al sector privado y las asociaciones civiles.

Se reconoció que esta distribución desigual de RRHH de salud no es solo producto de la migración siendo ésta parte del problema. En la medida que no mejoren las condiciones de trabajo y las oportunidades en los países de emigración perpetuaría la situación actual.

Se identificaron a la vez las razones del déficit de trabajadores de la salud a nivel global. Las causas identificadas fueron la falta de inversiones suficientes en la formación, las malas condiciones de trabajo en tanto intenso, duro, mal remunerado y de alta responsabilidad, insuficientemente valorado y en general el desempeño de la tarea en un contexto de gestión ineficientemente administrado a nivel local o nacional.

La obvia conclusión del encuentro: el personal de salud se distribuye en el mundo y en el interior de los países según la oferta de mejores salarios, oportunidades de carrera y condiciones de trabajo y no según la matriz de necesidades de atención médica y condiciones sanitarias de las poblaciones.

Durante la 59ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en mayo del 2006, se abordó el tema de la situación de los RRHH de salud a nivel

global y adoptó una resolución sobre la necesidad de un rápido incremento del personal sanitario.

Además, durante la Asamblea se presentó “la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario” para hacer frente a la escasez mundial de enfermeros, médicos, parteros y otros profesionales sanitarios.

Se priorizaron cuatro áreas. Una primera tiene que ver con la necesidad de obtener mejor información sobre la migración de los RRHH de salud, la segunda con la rápida implementación de políticas que alcancen todas las variables del fenómeno, que por otra parte muestra factores comunes aun entre regiones muy diferentes: ingresos, satisfacción laboral, carrera, gestión y motivaciones sociales y familiares. La tercera tiene que ver con la posibilidad de evaluar los resultados de las intervenciones internacionales a través de la materialización de acuerdos internacionales tanto entre países como entre instituciones, creación de mecanismos de compensaciones económicas para los países proveedores, la forma de contratación internacional entre otros y, finalmente, la perspectiva del trabajador donde aparece la ya comentada “Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario”, la necesidad de definir políticas y planes que contribuyan a la mejora de la gestión de los RRHH de salud, desde la formación hasta el desempeño y la coordinación

de los organismos internacionales vinculados al tema de migración de trabajadores sanitarios (OIM, OMS, OIT).

La Declaración de Colonia del Sacramento de los Ministros de Salud de Iberoamérica

La Declaración de Colonia del Sacramento de los Ministros de Salud de Iberoamérica significó una inflexión en el curso de los acontecimientos relacionados con migración de RRHH de salud. Se constituye en el marco político que deberá contener las diferentes acciones que se lleven adelante en este tema y establece el compromiso político de los gobiernos de una región de tomar medidas concretas para abordar el fenómeno.

Queda claramente explicitado desde el Art. 1º: “Nuestro firme propósito de abordar el tema migraciones en salud desde un enfoque iberoamericano que tenga en cuenta sus peculiaridades, complejidades y dificultades tanto para el diagnóstico del fenómeno como para elaborar alternativas que atenúen los problemas que puedan generarse en el corto, medio y largo plazo”.

Advierten que “la migración del personal de salud constituye un problema en aumento en la región de las Américas de graves consecuencias en los países iberoamericanos. (Art. 2),

en tanto aparejan “problemas para el funcionamiento de los sistemas de salud en algunos países...” (Art. 3) y “genera efectos adversos sobre la calidad de los servicios de salud en los países de origen”. (Art. 5)

Se hace referencia también a que el impacto negativo no queda circunscrito exclusivamente a los países oferentes sino que incluso “... puede generar problemas a la calidad de los servicios en los países receptores, en virtud de las diferencias lingüísticas, culturales y de los requisitos y condiciones laborales”. (Art.6)

Luego establece un eje de acción: “La información sistemática sobre migración de personal de salud en Iberoamérica debe ser mejorada para permitir un análisis en profundidad y la definición de propuestas e intervenciones”. (Art. 7) y que los efectos negativos de la contratación internacional de profesionales de salud ocasiona a los sistemas sanitarios de muchos de nuestros países son reales y plantean un serio problema ético”. (Art. 10)

De la Declaración surge la disposición de atacar el problema desde todos sus ángulos, desde aquellos que son responsabilidad de nuestros países: estudiar el fenómeno, “... establecer adecuados mecanismos de concertación entre los países que permitan mantener un equilibrio razonable de dicho fenómeno”. (Art. 3) “... mejorar las oportunidades de

contratación, de desarrollo profesional y de educación continua en los países y servicios de origen” (Art. 4), “... promover programas que faciliten el retorno del personal de salud mediante políticas de oferta de empleo, reconocimiento de créditos académicos...” (Art.5)

La declaración también recomienda a los países centrales: “La conveniencia de que los gobiernos regulen los procedimientos, derechos y obligaciones de las agencias de contratación internacional de profesionales sanitarios que operan en nuestros países”. (Art. 6), y rechaza el “... uso de políticas migratorias selectivas de recursos humanos que puedan causar impacto negativo sobre la salud y la vida de nuestros ciudadanos”. (Art. 7)

Queda definido en esa misma reunión que sea Uruguay el país que coordine un Grupo de Trabajo sobre el tema “para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados (gobiernos, escuelas de formación, empleadores públicos y privados y asociaciones de profesionales de la salud) y considerando los aportes de la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y con el respaldo de la Secretaría General Iberoamericana y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a

través de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud”. Art. 11 Num. III)

Es en base a esta declaración aparecen tres consideraciones como ineludibles:

1. El reconocimiento que la libre circulación de las personas es un derecho individual inalienable.
2. Que lo anterior no impide que el fenómeno migratorio deba ser estudiado, cuantificado y en lo posible regulado por los países oferentes de RRHH en tanto implica un impacto negativo de magnitud para la organización de los sistemas sanitarios de los países latinoamericanos.
3. Que el aspecto regulatorio puede establecerse en base a mecanismos de contraprestaciones, (capacitación, equipamiento etc.), inserción laboral temporal u otros que los países demandantes de RRHH pueden ofrecer a los países oferentes.

Grupo de Trabajo Migraciones de RRHH en Salud. (GT Migraciones)

De acuerdo a lo establecido por la VIII Conferencia Iberoamericana

de Ministros de Salud, celebrada en octubre 2006 en Uruguay, se creó un grupo de trabajo “GT Migraciones” coordinado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay con el propósito de generar un espacio de análisis y monitoreo del fenómeno migratorio de RHS en de los países de Iberoamérica, facilitar las coordinaciones necesarias para un abordaje sistémico, regulado e integrado con los agentes involucrados y encarar alternativas de compensaciones para mitigar el impacto de dicho fenómeno.

Se establecieron los términos de referencia del GT y en función de los mismos se construyó una agenda de trabajo, se realizaron las coordinaciones correspondientes con diferentes organismos internacionales con sede en Uruguay (Organización Panamericana de la Salud y su Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud con sede en Washington, la Organización Internacional de Migraciones, y la Comisión Económica para América Latina) y otras nacionales con las que se llevaron adelante una serie de actividades y actuaciones vinculadas a este tema.

El MSP realizó la convocatoria para la conformación de un grupo de trabajo interno con la participación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Udelar).

Posteriormente convocó también

al 1^{er} Encuentro de la Red Observatorios OMS-OPS sub-región Cono Sur de RRHH en Salud el 6, 7 y 8 de junio de 2007. Dicho evento contó con la participación de representantes de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay, Costa Rica, Ecuador, Perú, EL Salvador y de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional de Migraciones dependiente de ONU.

Por Uruguay participaron, además del MSP, las Facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Odontología y Enfermería de la Udelar, los gremios de profesionales, médicos, odontólogos y enfermeras.

Los objetivos del encuentro fueron abordar la temática de las migraciones del personal sanitario tanto en su diagnóstico como en la elaboración de alternativas a nivel regional y desarrollar una visión integrada de las migraciones del personal sanitario desde las perspectivas de gobierno, académicas y gremiales del Uruguay.

La actividad se constituyó en un importante catalizador para el comienzo de instancias sistemáticas de análisis del fenómeno y quedó de manifiesto la preocupación del mundo académico y de los gobiernos por esta nueva variable de análisis para el diseño de políticas de RHS de los países de la región.

Se reiteró enfáticamente que además de los aspectos cuantitativos, el fenómeno tiene impacto en el plano

social, económico, político y educativo de diverso grado en cada uno de los países de la región y a pesar de que los trabajos no reflejan la realidad de toda la región, ya hay evidencias de que los procesos migratorios de RRHH en salud, involucran fundamentalmente a las profesiones de medicina y enfermería.

También quedaron definidos los países receptores, siendo Chile a nivel de Sudamérica, el que aparece con mayores factores de atracción para captar a esos RRHH de salud, además de Estados Unidos y Canadá si se incluye América del Norte. En relación al conjunto de la región iberoamericana, el principal país receptor es España.

La visión de las migraciones de RRHH de salud desde la perspectiva de un proceso de reforma del sistema sanitario.

Los RRHH de salud constituyen un elemento crítico para un proceso de reforma del sistema de salud. Pueden constituirse en una fortaleza o en una debilidad según su número, distribución, grado de capacitación, motivación o compromiso.

La actual administración plantea que el nuevo modelo exige la capacitación, “reciclaje” y un cambio en la formación a los efectos de la incorporación de los RRHH a la nueva cultura que aquél impone.

También exige una racionalización en la distribución de los RRHH

en todo el territorio, una mejora en las condiciones de trabajo, adecuaciones salariales, estímulo, valorización de la función y posibilidades de actualización.

Estos aspectos que muestran un considerable retraso no se presentan fáciles de abordar y solucionar. A esto se agrega que en algunas áreas (enfermería y algunas especialidades médicas o quirúrgicas), los recursos son insuficientes.

Por lo tanto, en este escenario, el fenómeno de la migración de RRHH de salud no puede observarse más que con preocupación en tanto no contribuye a mejorar ninguna de las debilidades aludidas y obviamente agrega como una nueva amenaza que merece la instrumentación de una política de RRHH que tome en cuenta las razones que subyacen al fenómeno en el plano nacional.

Algunos datos que permiten cuantificar en forma somera el universo del cual estamos hablando, nos dicen que en el año 2000, el total de trabajadores de la salud ascendía a 71.496 personas y correspondía al 5% de la Población Económicamente Activa. El 54% corresponde a fuerza de trabajo femenina.

El 76% de los médicos se encuentran concentrados en Montevideo y el 24% restante en el interior del país, pero también con alta concentración en las capitales departamentales o grandes poblados, lo que permiti-

ría reflexionar sobre la migración a la interna del país de los RRHH de salud.

Los factores relacionados a la formación de los recursos, insuficiencia en la oferta de postgraduación, formación que no se ajusta a las necesidades del sistema de salud o amplia oferta de opciones de formación en los países centrales son los que, solos o sumados, estimulan la migración temporal que a veces se hace definitiva.

Los factores relacionados a las condiciones de trabajo, remuneraciones, organización del trabajo, planes de capacitación permanente o adaptación de la formación con los requerimientos del sistema son muchas veces determinantes.

En la medida que tengamos bien definidas las características del fenómeno podremos actuar para reducir su impacto.

Sabemos que se trata de un fenómeno selectivo que apunta a cuadros jóvenes, bien calificados, sobre todo médicos y enfermeras, que su destino fundamentalmente son los países desarrollados y que existen movimientos de los países tratando de captar esos recursos.

Las medidas de protección

Las medidas de protección no parecen fáciles de instrumentar, ni de resultados inmediatos. Consisten pri-

meramente en desarrollar sistemas de información integrales de recursos humanos que permitan conocer, estudiar y caracterizar el problema de la migración del personal de salud para la formulación de políticas tendientes a mitigar o revertir sus efectos.

Se hace necesario también la formación de unidades de planificación de la fuerza de trabajo en salud, e instituciones de formación para lograr acuerdos para reducir las razones de migración y a limitar su impacto, con la coordinación de los ministerios de salud y trabajo y la participación de sindicatos y asociaciones de profesionales que tienen un rol importante en la discusión sobre regulación de la migraciones y de la explotación de los trabajadores migrantes.

En este aspecto debemos decir que el censo de RRHH de salud que por primera vez y a nivel nacional lleva adelante el MSP, constituye un elemento de importancia, dado que se constituirá en la base informativa a partir de la cual podrán desarrollarse las siguientes etapas del estudio del fenómeno.

Las instituciones de formación deberán ajustar los procesos de formación a las necesidades y demandas locales y las instituciones empleadoras deberán mejorar las condiciones laborales, planificar el personal de las instituciones, reducir las pérdidas de tiempo laboral, estimular el desarrollo profesional y la educación continua.

La implementación de políticas de retorno del personal de salud, políticas laborales flexibles que se adecuen a las expectativas de los trabajadores deberán ser materia de estudio de los diferentes actores.

Por otra parte, se hace necesario el monitoreo y mantenimiento de vínculos con los profesionales en el exterior.

El concepto de “comunidad” debe extenderse a los uruguayos en el exterior para que aun sin estar presentes se sientan partícipes de los procesos que se van dando en el país y facilitar un eventual retorno manteniéndolos informados sobre las oportunidades que se presenten.

En el artículo anterior, los autores propusieron la creación de un banco de datos, no solo cuantitativo, sino de intercambio real, instrumento que debería concretarse.

Los países receptores deberán llevar adelante políticas responsables de reclutamiento y mejorar el tratamiento de los trabajadores migrantes, en tanto tienen el deber ético de garantizar a los nuevos trabajadores los mismos derechos que los trabajadores locales.

Otros aspectos importantes son: la regulación de las agencias reclutadoras tanto a nivel de los países receptores como en los proveedores, apoyo a las políticas de desarrollo de recursos humanos de los países de origen, promover programas inter-

nacionales y de becas de intercambio temporal de especialistas y docentes por períodos preestablecidos y repropiciar el retorno al país.

Las medidas que deberán negociar los países proveedores con los países receptores del personal de salud consistirán en acuerdos a los efectos de limitar la migración, regularizar sus flujos en el tiempo, establecer adecuados mecanismos de compensación a los países de origen de los profesionales de salud, analizar la posibilidad de lograr acuerdos entre los países proveedores y realizar negociaciones con los países receptores, establecer prohibiciones, definir mecanismos de pagos por los recursos humanos que reclutan, acciones estas que permitirán mantener un equilibrio razonable del fenómeno.

Dos situaciones de emigración organizada de RRHH luego de la Declaración de Colonia del Sacramento.

Desde 2006 a la fecha se han presentado en tres ocasiones comunicaciones del SMU con el MSP a los efectos de alcanzar convenios para la incorporación de médicos en países europeos. Dos de ellas involucraban a España y la restante a Portugal.

Cronológicamente, la primera solicitud fue realizada por la provincia de Las Palmas de Gran Canaria para la incorporación de colegas en la isla de Lanzarote, la siguiente con Portugal y la restante con Andalucía.

Las Palmas. En octubre de 2006 se recibe en el Ministerio de Salud Pública una comunicación procedente del Ministerio de Relaciones Exteriores de parte de la Sra. cónsul honoraria de Uruguay en Las Palmas de Gran Canaria, respecto de las carencias y necesidades de médicos especialistas en esa provincia de España y el proyecto para superar tal situación.

La ministra dispone la creación de un Grupo de Trabajo con el cometido de analizar la solicitud efectuada, integrada por representantes de la Dirección General de la Salud, Departamento de Habilitaciones y Control de Profesionales, Sindicato Médico el Uruguay y Federación Médica del Interior.

Fue una primera experiencia en la que la solicitud de RRHH involucra a instituciones de gobierno. El aspecto positivo fue que se canalizó a través del organismo rector de la salud de manera que fue posible, hasta cierto punto, cumplir un papel regulatorio y con conocimiento que permite el seguimiento de la situación.

La selección de los postulantes estuvo a cargo de la provincia de Las Palmas, los gremios dieron la difusión correspondiente y el MSP dio las garantías de que los profesionales se encontraban inscriptos en el registro de habilitación del MSP.

Se realizó un primer llamado y un segundo no llegó a concretarse dado

que no se definió por parte de las autoridades españolas la forma que adoptaría la contraparte mencionada.

Hoy, como resultado de este proceso, se encuentran trabajando en Lanzarote siete médicos.

Portugal. La situación que se dio con la República de Portugal es diferente. Ambos países firman un “Memorando de entendimiento” durante la visita del presidente Dr. Tabaré Vázquez a aquel país en setiembre de 2007. Dicho memorando establece que ambos países promoverán iniciativas de cooperación en:

- Promoción, protección, recuperación y rehabilitación de salud.
- Intercambio de información tecnológica en materia de salud.
- Intercambio en el área de la atención primaria de salud, del conocimiento de gestión, del conocimiento de tecnología de alta complejidad y de sistemas de información.
- Desarrollo profesional e inserción temporaria de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud uruguayo y en el Sistema Nacional de Salud portugués.

Luego se establece entre ambos países el “Programa de Acción para el Desarrollo profesional e inserción

temporal de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud Portugués y en el Sistema Nacional de Salud Uruguayo” (04/03/2008), que se refiere a la concreción del “Memorando” de septiembre/07 mediante la regulación / implementación de la cooperación en dos áreas:

- Desarrollo Profesional e Inserción Temporal de Recursos Humanos en Emergencia Médica.
- Intercambio del Conocimiento de la Tecnología de Alta Complejidad – Capacitación en Trasplante Hepático y Renal.

El MSP en conjunto con las asociaciones profesionales realizó la difusión del llamado a médicos para el área de Emergencia Médica y paralelamente el Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas designaron el equipo profesional a ser capacitado en trasplante hepático y renal.

En este caso, Uruguay proporcionaba los recursos humanos en el área de emergencia que Portugal necesitaba, pero la inserción laboral, que se concretó con las mismas condiciones de trabajo y retributivas de los médicos portugueses, era temporal, negociada con la Orden de Médicos de Portugal. La inserción laboral se concretaba luego de un período exclusivamente de capacitación y luego

de un período de desempeño profesional. Los colegas retornarán al cabo de tres años con una importante experiencia.

Pero además, el componente “b” de la propuesta se constituyó en componente de contraparte “puro” dado que Portugal no obtenía “beneficio” y Uruguay lograba tener capacitación en una técnica que busca implementar: el trasplante hepático. En este caso no habría inserción laboral sino solamente tres meses de entrenamiento en esa técnica para cirujanos, anestesistas, transfusionistas y hepatólogos.

Los tribunales fueron designados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nova de Lisboa y de la Facultad de Medicina de la Universidad Clásica de Lisboa. Seleccionaron 31 de los 65 aspirantes. Su edad promedio fue de 33 años y los años de graduación iban del 2004 al 2007.

Esos 31 seleccionados debieron realizar un curso intensivo de portugués solventado por la Embajada de Portugal, la prueba correspondiente, la prueba escrita de medicina y prueba clínica consistente en una evaluación oral de medicina en idioma portugués. Todas las pruebas eran eliminatorias.

Finalmente, aprobaron 15 colegas.

En el mes de mayo llegaron a

Portugal los médicos designados por el Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas para la capacitación en el área de trasplante hepático y renal. En junio llegaron los 14 médicos para trabajar y capacitarse en el área de emergencias (una médica desistió).

***Médico. Vicepresidente del CASMU, miembro del CES y de la Comisión de Asuntos Internacionales del SMU**

**** Médico. Representante de Latinoamérica en el Consejo de la AMM, MR Comisión Asuntos Internacionales del SMU**

***** Médico. Director de la CJPPU, Miembro del Grupo de Trabajo Migraciones de RHS**