



**FORO GLOBAL SOBRE MIGRACIÓN Y DESARROLLO (GFMD)
9-11 de julio de 2007
Bruselas, Bélgica**

**Documento preparatorio
(Versión original en inglés)**

Mesa Redonda 1

Desarrollo del capital humano y de la movilidad laboral: Maximizar las oportunidades y reducir los riesgos

Sesión 1.1: Migración altamente cualificada: equilibrar intereses y responsabilidades

Coordinadores de la sesión: Gobiernos del Reino Unido y Ghana

Socios en la organización de la sesión: Gobierno de Malawi, Gobierno de los Países Bajos, OMS, OCDE

La información del documento informativo ha sido aportada por la OCDE, la OIM, el Banco Mundial y el MPI. Las cuestiones horizontales han sido tratadas atendiendo a las contribuciones del Centro para la Igualdad de Oportunidades y la Lucha contra el Racismo (Bélgica), DAW, OIT, OIM y OHCHR.

Panel de la sesión

Presidente: D. Mark Lowcock, DG Política e Internacional, DFID, Reino Unido

Copresidente: Dr. Ken Sagoe, Desarrollo de Recursos Humanos, Servicio de Sanidad de Ghana, Ghana

Ponente 1: Dr. Ann Phoya, Directora de la Secretaría de SWAps, Ministerio de Sanidad de Malawi, Malawi

Ponente 2: Dr. Jean Yan, Científica Principal de Enfermería y Partería, Presidenta del Grupo de Trabajo Técnico sobre Migración, OMS.

Interventor: D. Jean-Pierre Garson, Jefe de la División de Economías de Países no Miembros y Migración Internacional, OECD

Relator: Dña. Renée Jones-Bos, Directora General de Política Regional y Asuntos Consulares, Ministerio de Asuntos Exteriores, Países Bajos

Le agradecemos a las Embajadas siguientes por su colaboración preciosa en la traducción de los documentos: Argentina, España, Ecuador, México y Perú

Este documento informativo está basado en un documento del Profesor Ronald Skeldon, de la Universidad de Sussex, en el Reino Unido, y ha sido elaborado en colaboración con el Grupo de Trabajo creado por el gobierno belga para preparar la primera reunión del Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo (FMMD). El único objetivo de este documento es informar y facilitar el debate de la Mesa Redonda 1,1 durante la primera reunión del FMMD. El documento se basa en fuentes abiertas y no pretende ser exhaustivo. Los organizadores no se responsabilizan ni ofrecen garantía alguna en relación con la validez, veracidad e integridad de la información contenida en este documento. El documento no refleja necesariamente las opiniones de los organizadores del FMMD ni de los gobiernos u organizaciones participantes en las Mesas Redondas. El FMMD es un proceso informal, por lo que este documento tampoco constituye compromiso alguno de las partes que lo utilicen en los debates del FMMD. Toda reproducción de este documento, parcial o en su totalidad, debe citar la fuente correspondiente.

Resumen ejecutivo

En un mundo de mercados laborales globalizados, ha aumentado la movilidad de las personas calificadas y con estudios entre los países en desarrollo y los países desarrollados. La denominada “fuga de cerebros” o flujo de salida de personas altamente calificadas de sectores que son fundamentales para el desarrollo, como la sanidad, la educación o la agricultura, retrasan en algunos casos la consecución de los objetivos del desarrollo, sobre todo en los países en desarrollo más pequeños. Sin embargo, para algunos países, la fuga de cerebros se ha convertido en una ganancia de cerebros a través de las inversiones de los emigrantes, la creación de redes de contactos y proyectos, la transferencia de conocimientos y otras formas de colaboración con el país de origen de los emigrantes.

No obstante, la migración pocas veces constituye la causa de la falta de desarrollo, por más que se le acuse de los resultados negativos. La migración es parte de un panorama más amplio en cuanto al desarrollo, y en realidad es tanto una consecuencia como una causa de la falta de desarrollo. Las políticas generales de desarrollo para promover el crecimiento económico, mejorar el estado de derecho y el buen gobierno pueden afectar a la decisión de los emigrantes de abandonar el país. Sin embargo, ya existen algunas políticas e iniciativas en los países de origen y de destino para contribuir a formar, retener y recuperar a los trabajadores cualificados con vistas al desarrollo. Las propuestas conjuntas entre gobiernos y entre los sectores público y privado pueden garantizar muchas veces un mejor equilibrio de intereses y resultados.

Este documento se centra en el sector de la sanidad como un cristal a través del cual analizar los flujos y los impactos de la migración cualificada; y qué grado de efectividad han tenido las políticas para resolver esta situación a favor del desarrollo. ¿Qué incentivos se han utilizado para que estas políticas fueran efectivas? ¿Qué asociaciones existen y cómo se ha logrado que funcionen? ¿Cómo se puede usar la ayuda al desarrollo para respaldar las iniciativas políticas en este ámbito? El documento identifica algunas buenas prácticas de los gobiernos y otros organismos dirigidas a garantizar que la migración cualificada de los países en desarrollo, al mismo tiempo que satisface las necesidades del mercado laboral en los países desarrollados, no afecta negativamente al desarrollo del país de origen.

Introducción

La migración altamente cualificada de los países en desarrollo a los países desarrollados ha aumentado en los últimos años, en parte debido a la emergencia de los mercados globales para trabajadores con determinadas habilidades y a la fuerte competencia entre los países desarrollados por reclutar a dichos trabajadores.¹ Las economías desarrolladas de Asia Oriental han sido las últimas en unirse a la carrera global por los trabajadores cualificados, y probablemente su mercado se expanda rápidamente con un crecimiento regional y una mayor inmigración neta.²

Sin embargo, la emigración de los trabajadores cualificados de los países en desarrollo se debe también a las escasas oportunidades y a las malas condiciones de trabajo en estos países; aunque esto no se puede identificar automáticamente con el empeoramiento de las condiciones en el país de origen. No obstante, la migración pocas veces constituye la causa de la falta de desarrollo, por más que se le acuse de los resultados negativos. La migración puede ser tanto una consecuencia como una causa de la falta de desarrollo. A pesar de que los primeros estudios apuntaban a los efectos perjudiciales que tenía la migración de trabajadores cualificados sobre las comunidades que estos dejaban atrás, en la actualidad se considera más bien que la migración cualificada también puede generar rendimientos en la educación e impulsar el desarrollo del capital humano en los países más pobres, también a través de las remesas o de la transferencia de conocimientos al país de origen (aunque, tal y como indica el Banco Mundial, es posible que las remesas de los trabajadores cualificados no tengan un impacto tan grande como las de los trabajadores menos cualificados).³

El efecto de la migración cualificada varía de un país a otro, y normalmente es mayor en las economías más frágiles y con poblaciones más pequeñas. Para muchos países de África Subsahariana o de la región del Caribe, si no pueden retener los talentos generados por sus propios sistemas educativos, o atraer los que necesitan, la fuga de cerebros en los sectores fundamentales puede mermar su capacidad para reducir la pobreza y aumentar el crecimiento económico.⁴ Al mismo tiempo, cada vez más países en desarrollo compiten con el mundo desarrollado por los trabajadores más cualificados.

En la carrera de los países desarrollados por atraer a “los mejores y los más brillantes”, surge una tensión entre la política de migración y la política de desarrollo. La política de inmigración suele tratar de atraer a los emigrantes de mayor calidad, lo cual puede interferir con el objetivo de la política de desarrollo de reducir la pobreza y aumentar los niveles de bienestar en los países en desarrollo. Es posible que algunos de los trabajadores “mejores y más brillantes” tengan que permanecer en su país para que la política de desarrollo sea efectiva. El tema de la sesión 1.1 del FMMD es cómo conseguir un equilibrio viable para que la migración beneficie tanto al país de origen como al de destino. La educación y la formación son cuestiones políticas fundamentales en esta interrelación de la migración y el desarrollo.

El objetivo de este documento informativo es proporcionar información al debate de la mesa redonda resumiendo las principales conclusiones de un estudio reciente sobre la migración cualificada y dando a conocer las políticas y prácticas actuales para gestionar la migración de los profesionales cualificados. El movimiento de los profesionales sanitarios se utiliza para reflejar la migración de los trabajadores altamente cualificados en general. No es idéntico pero puede servir como un cristal a través del cual percibir en su conjunto la migración de los profesionales cualificados. La sesión girará por tanto en torno a algunos programas en marcha, y extraerá de estos las políticas, los incentivos y las condiciones que más probablemente maximizan los beneficios y minimizan los riesgos de la migración cualificada.

Definiciones

No existe una única definición de “trabajador cualificado” entre los estados o los expertos. En términos generales, los trabajadores altamente cualificados son los que tienen estudios de nivel superior y componen el grupo de los “recursos humanos en ciencia y tecnología”.⁵ Sin embargo, la categoría de los trabajadores “cualificados” puede ser mucho más amplia, y también son necesarios muchos trabajadores con menos formación para impulsar el desarrollo. Este documento se centra sobre todo en los trabajadores necesarios en el sector sanitario y utiliza las definiciones de los trabajadores sanitarios que establece la OMS.⁶ Estas definiciones reconocen que la prestación de servicios sanitarios no se limita a médicos y enfermeras solamente, sino que incluye a *“todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud.”* No obstante, y a pesar de la importancia de estos trabajadores, las categorías de “médico” o “enfermera” suelen aparecer en las clasificaciones de empleo de la mayoría de los países y son por tanto objeto de la mayoría de los trabajos existentes sobre el movimiento de los trabajadores sanitarios.

El debate en el Foro Mundial se centrará en una definición general de los trabajadores altamente cualificados.

Contexto

Información básica

Muchas veces no existe la información adecuada a través de la cual evaluar la migración de los profesionales sanitarios de un país a otro. Gran parte de la información es meramente anecdótica. Además, los datos disponibles pocas veces están desglosados por género, lo que hace aún más difícil proporcionar unas cifras exactas sobre el grado de movimiento migratorio de mujeres cualificadas. No obstante, una cosa queda clara: en los países desarrollados de Europa, Norteamérica y Australasia cada vez hay más profesionales sanitarios formados en el extranjero. El porcentaje de extranjeros licenciados en medicina que ejercen en los Estados Unidos, por ejemplo, pasó del 18% en la década de 1970 al 25% en el año 2000, y más del 30% de los médicos en el Reino Unido y Nueva Zelanda por las mismas fechas habían estudiado en el extranjero.⁷ Otros cálculos indican que aproximadamente 18.556 médicos de 10 países subsaharianos trabajaban en ocho países de la OCDE en 2005, es decir, una media del 23% de los médicos del país de origen.⁸ La misma fuente señala que casi 30.000 enfermeras y matronas de 19 países subsaharianos, el 5% del total, trabajaban en siete países de la OCDE por esas fechas. Y se prevé que las necesidades sigan creciendo: Estados Unidos prevé un déficit de 800.000 enfermeras en 2020⁹. La OCDE ha realizado hace poco un análisis de los principales tipos de migración cualificada a los países más desarrollados en el mundo (Perspectivas de la Migración Internacional 2007). El Banco Mundial ha elaborado una nueva base de datos sobre la fuga de cerebros médicos bilateral.

Modelos internacionales de migración

Dividir el mundo en países de origen en el sur y países de destino en el norte es simplificar en exceso un mundo en el que hoy en día todos los países son tanto de origen como de destino para la migración. Los últimos estudios demuestran lo difícil que es confirmar que las denominadas “crisis de personal” o impactos negativos en los sistemas sanitarios públicos son consecuencia de la migración cualificada, incluso en África Subsahariana.¹⁰ No todos los médicos y enfermeras extranjeras que trabajan en países desarrollados han estudiado en países en desarrollo; y los profesionales sanitarios, sobre todo los médicos, circulan por los países desarrollados (ej.: médicos británicos que van a EE.UU., médicos australianos que van al Reino Unido). Aunque al principio se observó una transición de una emigración neta a una inmigración neta en cuanto al desarrollo, los crecientes niveles de desarrollo no implican el fin de la emigración. El Reino Unido, por ejemplo, sigue siendo una de las principales fuentes de emigrantes cualificados en el plano mundial: no es sólo un país de destino.¹¹

Modelos internos

Cualquier análisis del impacto del éxodo del personal sanitario sobre el desarrollo debe tener en cuenta su distribución dentro de los países de origen. La mayoría de médicos y enfermeras en los países en desarrollo suelen concentrarse en la capital o al menos en los principales centros urbanos. Dos tercios de los médicos en Ghana, por ejemplo, trabajan en las dos principales ciudades de Accra y Kumasi.¹² No hay motivo para pensar que si los médicos y enfermeras que emigraron se hubieran quedado en el país, habrían trabajado en regiones más remotas o más pobres del mismo. Por tanto, no parece probable que el éxodo nacional de médicos afecte de un modo significativo al estado de salud de la población en las zonas con mayor necesidad, donde la mejora de los indicadores básicos probablemente afectaría a los ODM.

Modelos sectoriales

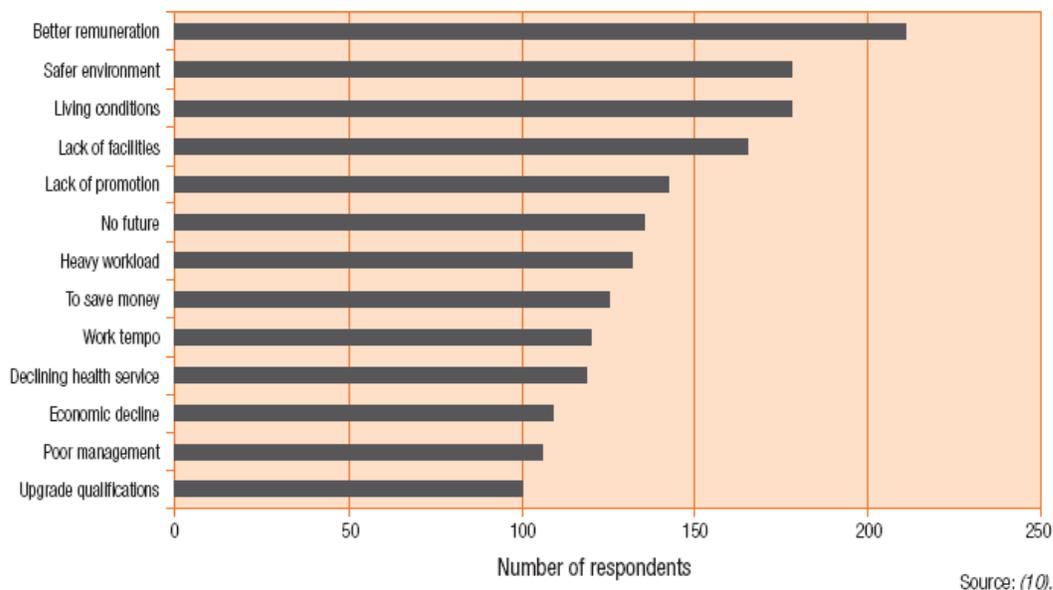
El personal cualificado también abandona más el sector que el país. Los bajos salarios, las condiciones de trabajo y las perspectivas profesionales hacen que los trabajadores abandonen el sector de la sanidad pública y accedan a otros empleos, incluido el sector privado y las empresas. Por ejemplo, aunque en 2001 había 32.000 puestos vacantes para enfermeras en el sector sanitario público de Suráfrica, se calculó que había otras 35.000 enfermeras inactivas o en paro.¹³ Este flujo intersectorial más que de migración destaca la necesidad de reformar la función pública y centrarse en el movimiento general del talento de un país, no sólo médicos y enfermeras, para poder comprender cualquier crisis en el sector de la sanidad. Es posible que aquellos que podrían liderar la función pública y la vida política de un país también se hayan ido.

Impactos

Las conclusiones de los estudios sobre el impacto de la migración cualificada en el desarrollo son escasas y variadas. No se tiene apenas en cuenta la migración de las mujeres y el consiguiente impacto sobre la consecución de los objetivos de desarrollo. Sin embargo, hay pruebas suficientes para demostrar que los datos son muy específicos de cada país, y que vienen determinados por factores tales como la fuerza de la economía y la flexibilidad del mercado laboral. Se comenta, por ejemplo, que países como China, México, la India y Filipinas han sido capaces de adaptarse a su “fuga” de cerebros a través de un cambio estratégico en la producción.¹⁴ Pero algunas economías de islas más pequeñas, como en la región del Caribe o del Pacífico, están perdiendo más médicos y enfermeras de los que pueden retener para satisfacer sus propias necesidades de desarrollo (ej.: Jamaica, Granada).¹⁵ Las nuevas publicaciones sobre la fuga de cerebros apuntan también a las posibles ventajas que puede aportar en general la migración cualificada a la educación y el desarrollo. Cada vez más personas invierten en educación con la intención de emigrar, y los emigrantes cualificados que regresan reinvierten recursos en sus países de origen. Las economías recientemente industrializadas están sin duda mejor situadas para maximizar los beneficios de la transferencia de nuevas tecnologías y competencias por parte de los migrantes (Katseli y otros, 2006 (Informe político nº 30). Algunos países de origen y destino trabajan ahora juntos en políticas dirigidas a equilibrar mejor los resultados de la oferta y la demanda tanto para el país en desarrollo como para el país desarrollado.

En general, aunque la emigración del personal sanitario puede parecer importante, es más probable que esté agravando una situación ya existente y no que sea la causa principal de dicha situación. La emigración de los profesionales sanitarios es tanto un síntoma como una causa de cualquier fracaso en el sector. La siguiente tabla refleja algunos de los factores que contribuyen a la migración de los trabajadores sanitarios.

Razones de los trabajadores sanitarios para emigrar en cuatro países africanos (Camerún, Suráfrica, Uganda y Zimbabue)



Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, p99

Políticas y prácticas actuales

Las políticas y prácticas dirigidas a resolver el problema de la migración de los trabajadores altamente cualificados se dividen en tres categorías generales: las que se pueden aplicar en los países de origen de la migración, las que se aplican en los países de destino y las que se aplican de forma conjunta entre ambos países.

Países de origen

En los países de origen, las políticas se diseñan principalmente en torno a la oferta de trabajadores. Existen muchos tipos de políticas y de prácticas, pero en algunos casos es demasiado pronto para identificar las “mejores prácticas” o para saber las condiciones en las que determinados programas funcionarán o no.

Formación: Se pueden identificar tres grandes categorías de programas de formación, aunque muchas veces los países utilizan una combinación de estas categorías como parte de una estrategia global de recursos humanos:

Ampliar los servicios de formación existentes. Los programas de esta categoría incorporan la formación continua de médicos y enfermeras de acuerdo con las normas superiores de la medicina moderna. Aunque puede ser el mejor método, resulta caro y puede generar un movimiento del personal formado a otros países. Los titulados pueden entrar en los mercados globales y desplazarse allí donde la remuneración y las condiciones sean más adecuadas. Se calcula que aproximadamente el 60% de los médicos formados en Ghana en la década de 1980 han abandonado el país, por ejemplo.¹⁶ Aumentar el número de profesionales formados en cualquier país en desarrollo supone probablemente aumentar la reserva dentro de ese país, a pesar de las fugas, porque no todos los profesionales querrán o podrán emigrar.¹⁷ El número de médicos en Ghana no ha aumentado en la misma proporción que la población a pesar del éxodo, incluso a pesar de que el porcentaje de enfermeras por población haya descendido ligeramente.¹⁸

Se puede conseguir expandir la capacitación a través del hermanamiento entre facultades de medicina en los países desarrollados y los países en desarrollo (véase “Asociaciones” más abajo).¹⁹ Esta formación implicaría unos cursos de corta duración para mejorar la calidad de los trabajadores en los países en desarrollo y garantizar al mismo tiempo su regreso al país de origen. También se puede mejorar la capacitación en los países desarrollados en lugar de hacerlo en los países en desarrollo y que el país de origen asuma únicamente parte de los costes.

La pérdida de profesionales en campos fundamentales ha hecho que algunos países en desarrollo reclamen una indemnización por subvencionar de un modo efectivo a los países desarrollados. Pero la puesta en marcha de una política de estas características resultaría problemática: no toda la formación está financiada por el gobierno, algunos estudios están financiados por fundaciones privadas o por los propios emigrantes o sus familias. La carga administrativa de evaluar la pérdida y cobrar la indemnización también puede ser muy grande, y no todas las pérdidas se producen de un país en desarrollo a un país desarrollado. Por eso se ha sugerido que, en lugar de esa política, los países desarrollados puedan contribuir a un fondo voluntario de reinversión en educación con el fin de ampliar la formación en los países en desarrollo.

b) Ampliar la formación para el mercado local Esto plantea la cuestión de qué formación es la más adecuada para las necesidades locales. Es posible que los profesionales médicos altamente cualificados, que sólo pueden utilizar sus aptitudes de un modo productivo en hospitales avanzados, no sean los mejores trabajadores sanitarios para las regiones con pocos servicios modernos. Los programas de formación básica para un número elevado de personas pueden ser una mejor forma de conseguir los ODM que centrarse simplemente en una formación costosa que solamente se puede usar en zonas urbanas. Incluso en zonas con grandes concentraciones de personas infectadas con el VIH/SIDA, los trabajadores sanitarios con unas competencias médicas básicas pueden marcar la diferencia. Los centros de formación para impartir cursos básicos tendrán más éxito si están situados en poblaciones pequeñas de las regiones más marginales del país, y si captan a los alumnos en el ámbito local. Las personas que obtienen el título correspondiente en esos centros no pueden ser objeto del comercio internacional, por lo que es menos probable que salgan del país. Sin embargo, siempre debe existir la oportunidad de que esas personas mejoren su formación y eviten quedarse bloqueados permanentemente en un sistema de sanidad subsidiario.

c) Ampliar la formación para los mercados globales En Filipinas y la India, el personal sanitario recibe una formación específica para los mercados extranjeros, con el fin de que los países se beneficien de sus remesas. En estos casos, la “exportación” de los trabajadores sanitarios, sobre todo la de enfermeras pero también la de médicos, forma parte de una estrategia más general para enviar trabajadores al exterior. Por ejemplo, aproximadamente 934.000 trabajadores abandonaron Filipinas en 2004, y se calcula que a finales de ese año había fuera 3,6 millones de trabajadores temporales extranjeros además de los 3,2 millones de emigrantes en el exterior.²⁰ En la actualidad, entre 8.000 y 9.000 enfermeras abandonan Filipinas cada año, pero el país en su conjunto genera más enfermeras de las que necesita.²¹ En torno al 85% de la formación se imparte en centros privados, cuyo número se duplicó para satisfacer la demanda del extranjero entre 2000 y 2005. No obstante, el control de la calidad de esta formación se ha convertido en un asunto muy importante.

d) Políticas que afecten a la distribución interna. Uno de los mayores retos para los países emisores es cómo llevar a los profesionales sanitarios a las regiones más necesitadas: zonas rurales y barriadas marginales. Como se indicaba arriba, el reclutamiento y la formación de personal en las regiones marginadas puede ser una forma de mejorar la situación: los médicos cualificados de las zonas urbanas más prósperas probablemente no quieran desplazarse a regiones que les son desconocidas y donde hay escasos servicios. Por tanto, la descentralización del reclutamiento debe ser una de las prioridades. Se han probado varios programas para animar a los trabajadores sanitarios formados en la ciudad a mudarse a zonas rurales. El sistema de suplementos salariales que se proporcionaban a los médicos que iban a las zonas rurales a través de la ayuda de los Países Bajos en la provincia occidental de Zambia funcionó tan

bien que, durante un tiempo al menos, la capital Lusaka se quedó sin médicos jóvenes.²² La sostenibilidad de esos programas es una importante cuestión a tener en cuenta.

e) Políticas para mejorar la paga y las condiciones. Una de las principales razones por las que los profesionales sanitarios abandonan su país en desarrollo es el descontento por la paga y las condiciones (véase el cuadro de arriba). ¿Cómo pueden retener los países a los trabajadores sanitarios que han formado? La respuesta más fácil es aumentar la paga y mejorar esas condiciones, pero los países con escaso presupuesto o que atraviesan un ajuste estructural apenas tienen margen de maniobra. No obstante, países como Ghana han probado planes parciales, por ejemplo facilitar a los médicos un plan ventajoso de alquiler-compra de coche y ofrecer a todo el personal sanitario un acceso preferente a los préstamos para vivienda. Estas medidas pueden generar resentimiento entre las personas que no pueden participar en esos planes. Las mejoras en la paga y las condiciones de los trabajadores sanitarios del sector público tendrán más éxito si forman parte de una reforma más amplia en la función pública que si constituyen una estrategia independiente. Otra solución sería permitir a los trabajadores sanitarios del sector público aumentar sus salarios prestando servicios en el sector privado. Los sectores público y privado podrían apoyarse mutuamente, aunque es necesario una meticulosa vigilancia y redacción de los contratos para evitar que el sector privado debilite al público.

f) Políticas para restringir el movimiento de los emigrantes potenciales. Los países de origen podrían intentar frenar la emigración de los profesionales sanitarios directamente, aunque muy pocos lo hacen. Las barreras a la migración suelen empujar a los emigrantes potenciales a utilizar canales irregulares y generan la pérdida y explotación de los trabajadores cualificados. Estas políticas también vulneran los derechos de las personas a circular libremente, aunque ese derecho debe ser equilibrado con el de los miembros menos privilegiados de la misma sociedad a recibir atención médica primaria. En los países en desarrollo se han utilizado también medidas más indirectas, como el “*bonding*” (fianza), por el cual los estudiantes que se gradúan deben trabajar durante varios años a cambio de su formación. En Ghana, los médicos deben trabajar cinco años en el país para sufragar los costes de la formación o pagar una multa si no lo cumplen. Sin embargo, la inflación y la depreciación de la moneda reducen el coste real de la multa y, por tanto, su efecto disuasorio. Países desarrollados como Singapur también aplican fianzas como requisito para los médicos licenciados que salen del país con becas del gobierno para seguir estudiando.²³ En determinadas situaciones, la aplicación meticulosa de la fianza puede contribuir a facilitar el trabajo de los nuevos licenciados en zonas rurales y formar parte de una estrategia más amplia de expansión de la formación para ayudar a retener, al menos a corto plazo, a un mayor porcentaje de los trabajadores formados.

g) Políticas para promover el regreso y la participación de la diáspora. Se pueden diseñar políticas para promover el regreso de los que se han ido para más o menos tiempo, políticas que pueden ser promovidas de forma bilateral o multilateral. Un ejemplo de promoción multilateral es el programa de Migración para el Desarrollo en África a (MIDA) de la OIM.²⁴ Estos programas suelen ser caros y afectan a un número relativamente pequeño de personas, por ejemplo únicamente 40 médicos, enfermeras y trabajadores sanitarios y un profesional de las TIC ghanés regresaron desde el Reino Unido y los Países Bajos a Ghana durante los 2 años y medio del proyecto. Es posible que estos programas no hayan tenido aún tiempo suficiente para materializar todo su potencial.²⁵ La experiencia de los médicos que trabajan en países desarrollados puede no ser relevante para las necesidades especiales de un país en desarrollo. También habría que tener en cuenta las cuestiones de la remuneración y las condiciones del trabajo, junto con la situación legal y fiscal. No obstante, todo esto puede resultar caro y generar resentimiento entre los que se quedan en el país de origen, o ser un factor de impulso para la migración.

Países de destino

Las políticas en los países de destino están en su mayoría dirigidas a satisfacer la demanda de trabajadores extranjeros. Estas políticas se dividen en dos categorías generales: formación y gestión de la importación de profesionales cualificados; sin embargo, cada vez se presta más atención a la creación de capacidades sectoriales.

Formación. La demanda de migrantes cualificados en general, y la de profesionales sanitarios en particular, aumenta como consecuencia del envejecimiento de las sociedades en los países desarrollados. Una respuesta política es aumentar el número de estudiantes en los sectores que más probablemente vayan sufrir un déficit de personal, y mejorar la paga y las condiciones para atraer a más personas a este campo de estudios, incluidos los retornados desde otros sectores. El aumento de la oferta nacional puede reducir el grado de dependencia de los recursos externos. Sin embargo, las noticias sobre cualquier mejora en la paga y las condiciones de trabajo se transmitirán rápidamente a los países de origen, destacando aún más las diferencias de renta entre el país de origen y el de destino y fomentando potencialmente una mayor migración. Por consiguiente, las políticas para mejorar las condiciones de los trabajadores locales y no depender tanto de los migrantes pueden tener el efecto contrario y promover la migración. No obstante, el aumento de la oferta de profesionales sanitarios formados en países desarrollados debería contribuir a reducir la entrada de trabajadores del exterior.

Intervenciones de la política de migración directa. Las prácticas de contratación ética mediante las cuales los países desarrollados promueven la contratación directa de profesionales sanitarios en los países en desarrollo son una forma de dificultar la circulación de médicos y enfermeras. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, por ejemplo, ha restringido la contratación de trabajadores de más de 150 países en desarrollo. La Commonwealth ha desarrollado un código de contratación similar. La efectividad de esta política continúa siendo revisada, pero se han planteado varias cuestiones.²⁶ Lo más importante es que las restricciones son en su mayoría no vinculantes para el sector privado. La Ley sobre el empleo en el exterior de los Países Bajos también limita la contratación de enfermeras de países en desarrollo. Si los principales países desarrollados no ponen en marcha códigos de prácticas similares, el resultado puede ser simplemente un cambio de un país de destino a otro. Más preocupante es el levantamiento de barreras a la movilidad o la libre elección de los profesionales sanitarios, que puede animar a los migrantes potenciales a recurrir a canales ilegales para acceder a mercados laborales más ricos. La parte positiva es que los códigos de prácticas atraen la atención internacional sobre la fuga de cerebros que se produce en la prestación de servicios sanitarios en los países en desarrollo. Por tanto, esos códigos pueden provocar indirectamente la aplicación de otras medidas en el país de origen y de destino para asegurarse de que en el país de origen se retienen o sustituyen más trabajadores cualificados de los que se necesitan.

Asociaciones

No parece probable que las políticas y los programas implementados en el país de origen o de destino solamente sean suficientes. Son necesarias propuestas conjuntas para gestionar el movimiento de trabajadores cualificados en beneficio mutuo.

Programas de apoyo conjuntos: Un ejemplo de esta colaboración son los acuerdos entre gobiernos de países africanos y Cuba para suministrar médicos y enfermeras a las regiones rurales o con fundaciones privadas tales como la Fundación Clinton para que las enfermeras vayan de Kenia a Namibia. Cuba, por ejemplo, ha enviado más de 67.000 profesionales sanitarios a 94 países desde 1960, aunque estas “brigadas médicas” reflejan una forma especial de cooperación técnica sur-sur, basadas en la alta inversión del gobierno cubano en una educación sanitaria de calidad y la producción de excedente para trabajar en el exterior como apoyo a los programas de ayuda.²⁷ Además, los movimientos desde países desarrollados a países en desarrollo son facilitados por organizaciones no gubernamentales tales como Médecins sans Frontières, que en la actualidad proporciona más de 3.400 misiones médicas cada año a 70 países. Este movimiento de personal sanitario suele ser de breve duración o circular. Los acuerdos pueden ser bilaterales o multilaterales, y pueden estar financiados por donantes públicos o privados, como la Fundación Gates o la Fundación Clinton.

Entre estos programas se encuentra el mencionado anteriormente entre los Países Bajos y Zambia para complementar los ingresos de los médicos en las zonas rurales. El gobierno británico también ha colaborado con el gobierno de Malawi para poner en marcha un programa de reformas de seis años de duración en el sector sanitario de Malawi, en colaboración con actores tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, con el fin de aumentar la remuneración de los trabajadores sanitarios, crear incentivos para trabajar en zonas rurales, promover el retorno de los profesionales en el extranjero y fortalecer la capacidad formativa local. Existen otros programas de apoyo a la sanidad y la educación en marcha, por ejemplo en Ghana, RDC y en países del Caribe, financiados por los Países Bajos, Canadá, los Estados Unidos, Bélgica y otros.

Acuerdos de hermanamiento: Los acuerdos de hermanamiento entre instituciones de los países desarrollados y en desarrollo pueden contribuir a promover los centros de excelencia en los países de origen a través de la cesión de personal y cursos de formación de corta duración. Por ejemplo, algunos gobiernos (ej.: Australia/Noruega) ofrecen becas a estudiantes en el sector sanitario, pero también en otros ámbitos importantes de cualificación. En ocasiones estos planes obligan a los estudiantes a regresar a su país de origen para ejercer después de concluir su formación.

Propuestas multilaterales: En el plano multilateral, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (GHWA), una asociación gestionada por la Organización Mundial de la Salud, proporciona un foro para que gobiernos, ONG, organizaciones internacionales, donantes, centros académicos, asociaciones profesionales y trabajadores busquen soluciones a la “crisis” actual en el personal sanitario.²⁸ Esta asociación no solo brinda un foro para el diálogo entre los distintos actores para dar a conocer los problemas, sino que también trabaja para establecer unas definiciones y unas normas comunes y para recopilar e intercambiar datos, todo ello fundamental para hallar mejores soluciones. La UE también ha desarrollado un programa de acción para abordar el importante déficit de trabajadores sanitarios que reconoce la necesidad de coordinar mejor a los donantes y la sociedad civil para respaldar las respuestas de los países. Aunque se respalda la creación de asociaciones globales, es más probable que la colaboración regional genere los campos iniciales del acuerdo donde los grupos de países comparten los mismos problemas. En términos más realistas, es más probable que las agrupaciones bilaterales de actores, como se ha visto en Malawi, ofrezcan ejemplos de “mejores prácticas” mediante la respuesta a determinados problemas en lugares específicos.

Lecciones aprendidas

Tres lecciones claras se extraen de los últimos estudios sobre la migración de los profesionales sanitarios de los países en desarrollo a los países desarrollados:

La migración no es la causa principal, sino uno de los factores, de la desintegración de los servicios sanitarios básicos o el deterioro de la salud en los países en desarrollo. Por tanto, si nos centramos únicamente en la migración obtendremos una visión distorsionada.

El movimiento de los profesionales sanitarios no frenará el creciente nivel de desarrollo: los países desarrollados también sufren la circulación de médicos y enfermeras.

Las políticas y los programas para mejorar los recursos humanos en los países en desarrollo deben tener varios ejes e incluir la gestión del movimiento de los profesionales sanitarios como parte fundamental. Esa gestión debe asegurarse de que se despliega el personal suficiente donde más se necesita, en lugar de restringir la migración del personal sanitario.

Para lograr el último objetivo, hace falta prestar más atención a la formación para incrementar tanto el número como la calidad del personal disponible, pero también a la idoneidad de la formación. Este énfasis reintroduce la importancia de la cualificación en otros sectores además del de la sanidad. La educación y los docentes son fundamentales para mejorar la formación, y están surgiendo algunos centros de excelencia en zonas ajenas al tradicional mundo desarrollado, una tendencia que probablemente continúe. Los centros regionales en África, Asia y Latinoamérica pueden crear las competencias necesarias no solo en sus propias regiones sino en el ámbito mundial; es decir, proporcionar una formación de acuerdo con las normas internacionales.

Se han probado políticas y programas que van más allá de la formación para lograr estos objetivos, algunos claramente más efectivos que otros. La creación de obstáculos a la circulación, por ejemplo, ha resultado ineficaz y contraproducente. Los intentos de mejorar la paga y las condiciones del personal que se desplaza a las zonas rurales parecen haber funcionado a corto plazo, pero queda por comprobar su sostenibilidad a largo plazo. Las asociaciones entre los distintos actores tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados parecen ser un modo productivo de aplicar los programas que lograrán resultados positivos.

Mirar al futuro y los posibles resultados del debate de la Mesa Redonda.

A partir de las pruebas y los estudios de casos, el debate de la mesa redonda puede generar varios resultados.

A la luz de las lecciones aprendidas, un acuerdo para desarrollar un conjunto de intervenciones políticas de buenas prácticas que puede redactarse por países. Concretamente, es necesario fortalecer las pruebas de las políticas de retención y despliegue.

La tabla de abajo refleja algunas de las opciones que pueden tenerse en cuenta. Habría que seleccionar las intervenciones de acuerdo con el contexto específico en un país. Las opciones políticas deberían plantearse y diseñarse con vistas a las diferentes necesidades específicas de género.

Países de origen	Países de destino	Asociaciones
Objetivo: Abordar los factores que impulsan la migración y retener a los trabajadores	Objetivo: Abordar los factores que atraen la migración	Objetivo: Apoyarse el uno al otro con intervenciones mutuamente beneficiosas
<u>Opciones políticas</u> Formación Ampliar los programas existentes Ampliar la formación para el mercado local solamente Ampliar la formación para la exportación Ofrecer incentivos para reubicar el personal en las zonas menos favorecidas Mejorar la paga y las condiciones Restringir el movimiento de los migrantes potenciales, por ejemplo, a través de la fianza Promover el retorno y la participación de la diáspora	<u>Opciones políticas</u> 1. Aumentar la capacidad formativa nacional Códigos éticos de contratación	<u>Opciones políticas</u> Programas de apoyo conjuntos, por ejemplo, fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios, dotación de personal temporal Acuerdos de hermanamiento para la formación y la migración circular Propuestas multilaterales - Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario /OMS/UE

Una evaluación de las primeras lecciones aprendidas de los códigos prácticos de contratación de trabajadores sanitarios como herramienta para gestionar la migración.

Identificación de los elementos fundamentales de una estrategia de recursos humanos para los países de origen, y buenas prácticas del donante para respaldar esa estrategia

Un análisis de las lecciones aprendidas que se pueden aplicar a otros sectores de migración cualificada

¹ D. Kapur y J. McHale, Give Us Your Best and Brightest: The Global Hunt for Talent and Its Impact on the Developing World, Washington, Centro de Desarrollo Global, 2005.

² Véase M. I. Abella (ed.), Turning points in labour migration, *Asian and Pacific Migration Journal*, 3(1), 1994, número especial.

³ El Banco Mundial señala que muchas veces los emigrantes cualificados envían menos remesas que los no cualificados. También es posible que tengan un impacto menor sobre la paliación de la pobreza porque muchos provienen de hogares de mejor posición económica, por lo que es la inversión potencial de cualificaciones y recursos dirigida al desarrollo del capital humano lo que puede diferenciar las ventajas de la migración cualificada de la no cualificada. Véase Ozden, Caglar y Maurice Schiff, 2006, *International Migration, Remittances, and the Brain Drain*, Banco Mundial, Washington DC.

⁴ El problema de la fuga de cerebros no es nuevo, data de la década de 1960 y la emigración de científicos del Reino Unido a los Estados Unidos, pero recientemente se ha convertido en una importante cuestión política en la migración y en objeto de debate. Véase, por ejemplo, Ç. Özden y M. Schiff (eds.), *International Migration, Remittances and the Brain Drain*, Washington, Banco Mundial, 2006; S. Commander, M. Kangasniemi y L. A. Winters, The brain drain: curse of boon? A survey of the literature, en R. Baldwin y L. A. Winters (eds.), *Challenges to Globalization*, Chicago, University of Chicago Press, 2004; y *Migration and Development: How to*

Make Migration Work for Poverty Reduction, Londres, Comité de Desarrollo Internacional de la Cámara de los Comunes, Sexto informe del período de sesiones 2003-04, 2004, pp. 27-29.

⁵ L. Auriol y J. Sexton, Human resources in science and technology: measurement issues and international mobility, en *International Mobility of the Highly Skilled*, París, OCDE, 2002, pp. 13-38.

⁶ Working Together for Health: Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006, capítulo 1.

⁷ Mencionado en S. Bach, International migration of health workers: labour and social issues, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Programa de Actividades Sectoriales, Documento de Trabajo 209, 2003. Véase también, J. Buchan, T. Parkin y J. Sochalski, *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

⁸ *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 100.

⁹ Mencionado en S. Bach, International migration of health workers: labour and social issues, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Programa de Actividades Sectoriales, Documento de Trabajo 209, 2003.

¹⁰ Véase M. Clemens, Do visas kill? Health effects of African health professional emigration, Washington, Centro de Desarrollo Global, Documento de Trabajo N° 114, 2007. Los resultados de la investigación sobre la migración de los trabajadores sanitarios a los países de la OCDE, que pronto serán publicados, mostrarán también unos impactos más pequeños de lo previsto en los países de origen.

¹¹ F. Docquier y A. Marfouk, International migration by educational attainment, 1990-2000, en Ç. Özden y M. Schiff (eds.), *International Migration, Remittances and the Brain Drain*, Washington, Banco Mundial, 2006, p. 175.

¹² F. Nyongator y D. Dovlo, The health of the nation and the brain drain in the health sector, en T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 229.

¹³ The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa, en *Trends in International Migration*, París, OCDE, 2003, pp. 116-151.

¹⁴ Manolo Abella, 2006, "Global Competition for Skilled Workers and Consequences" en *Competing for Global Talent* (eds Kuptsch y Pang), Instituto Internacional de Estudios Laborales, OIT, Ginebra)).

¹⁵ Véase el informe Perspectivas para la Economía Mundial 2006 del Banco Mundial

¹⁶ Mencionado en A. Adepoju, Patterns of migration in West Africa, en T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 39.

¹⁷ Esta idea es la base para una reinterpretación de la fuga de cerebros. Véase O. Stark, "Rethinking the brain drain", *World Development*, 32(1), 2003: 15-22.

¹⁸ F. Nyongator y D. Dovlo, The health of the nation and the brain drain in the health sector, en T. Manuh (ed.), *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*, Accra, Sub-Saharan Publishers, 2005, p. 229.

¹⁹ Véase, por ejemplo, C. Farthing, H. Lu, W. Xu, D. Lui y Y. Cao, Training doctors in developing countries - a twinning project between AIDS Healthcare Foundation (ARF), Los Angeles, and the Shanghai Public Health Center (SPHC) yields results and provides a model, Amsterdam, AIDS Healthcare Foundation, 2006.

²⁰ S. Go, Recent trends in international movements and policies: the Philippines 2005, documento presentado en el seminario sobre Migración Internacional y el Mercado Laboral en Asia, Tokio, Instituto japonés de Política Laboral y Capacitación y la OCDE, 17 de febrero de 2006.

²¹ K. Acacio, Producing the "world-class" nurse: the Philippine system of nursing education and supply, presentación realizada en el seminario sobre Movilidad, Capacitación y Suministro Mundial de Trabajadores Sanitarios, Centro de Investigación para el Desarrollo (DRC) sobre Globalización, Migración y Pobreza, University of Sussex, 16-17 mayo de 2007.

²² S. Tyson, Human resources for health: ignorance-based policy trends. Presentación realizada en el seminario sobre Movilidad, Capacitación y Suministro Mundial de Trabajadores Sanitarios, Centro de Investigación para el Desarrollo (DRC) sobre Globalización, Migración y Pobreza, University of Sussex, 16-17 mayo de 2007.

²³ Consejo de investigación médica de Singapur, véase www.nmrc.gov.sg/homepage1/fellowship.htm

²⁴ MIDA, *Mobilizing the African Diasporas for the Development of Africa*, Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2004.

²⁵ See L. D. Long y K. Mensah, MIDA Ghana health project evaluation: London, Netherlands and Accra. Accra. Informe para la embajada holandesa, Accra, OIM y el Ministerio ghanés de Sanidad, 2007.

²⁶ Véase, por ejemplo, K. Mensah, M. Mackintosh y L. Henry, The "Skills Drain" of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation. Londres. MEDACT, 2005.

²⁷ Véase Médecins Sans Frontières, Malawi's emergency human resources plan: a ray of hope?, 2007, en

www.msf.org/msfinternational

²⁸ Véase www.ghwa.org

²⁷ *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Cambridge, Harvard University, Joint Learning Initiative, 2004, p. 110.