



gestión de las

capítulo cinco

bajas de personal

En este capítulo

98	Flujos y reflujos migratorios
106	Riesgos ocupacionales que afrontan los trabajadores sanitarios
108	Cambios de ocupación o de situación laboral
110	La jubilación
113	Conclusiones

Muchos son los trabajadores que año tras año abandonan la fuerza laboral sanitaria, ya sea de forma temporal o permanente. Si esas bajas no se cubren, pueden surgir déficits capaces de comprometer la dispensación y calidad de los servicios de salud (1, 2). Mientras que

en el capítulo 3 se analizaban las modalidades de incorporación de nuevos efectivos al sector sanitario, en éste examinaremos la otra cara de la moneda: los diversos factores por los que los trabajadores dejan el servicio activo. Se sugieren además una serie de herramientas para la gestión de las bajas, tanto en tiempos de déficit como de superávit de recursos humanos, con miras a optimizar el desempeño del personal sanitario. Por último, se repasan y analizan los factores que influyen en la disminución de los efectivos y se proponen estrategias para su gestión.

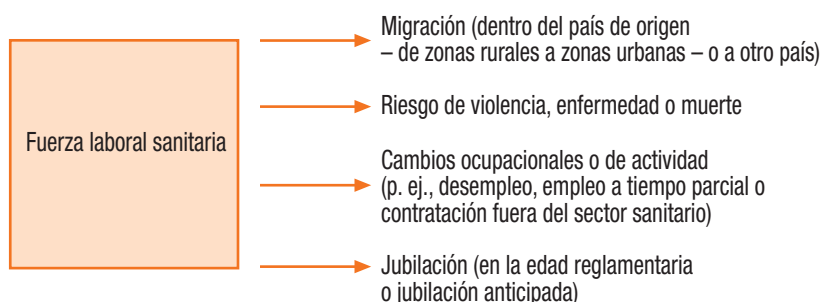
En la figura 5.1 se resumen los principales motivos que inducen a los trabajadores a abandonar la fuerza laboral sanitaria, a saber: la emigración; el riesgo de padecer actos de violencia, contraer enfermedades o morir; los cambios ocupacionales o de situación laboral; y la jubilación. Algunas bajas son temporales, por enfermedad o maternidad u otros motivos, por ejemplo para asistir a cursos de formación superior. Otras, en cambio, son permanentes, por ejemplo si el trabajador fallece o cambia de ocupación. En algunos casos, los trabajadores sanitarios migran de un país a otro, abandonando así de forma permanente una fuerza laboral sanitaria para incorporarse en otra. También se dan bajas parciales, por ejemplo cuando un empleado a tiempo completo pasa a trabajar a tiempo parcial. Las variaciones en el número de trabajadores contratados en uno u otro régimen de dedicación pueden alterar el equilibrio de la fuerza laboral sanitaria.

En las últimas décadas, la duración de la vida activa laboral de los trabajadores sanitarios ha cambiado debido a la evolución de la estructura ocupacional, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad (en África

principalmente atribuible al VIH/SIDA y la tuberculosis), las crecientes migraciones y el envejecimiento (sobre todo en los países de ingresos altos). Todos estos factores ponen serias trabas al logro del objetivo de mantener una fuerza laboral sanitaria eficiente y numéricamente adecuada.

La existencia de unas tasas de movimiento de personal elevadas puede dar lugar a un incremento de los costos de provisión. Esa situación representa además una amenaza para la calidad de la atención sanitaria, ya que podría perturbar el funcionamiento organizacional, reducir la eficiencia de los equipos y provocar una pérdida de conocimientos institucionales. Según demuestran diversos estudios, los costos asociados a los problemas para asegurar la permanencia del personal a menudo son

Figura 5.1 Vías por las que los trabajadores abandonan el sector de la salud



considerables (3). Con todo, el trasiego de trabajadores también puede resultar beneficioso, en la medida en que a veces brinda una buena ocasión para ajustar mejor los conocimientos del personal a las necesidades del lugar de trabajo, propiciar la introducción de nuevas ideas en instituciones ya consolidadas y aumentar la flexibilidad organizacional (4). En ese sentido, es importante que las instancias decisorias gestionen las bajas de efectivos sanitarios de tal modo que la perturbación de los servicios sea lo menor posible.

FLUJOS Y REFLUJOS MIGRATORIOS

En los últimos años, la preocupación sobre los efectos negativos del desplazamiento de profesionales calificados de los países más pobres a los países más ricos ha colocado el tema de la migración de trabajadores sanitarios en el centro de las agendas políticas (5). Sin embargo, las estadísticas sobre los flujos de trabajadores sanitarios siguen lejos de estar completas (5–12). En los contados países que hacen un seguimiento de las corrientes migratorias, la información disponible suele limitarse a los médicos y enfermeros diplomados. La disponibilidad de datos sobre los movimientos de farmacéuticos, ergoterapeutas y los muchos otros tipos de trabajadores sanitarios identificados en este informe es prácticamente nula.

Al carecerse de información sobre el número de trabajadores que se desplazan, así como sobre su procedencia y destino, resulta difícil hacerse una idea de la magnitud del

Cuadro 5.1 Médicos y enfermeras formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE

País de la OCDE	Médicos formados en el extranjero		Enfermeras formadas en el extranjero	
	Número	Porcentaje del total	Número	Porcentaje del total
Alemania	17 318	6	26 284	3
Australia	11 122	21	NA	NA
Canadá	13 620	23	19 061	6
Estados Unidos	213 331	27	99 456	5
Finlandia	1 003	9	140	0
Francia	11 269	6	NA	NA
Irlanda	NA	NA	8 758	14
Nueva Zelandia	2 832	34	10 616	21
Portugal	1 258	4	NA	NA
Reino Unido	69 813	33	65 000	10

NA: no se aplica.

problema. Según datos de la OCDE, los médicos y enfermeros formados en el exterior representan un porcentaje importante de la fuerza de trabajo total en la mayoría de los miembros de dicha organización, aunque especialmente en los países anglófonos (véase el cuadro 5.1).

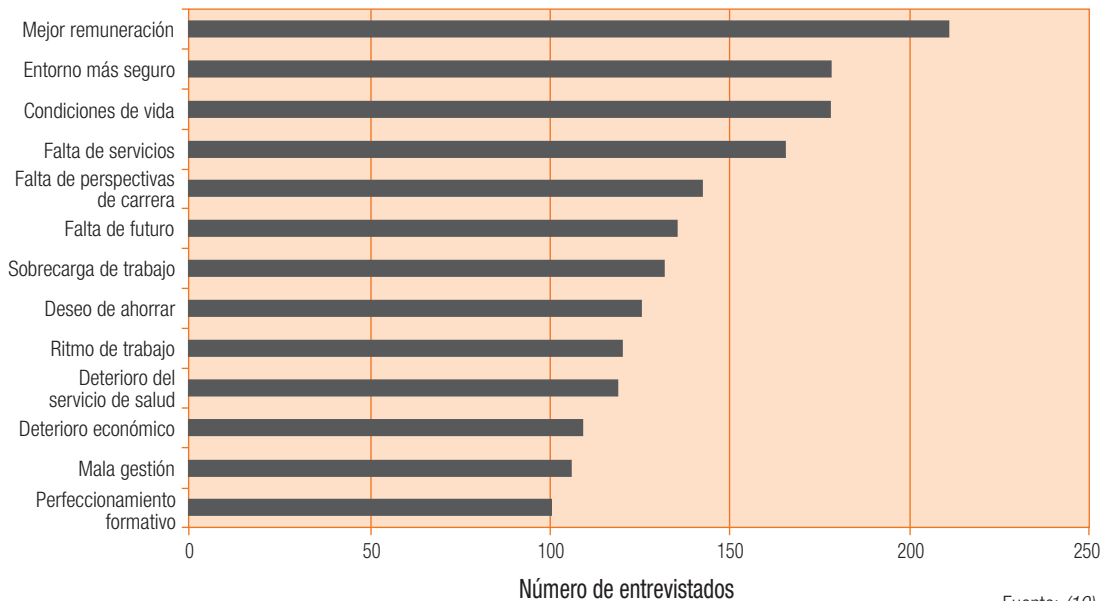
De esos datos también se desprende que el número de médicos formados en el África subsahariana y contratados en países de la OCDE equivale a cerca de una cuarta parte (un 23%) del cuerpo médico actual de los respectivos países de procedencia, con porcentajes que oscilan entre un 3%, en el Camerún, y un 37%, en Sudáfrica. En el caso de las enfermeras y asistentes de partería, esa proporción representa una vigésima parte (el 5%) de la fuerza de trabajo actual, aunque con un margen de variación extremadamente amplio, que va desde un modesto 0,1%, en Uganda, hasta un llamativo 34%, en Zimbabwe (véanse los cuadros 5.2 y 5.3, incluidos más abajo).

«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»

¿Por qué migran los trabajadores sanitarios?

Tras esos datos de la OCDE se esconden complejas tendencias y razones que propician el movimiento de trabajadores. Las migraciones se dan tanto dentro de los países – de las zonas rurales a las urbanas – como dentro de las regiones – de los países más pobres a los más ricos –, y también pueden ser intercontinentales. 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. Generalmente, esa aspiración está vinculada a un (creciente) descontento o insatisfacción con las condiciones de trabajo/vida actuales (los llamados «factores impulsores»), así como al conocimiento de que existe – y a la ilusión de encontrar – un trabajo mejor en otro lugar (los llamados «factores atractores»). Según las conclusiones de un estudio reciente del África subsahariana, ambos tipos de factores, tanto los impulsores como los atractores, tienen su importancia (10). Las preocupaciones de los trabajadores en relación con la falta de perspectivas de ascenso, la mala gestión, la sobrecarga de trabajo, la falta de servicios, el deterioro del sistema de salud, la precariedad de las condiciones de vida y los elevados niveles de violencia y delincuencia son algunos de los factores impulsores de la migración (véase la figura 5.2). Entre los factores atractores destaca la perspectiva de recibir una mejor remunera-

Figura 5.2 Motivos alegados por los trabajadores sanitarios para migrar, en cuatro países africanos (Sudáfrica, Camerún, Uganda y Zimbabwe)



Fuente: (10).

Cuadro 5.2 Médicos formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE

País de origen	Número total de médicos en el país de origen	Médicos que trabajan en ocho países receptores de la OCDE ^a	
		Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo del país de origen
Angola	881	168	19
Camerún	3 124	109	3
Etiopía	1 936	335	17
Ghana	3 240	926	29
Mozambique	514	22	4
Nigeria	34 923	4 261	12
República Unida de Tanzania	822	46	6
Sudáfrica	32 973	12 136	37
Uganda	1 918	316	16
Zimbabwe	2 086	237	11
Total	82 417	18 556	Promedio 23

^a Países receptores: Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Portugal y Reino Unido.

Fuente: (11).

Cuadro 5.3 Enfermeras y asistentes de partería formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE

País de origen	Número total de enfermeras y asistentes de partería en el país de origen	Enfermeras y asistentes de partería que trabajan en siete países receptores de la OCDE ^a	
		Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo del país de origen
Angola	13 627	105	0
Botswana	7 747	572	7
Camerún	26 032	84	0
Etiopía	20 763	195	0
Ghana	17 322	2 267	13
Guinea-Bissau	3 203	30	0
Kenya	37 113	1 213	3
Lesotho	1 123	200	18
Malawi	11 022	453	4
Mauricio	4 438	781	18
Mozambique	6 183	34	0
Namibia	6 145	54	0
Nigeria	210 306	5 375	3
República Unida de Tanzania	13 292	37	0
Sudáfrica	184 459	13 496	7
Swazilandia	4 590	299	7
Uganda	17 472	21	0
Zambia	22 010	1 198	5
Zimbabwe	9 357	3 183	34
Total	616 204	29 597	Promedio 5

^a Países receptores: Canadá, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, Irlanda, Portugal y Reino Unido.

Nota: Datos recopilados por la OMS a partir de diversas fuentes.

ración, lograr una mejor preparación, ganar experiencia y trabajar en un entorno más seguro, así como diversas consideraciones de índole familiar (véase la figura 5.2). En Zimbabwe, por ejemplo, un alarmante 77% de los estudiantes universitarios de final de carrera eran alentados por sus familias a emigrar (13).

Al margen de los deseos particulares de los trabajadores y sus familias, es evidente que la rápida globalización del sector terciario en las últimas dos décadas ha contribuido a impulsar las migraciones en el campo de la salud (14–18). Al mismo tiempo, los países de ingresos altos registran una creciente demanda insatisfecha de trabajadores sanitarios, debido en parte al rápido envejecimiento de sus poblaciones. En respuesta a estos fenómenos, se están produciendo dos cambios importantes en el mercado mundial: en primer lugar, un número cada vez mayor de países de ingresos medios forman trabajadores sanitarios para la exportación internacional (véase el recuadro 5.1); en segundo lugar, las agencias profesionales han empezado a recurrir en mayor medida al mercado internacional para surtir de trabajadores, lo que plantea una serie de interrogantes relacionados con la ética de la contratación (véase el recuadro 5.2).

Impacto de las migraciones

La emigración de trabajadores de la salud comporta también aspectos positivos. Este fenómeno genera cada año miles de millones de dólares en concepto de remesas (el dinero enviado por los migrantes a sus hogares). Tanto es así, que en algunos países de renta baja se ha llegado a asociar la emigración con una disminución de la pobreza (22). En caso de retorno, los trabajadores sanitarios vuelven a sus países de origen con un rico bagaje de conocimientos técnicos y prácticos. Ahora bien, cuando las tasas de emigración de médicos y enfermeros son elevadas, los países que han financiado su educación no sólo no obtienen ningún beneficio de su inversión sino que acaban otorgando involuntariamente una especie de «subsidio perverso» a los países ricos a los que van a parar sus profesionales (23). Con todo, las pérdidas financieras no constituyen el efecto más perjudicial. Si el sistema de salud de un país es frágil, la merma de personal sanitario puede empujarlo al borde del desmoronamiento, pudiendo medirse las consecuencias en términos de vidas perdidas. En esas circunstancias, los cálculos relativos a las migraciones internacionales dejan de centrarse en el éxodo o la afluencia de profesionales para establecer la magnitud de los «flujos letales» (24).

Estrategias para gestionar la migración

Los movimientos de trabajadores sanitarios vienen generados por una combinación de factores – relacionados con la situación del propio trabajador, el lugar de trabajo

« Si un sistema de salud es frágil, la merma de personal sanitario puede empujarlo al borde del desmoronamiento »

Recuadro 5.1 Cuando el «éxodo de profesionales» da paso a la «recuperación de cerebros»: el caso de Filipinas

Según estima la Comisión de Filipinos en el Extranjero, más de 7,3 millones de filipinos – aproximadamente un 8% de la población del país – residen en el exterior. El Gobierno de Filipinas, que lleva unos años fomentando la migración temporal de profesionales del país, ha adoptando medidas para convertir las remesas en un instrumento eficaz de desarrollo nacional (también en materia sanitaria), alentando a los migrantes a efectuar sus envíos de dinero a través de cauces oficiales. En 2004, el Banco Central de Filipinas cifró la cuantía total de remesas en US\$ 8500 millones, lo que equivale a un 10% del producto interno bruto (PIB) del país.

Al mismo tiempo, el Gobierno está aplicando una serie de estrategias para fomentar el retorno de los migrantes que llevan cierto

tiempo trabajando en el extranjero. La Administración Filipina del Empleo en el Extranjero se creó en 1995 con el cometido de promover el regreso y la reintegración de los migrantes. Los retornados se benefician de numerosos privilegios, como la exención de impuestos para las compras realizadas durante un año; el acceso a préstamos en condiciones preferenciales para capital de explotación y la posibilidad de solicitar becas de estudio.

El experimento de Filipinas ha reportado resultados alentadores y es considerado por algunos países en desarrollo como un modelo a seguir.

Fuente: (19).

y las fuerzas del mercado – de una complejidad tal que resulta imposible atajar el problema con una intervención sencilla o única. En las siguientes secciones se analizan algunas estrategias de gestión de la migración destinadas a proteger a los trabajadores sanitarios y minimizar las desigualdades. Una actuación en tres frentes – en los países de origen, en los países receptores y a nivel internacional – puede mitigar los efectos negativos de la migración.

Estrategias centradas en los países de origen

Los países de origen pueden barajar una amplia variedad de opciones para gestionar la migración, en particular las dos estrategias clave siguientes: proporcionar a los trabajadores sanitarios una capacitación acorde con su lugar de empleo y ofrecer facilidades para el retorno de profesionales que se marcharon a trabajar al extranjero.

Estrategia 5.1 Ajustar la capacitación a las necesidades y demandas

Una capacitación que esté centrada en las condiciones locales puede ayudar a contener la merma de recursos humanos. Según las enseñanzas extraídas de iniciativas puestas en marcha hace tiempo para mejorar la cobertura de personal sanitario en las zonas rurales, la formación de trabajadores locales – en los idiomas locales y en los conocimientos pertinentes para las condiciones del lugar – contribuye a amortiguar las tasas de deserción (25, 26). La aplicación de este tipo de enfoques en relación con la capacitación a menudo conlleva la expedición de certificados de estudios que no son reconocidos a nivel internacional, lo que restringe aún más las migraciones. Ahora bien, para alcanzar la meta propuesta es imprescindible ofrecer un amplio abanico de incentivos y opciones de formación en el servicio y asegurar la participación de instituciones clave, como las universidades y las asociaciones profesionales (25, 27).

Incluso en caso de continuar las migraciones, los esfuerzos de expansión de la formación pueden contribuir a reducir los déficits de personal. Para preservar la calidad de la enseñanza, es necesario contar con una autoridad certificadora que funcione con eficacia, sobre todo si la expansión de las instituciones de capacitación se produce de forma rápida. En los países de ingresos bajos sometidos a una gran presión fiscal, una expansión de esa índole requeriría una considerable participación financiera del sector privado o bien ayuda externa. También es fundamental que aumenten las oportunidades de empleo para los titulados, ya sea a través del sector público (si las restricciones fiscales no lo impiden) o del sector privado.

La capacitación se puede programar igualmente con el fin específico de atender

« Filipinas
lleva muchos años
formando personal
de enfermería para la
exportación »

Recuadro 5.2 Las agencias de contratación y las migraciones

Las agencias de contratación de profesionales médicos están en pleno auge, y existe una preocupación generalizada de que contribuyan a incentivar la emigración de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos. Según las conclusiones de un estudio realizado en 2004, fueron agencias de este tipo las que promovieron el grueso de las contrataciones de trabajadores procedentes del Camerún (10); un reciente análisis, centrado en cerca de 400 enfermeras emigradas que viven en Londres, demostró que nada menos que dos terceras partes de las encuestadas habían sido reclutadas por agencias para trabajar en Gran Bretaña (9). El presidente de la principal asociación de enfermeros de Mauricio observó recientemente que algunos empleadores británicos envían a los países agentes de reclutamiento para ponerse directamente en contacto con enfermeras y luego negociar contratos con toda discreción. Otro ejemplo es Varsovia,

ciudad en la que de pronto han aparecido docenas de agencias que tratan de captar médicos polacos para ejercer en el Reino Unido.

Muchos cuestionan la ética de las prácticas aplicadas por las agencias de contratación. Los trabajadores sanitarios contratados por agencias privadas a veces se encuentran con sorpresas poco gratas, como la obligación de tener que abonar cierta cantidad por los servicios prestados, que los sumen de inmediato en una situación de desventaja económica. Diversos estudios han demostrado asimismo que los profesionales sanitarios migrantes a menudo empiezan a trabajar antes de completarse su registro y que durante el tiempo de espera reciben remuneraciones inferiores a la norma (20–21).

las demandas de exportación. Filipinas, dentro de una política más amplia de fomento de la migración de trabajadores (véase el recuadro 5.1), lleva muchos años formando profesionales sanitarios, sobre todo personal de enfermería, para la exportación: en los Estados Unidos, por ejemplo, estos profesionales representan un 76% de los enfermeros diplomados extranjeros (28). De modo análogo, Cuba ha exportado miles de trabajadores de la salud, en el marco de sus relaciones bilaterales con otros países. Algunos países, como China, la India, Indonesia y Viet Nam, también aplican estrategias de exportación o están estudiando la posibilidad de hacerlo (29). Aunque estas estrategias no han sido sometidas a una evaluación sistemática, la experiencia indica que se caracterizan por un uso intensivo de recursos, que requieren el establecimiento de una autoridad institucional encargada de la formación y la expedición de los títulos pertinentes y que deben ir acompañadas de una cuidadosa gestión de las interacciones con el mercado interno o local de trabajadores de la salud.

Estrategia 5.2 Mejorar las condiciones locales

Como se señala en el capítulo 4, las actuaciones relacionadas con la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores contribuyen a eliminar los factores impulsores que inducen a los trabajadores a migrar. Pese a la ausencia de evaluaciones sistemáticas de los efectos que esas intervenciones tienen en las tasas de migración, la experiencia demuestra que la remuneración, los incentivos económicos, la seguridad financiera, la buena gestión y las posibilidades de ascender son todos ellos elementos de peso. Para facilitar la captación, y la permanencia, de trabajadores de la salud se recurre también a medidas de mejora de las condiciones de vida relacionadas con el transporte, la vivienda y la educación de otros miembros de la familia (30).

En los casos en que la formación del trabajador sanitario es costeada por el futuro empleador, pertenezca éste al sector público o privado, se establecen una serie de obligaciones contractuales o «cláusulas vinculantes» en virtud de las cuales el primero se compromete a trabajar para el segundo durante un determinado periodo. Aunque se trata de una práctica bastante extendida, se sabe poco sobre su eficacia. Las enseñanzas extraídas son ambivalentes: por un lado, la medida en cuestión permite asegurar una buena cobertura, pero por otro, suele ir acompañada de un bajo nivel de desempeño entre los trabajadores y de elevadas tasas de movimiento de personal (31).

Las encuestas centradas en los trabajadores migrantes indican que éstos suelen tener un gran interés por volver a trabajar en su país de origen (32). Como ilustra la estrategia de «generación de conocimientos» aplicada por Filipinas (recuadro 5.1), una gestión institucional activa de la migración puede facilitar el bienestar de los migrantes no sólo en el extranjero sino también a su regreso al país de origen. La disponibilidad de servicios especiales de migración para los trabajadores de la salud también podría contribuir a que éstos mantengan durante su ausencia vínculos productivos con las instituciones sanitarias locales (33).

Estrategias centradas en los países receptores

Los países receptores deben preocuparse por los derechos y el bienestar de los trabajadores migrantes y no cerrar los ojos ante las consecuencias negativas que su ausencia produce en los países de origen.

Estrategia 5.3 Asegurar que los trabajadores migrantes reciban un trato justo

Los escasos, aunque cada vez más abundantes, datos disponibles sobre la experiencia de los trabajadores sanitarios migrantes suscitan inquietudes en cuanto al incumplimiento de sus expectativas de envío de remesas, su seguridad personal, su aislamiento racial y cultural y la aplicación de condiciones de trabajo inferiores; otro factor preocupante es que conocen mal sus derechos y que su capacidad para ejercerlos es limitada (21, 34–37). Los trabajadores migrantes deben ser contratados en las mismas condiciones que el personal local y poder acceder a oportunidades de orientación cul-

tural. Asimismo, es primordial tener en funcionamiento políticas destinadas a detectar y combatir el racismo entre el personal y los usuarios (38).

Estrategia 5.4 Adoptar políticas de contratación responsables

Los países receptores tienen la responsabilidad de velar por que en la contratación de trabajadores procedentes de países con graves déficits de personal se tengan presentes las consecuencias negativas conexas. Conviene que dentro de las consideraciones de los futuros empleadores y las agencias de contratación cobren mayor peso factores como la magnitud de las inversiones que se destinan a la capacitación de dispensadores de atención sanitaria y los efectos inmediatos que causa la ausencia de los que optan por migrar. La celebración de consultas y negociaciones con los ministerios de salud, las unidades de planificación de plantillas y las instituciones de capacitación, en forma similar a la concertación de acuerdos bilaterales, contribuirá a evitar acusaciones de «sustracción de personal» y otras prácticas de contratación poco encomiables. Más abajo, se examina la formulación de instrumentos para la adopción de prácticas normativas en materia de contratación internacional.

Estrategia 5.5 Apoyar la disponibilidad de recursos humanos en los países de origen

Muchos países son al mismo tiempo receptores de migrantes y proveedores de asistencia internacional para el desarrollo destinada a la salud. A través de esta estructura ya existente, las iniciativas de apoyo podrían ir orientadas más directamente a la expansión de la fuerza de trabajo, no sólo con el fin de mitigar el impacto de la emigración sino también para solventar los problemas de recursos humanos que dificultan la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud (véase el capítulo 2).

Además de la ayuda destinada al fortalecimiento del personal sanitario en los países de origen, también hay disponibles importantes fuentes externas de apoyo directo en materia de recursos humanos dentro del contexto de los desastres humanitarios y las iniciativas de erradicación de enfermedades, así como a través de un número creciente de organizaciones no gubernamentales internacionales. Las «brigadas médicas» de Cuba, por ejemplo, han enviado 450 profesionales sanitarios a zonas deficitarias de Sudáfrica y más de 500 a zonas rurales de Haití. También cabe citar aquí a la Asociación de Médicos de Origen Indio, de la Región de las Américas, que con sus 35 000 facultativos constituye un importante proveedor de servicios de voluntariado (39). El hermanamiento

Recuadro 5.3 Ejemplo de un acuerdo bilateral concertado entre Sudáfrica y el Reino Unido

En 2003 Sudáfrica y el Reino Unido firmaron un acuerdo para: crear vínculos de asociación en lo referente a cuestiones de capacitación sanitaria y recursos humanos; facilitar desplazamientos de duración limitada; y promover el intercambio de información, asesoramiento y conocimientos técnicos. El memorando de entendimiento concertado al efecto prevé una serie de modalidades que permiten a los profesionales sanitarios de un país residir en el otro durante estancias de duración limitada, con el fin de perfeccionar su formación y efectuar prácticas, en beneficio de una y otra parte.

El intercambio de información y conocimientos técnicos abarca las esferas siguientes:

- regulación profesional;
- salud pública y atención primaria;
- planificación de la plantilla;
- planificación estratégica;
- alianzas publico-privadas, incluidas iniciativas de financiación privadas;
- revitalización de hospitales, incluida la gobernanza;

- hermanamiento de hospitales, con objeto de compartir buenas prácticas y fortalecer la gestión;
- capacitación en gestión de la atención sanitaria.

En el marco de este compromiso, se facilita el acceso mutuo de los profesionales sanitarios a las universidades y demás centros de formación para cursar programas de capacitación específicos o realizar visitas de estudio. Está previsto que los profesionales vuelvan a su país una vez concluido el periodo de intercambio, para lo cual se les conserva el puesto que ocupaban antes. A su regreso, utilizarán los nuevos conocimientos para apoyar el desarrollo del sistema sanitario en su propio país. En la Reunión de Ministros del Commonwealth celebrada en mayo de 2005, la Ministra de Salud de Sudáfrica informó sobre lo eficaz que estaba resultando el acuerdo bilateral para gestionar la migración de trabajadores sanitarios.

Fuente: (41).

directo de instituciones sanitarias entre países ricos y pobres, una forma muy extendida de asistencia para el desarrollo (40), implica igualmente importantes movimientos de trabajadores sanitarios en ambos sentidos. Al aumentar la concienciación sobre los déficits de recursos humanos que padecen los países pobres y el empeño por lograr los ODM relacionados con la salud, se han empezado a estudiar ambiciosas políticas para incrementar esos flujos (41). El despliegue de esfuerzos más sistemáticos para comprender la experiencia colectiva de esos programas, podría aportar mayores beneficios a los países de origen y a los países receptores, tanto a corto como a largo plazo.

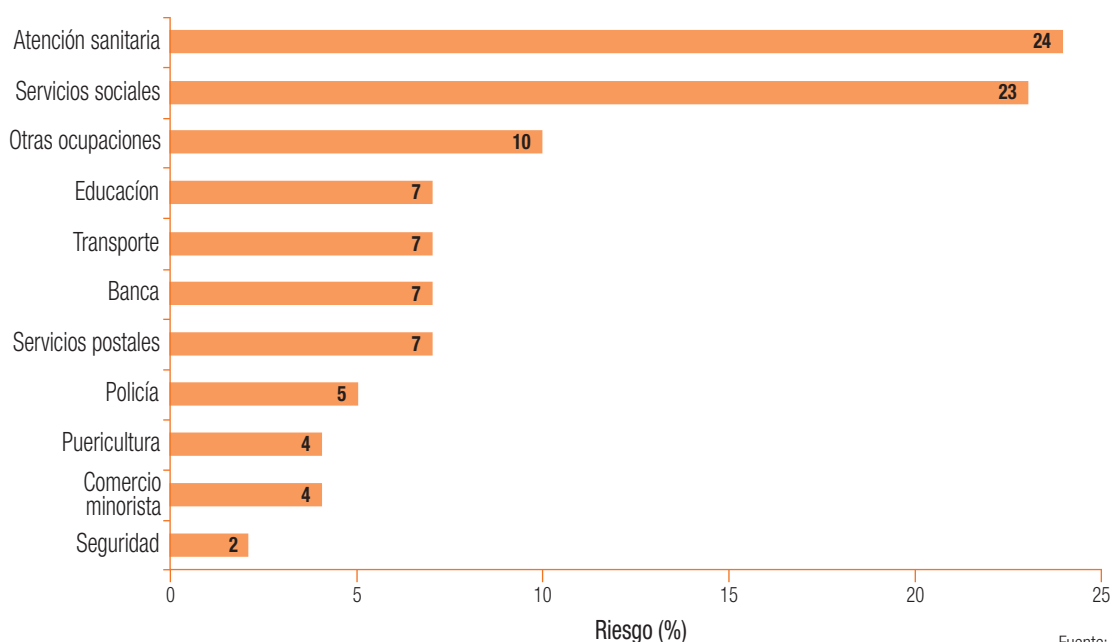
Instrumentos internacionales

Desde una perspectiva internacional, la demanda de que se tengan en cuenta al mismo tiempo los derechos de los trabajadores sanitarios migrantes y las inquietudes éticas relacionadas con la necesidad de asegurar que haya suficiente personal sanitario en los países de origen ha propiciado la formulación de diversas directrices, códigos de prácticas y políticas de contratación basados en criterios éticos (42). En los últimos cinco años, han surgido alrededor de una docena de instrumentos de esta índole, elaborados por autoridades nacionales, asociaciones profesionales y organismos internacionales. Aunque no son jurídicamente vinculantes, establecen normas de conducta importantes para los principales actores que intervienen en la contratación internacional de trabajadores sanitarios. Queda por ver si esas normas son suficientemente influyentes para propiciar los cambios deseados.

El modo 4 del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) trata del movimiento temporal de las personas físicas que suministran servicios en el territorio de otro miembro de la OMC. Hasta la fecha, dicho instrumento aún no ha sido empleado para establecer el carácter equitativo de un acuerdo comercial concertado entre dos países en relación con el suministro de dispensadores de servicios de salud. Al igual que ocurre con otros mecanismos del AGCS, no se puede dar por sentado que los países más pobres tengan la capacidad necesaria para representar y defender eficazmente sus intereses (43).

Los acuerdos bilaterales sobre dispensadores de servicios de salud pueden ofrecer un marco explícito y negociado para la gestión de las migraciones. Cuba lleva ya tiempo concertando este tipo de acuerdos con numerosos países, aunque en otros lugares del

Figura 5.3 Ocupaciones con riesgo de violencia, Suecia



«En muchos países, los trabajadores sanitarios corren el riesgo de padecer actos de violencia, accidentes o enfermedades e incluso de morir»»

mundo la adopción de este instrumento es más reciente (véase el recuadro 5.3). Las tendencias migratorias son tan complejas – por ejemplo, un país puede recibir trabajadores sanitarios de muchos Estados y al mismo tiempo enviar trabajadores sanitarios al exterior –, que plantean interrogantes importantes sobre la viabilidad de administrar múltiples acuerdos bilaterales para un país determinado. Por otro lado, no está claro hasta qué punto un acuerdo bilateral entre dos gobiernos puede abarcar los flujos no gubernamentales de trabajadores sanitarios.

RIESGOS OCUPACIONALES QUE AFRONTAN LOS TRABAJADORES SANITARIOS

En muchos países, los trabajadores sanitarios corren el riesgo de padecer actos de violencia, accidentes o enfermedades e incluso de morir, lo que puede llevarlos a abandonar su empleo.

La violencia

Aunque la violencia puede golpear a los trabajadores de cualquier ramo, las estadísticas indican que los del sector de la salud registran unos niveles de riesgo particularmente elevados (44, 45). En Suecia, por ejemplo, la atención sanitaria es el sector donde el riesgo de violencia es mayor, como se puede comprobar en la figura 5.3 (46).

La violencia ejercida contra las mujeres empleadas en el sector sanitario se ha convertido en un problema particularmente preocupante (47). Entre los actos violentos más frecuentes figuran la violencia física, las agresiones sexuales y los actos de acoso (48). Algunos estudios sugieren que existe una relación directa entre las agresiones y el aumento de las bajas por enfermedad, los casos de desgaste y la rotación de personal (49, 50).

Recuadro 5.4 Aplicación práctica de las estrategias: ejemplos de gestión de las bajas de personal

Los siguientes ejemplos muestran cómo los países aplican algunas de las estrategias examinadas en el cuerpo del documento para evitar que los trabajadores abandonen el sector sanitario y minimizar los efectos de las bajas.

Estrategia 5.6 Formular y aplicar tácticas contra la violencia: Reino Unido

La campaña de «tolerancia cero» contra la violencia se puso en marcha en 1998 y se publicitó principalmente a través de una serie de eventos con gran cobertura informativa. Según una encuesta realizada después de su introducción en 45 centros del Servicio Nacional de Salud, las medidas más comúnmente aplicadas son las que siguen: vigilancia mediante sistemas de televisión en circuito cerrado (77%), control del acceso a determinadas zonas (73%), guardas de seguridad (73%), mejora de la iluminación (68%), mejora de las señales indicadoras (68%), mejoras en el espacio y la distribución de éste (62%) y en la decoración de las zonas abiertas al público (47%), creación de zonas de fumadores (42%) y salas privadas (33%), mejora de la limpieza (31%) y control del ruido (28%) y de la temperatura (15%). Algunos de estos cambios no se han introducido específicamente en relación con la reducción de la violencia en el lugar de trabajo, sino como medidas para el mejoramiento general de las instituciones (52).

Estrategia 5.7 Crear y consolidar un entorno laboral seguro: Swazilandia y Zambia

La asociación nacional de enfermería de Swazilandia ha establecido un centro de excelencia para la promoción de la salud integral, especializado en el VIH y la tuberculosis, que atiende a los trabajadores

seropositivos y a sus familias; en Zambia, los enfermeros y otros dispensadores de atención sanitaria son el grupo destinatario de un programa especial cuya finalidad es asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño (53).

Estrategia 5.9 Recuperar a los trabajadores sanitarios empleados fuera del sector de la salud: Irlanda

La Organización Irlandesa de Enfermeras encargó una encuesta sobre las enfermeras que viven en el país y no están en ejercicio, con el fin de evaluar el número eventual de «efectivos recuperables» y determinar la eficacia que podrían tener distintas estrategias para alentarlas a reincorporarse al cuerpo sanitario. Según los resultados de ese estudio, la introducción de horarios flexibles y la aplicación de incrementos salariales podrían contribuir a animarlos a retomar su trabajo (54).

Estrategia 5.11 Crear la capacidad y formular los instrumentos de política adecuados para gestionar las jubilaciones: Guyana

El Gobierno decidió contratar a enfermeras jubiladas para cubrir las necesidades de personal dentro de los Proyectos de Reducción y Prevención del VIH/SIDA en Guyana (GHARP); el objetivo era evitar la «sustracción» de enfermeras empleadas en otros sectores del servicio sanitario, que de lo contrario abandonarían sus puestos actuales. Se recibieron 495 candidaturas para los 61 empleos ofrecidos por el GHARP. Una vez contratadas, las «nuevas» trabajadoras recibieron la capacitación necesaria para complementar y actualizar sus conocimientos (55).

Estrategia 5.6 Formular y aplicar tácticas contra la violencia

En el marco de su programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud, la Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras, la OMS y la Internacional de Servicios Públicos han publicado una serie de directrices sobre prevención y prestación de atención y apoyo a las víctimas y sobre control de la violencia en el lugar de trabajo (51). La adopción de medidas contra la violencia en el lugar de trabajo puede exigir cuantiosas inversiones, como demuestra el ejemplo de la campaña «tolerancia cero» puesta en marcha en el Reino Unido (véase el recuadro 5.4).

Otros riesgos

Los riesgos ocupacionales y el estrés también juegan en contra de la permanencia de los trabajadores sanitarios. En el Canadá, por ejemplo, las enfermeras figuran entre los profesionales con las tasas más elevadas de baja por enfermedad, debido principalmente al estrés, el desgaste y los traumatismos osteomusculares asociados al trabajo (56). De no contarse con unas directrices básicas sobre salud y seguridad, y con la capacidad necesaria para aplicarlas, los trabajadores sanitarios se exponen a sufrir accidentes y contraer enfermedades infecciosas.

Uno de los mayores riesgos de infección – no sólo para los dispensadores de servicios de salud sino también para el personal administrativo y auxiliar, por ejemplo los trabajadores encargados de la limpieza y la evacuación de desechos – son las heridas causadas durante la eliminación de agujas y jeringas u otros residuos biomédicos en condiciones no seguras. Cada año, en todo el mundo, tres millones de trabajadores sanitarios están expuestos al contagio de patógenos de transmisión hemática por vía percutánea: 2 millones a la hepatitis B, 900 000 a la hepatitis C y 170 000 al VIH. Las heridas de este tipo provocan, respectivamente, 15 000, 70 000 y 1000 infecciones. Más del 90% de las infecciones se producen en los países en desarrollo (57).

Estrategia 5.7 Crear y consolidar un entorno laboral seguro

Las infecciones por exposición accidental a sangre suelen poderse prevenir si los trabajadores sanitarios utilizan indumentaria protectora adecuada, por ejemplo guantes y protección para los ojos, si los derrames de líquidos orgánicos se limpian rápidamente y si los desechos biomédicos se eliminan de forma correcta. La OMS recomienda asimismo una inmunización sistemática contra la hepatitis B y la adopción de medidas inmediatas en caso de exposición a la sangre o a líquidos orgánicos (57).

Morbilidad y mortalidad causadas por el VIH/SIDA

En las zonas con tasas elevadas de VIH/SIDA, la disminución de los efectivos sanitarios por enfermedad o muerte alcanza niveles alarmantes. En Zambia las defunciones de enfermeras aumentaron en dos hospitales de 2 por 1000 en 1980 a 26,7 por 1000 en 1991. Según las estimaciones disponibles, Botswana vio menguar entre 1999 y 2005 su fuerza laboral sanitaria en un 17% a causa del SIDA. Si los trabajadores infectados por el VIH no reciben el tratamiento adecuado, la proporción de los que acaban falleciendo debido al SIDA podría ascender al 40% en 2010 (58, 59). En Lesotho y Malawi, las defunciones constituyen el principal motivo de merma de los recursos humanos (60, 61). Dentro del personal sanitario con VIH/SIDA, los niveles de absentismo laboral pueden representar hasta un 50% del tiempo de trabajo en el último año de vida de un trabajador (62).

En el África subsahariana, el VIH/SIDA ha convertido los centros sanitarios en un lugar de trabajo peligroso. Sólo unos pocos países africanos, en particular Swazilandia y Zambia, cuentan con programas

«Cada año, en todo el mundo, tres millones de trabajadores sanitarios están expuestos a la transmisión del VIH y los virus de la hepatitis por la sangre»

para ofrecer asesoramiento, apoyo y tratamiento a los trabajadores sanitarios expuestos al VIH (véase el recuadro 5.4). Es imperativo asegurar una rápida expansión de esos programas (63).

En 2005, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo y un cuadro de expertos (64) establecieron unas directrices sobre el VIH/SIDA y los servicios de salud que contienen recomendaciones específicas sobre prevención, capacitación, detección, tratamiento y confidencialidad (véase el recuadro 5.5).

CAMBIOS DE OCUPACIÓN O DE SITUACIÓN LABORAL

Los trabajadores que abandonan el mercado laboral de la salud o reducen su tiempo de dedicación al mismo pueden provocar déficits de personal.

Trabajadores que optan por una reducción de la semana laboral

En los países de la OCDE, los trabajadores tienden cada vez más a buscar un equilibrio más satisfactorio entre el tiempo dedicado, respectivamente, al trabajo, al ocio y a la familia, y los profesionales de la salud no son ninguna excepción.

Según los datos disponibles, muchos médicos – en especial los jóvenes, que tienden a conferir mayor importancia al tiempo reservado a los asuntos personales – optan por trabajar menos horas (65, 66). Por otro lado, cada vez más trabajadores, sobre todo mujeres, aspiran a un empleo a tiempo parcial (67–71).

Estrategia 5.8 Atender las necesidades y expectativas de los trabajadores

Ofrecer empleos a tiempo parcial y facilitar la reincorporación de las trabajadoras tras una licencia de maternidad, puede contribuir a evitar deserciones de la fuerza laboral y a fomentar el regreso de profesionales que la han abandonado. La disponibilidad de servicios de puericultura asequibles, la prestación de apoyo financiero y la concesión de licencias adaptadas a las necesidades familiares también constituyen elementos susceptibles de promover la afluencia de personal, sobre todo en el sector de la enfermería (72, 73).

Trabajadores de la salud empleados en sectores distintos del sanitario

Apenas existe información fiable sobre el número de trabajadores que sin haber alcanzado la edad de jubilación abandonan el sector de la salud, pero está claro que esa situación puede darse por diversos motivos. En algunos casos los trabajadores quizás

Recuadro 5.5 Medidas para un entorno laboral seguro: el VIH/SIDA

Los principios fundamentales en que se basan las directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA incluyen:

- La prevención y contención de los riesgos de transmisión: es preciso adoptar medidas de identificación, evaluación y control de los riesgos y adoptar disposiciones de profilaxis posterior a la exposición.
- El mantenimiento de un diálogo nacional permanente, que incluya todo tipo de negociaciones, consultas e intercambios de información entre los gobiernos, los empleadores y los trabajadores, debe constituir un mecanismo clave para la introducción de políticas y programas centrados en el VIH/SIDA que propicien la creación de entornos laborales más seguros y saludables.
- Debe ofrecerse información, educación y capacitación para convertir los lugares de trabajo en entornos atentos a las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y a los derechos y necesidades de

los pacientes, así como de los trabajadores. No debe recurrirse a la realización de pruebas obligatorias de detección del VIH para excluir a las personas afectadas del mundo laboral; los trabajadores con VIH/SIDA deben mantener sus empleos mientras estén médicamente aptos para desempeñarlos.

- Perspectiva de género: dado que el sector de servicios de salud da empleo a muchas mujeres, debe prestarse especial atención a las dificultades encaradas por las trabajadoras en los entornos laborales de la atención sanitaria. Es preciso contar con programas, planes educativos e iniciativas de capacitación que aseguren que tanto los hombres como las mujeres conozcan sus derechos, dentro y fuera del lugar de trabajo.

Fuente: (64).

consideren que los empleos disponibles son inaceptables o están mal ubicados, y en otros es posible que simplemente carezcan de oportunidades laborales en su sector. La enfermería es un buen ejemplo: en los Estados Unidos, de los aproximadamente 500 000 enfermeros diplomados no activos en el mercado laboral de esta profesión, 36 000 están buscando empleo en el sector de la enfermería y 136 000 desempeñan ocupaciones no relacionadas con ésta, unos datos que contrastan con el número estimado de puestos vacantes, que es superior a 100 000 (74). En cambio, en Kenya hay en estos momentos unos 5000 enfermeros que no están ejerciendo su profesión debido, en parte, a la aplicación de topes o cupos para la contratación de trabajadores sanitarios en el sector público (75). En Sudáfrica el número de enfermeros diplomados inactivos o desempleados ronda los 35 000, pese a que hay 32 000 vacantes (76).

Estrategia 5.9 Recuperar a los trabajadores sanitarios empleados fuera del sector de la salud

Se dispone de pocos datos sobre la eficacia de las políticas destinadas a captar a trabajadores fuera del sector de la salud, pero algunos indicios apuntan a que pueden hacer que mejore la situación. Efectuando los estudios pertinentes, se podría determinar qué tipo de condiciones alentarían a los trabajadores sanitarios a retomar los empleos para los que han sido formados (véase el ejemplo de Irlanda descrito en el recuadro 5.4).

Trabajadores ausentes y empleados fantasma

Aunque se dispone de bastantes datos aislados sobre el absentismo entre los trabajadores sanitarios (sobre todo en Asia Sudoriental), los investigadores sólo han empezado hace poco a medir el problema de forma sistemática. En un estudio reciente, en el marco del cual se efectuaron visitas no anunciadas en centros de atención primaria de seis países – Bangladesh, Ecuador, India, Indonesia, Perú y Uganda -, las tasas de absentismo en el cuerpo médico se cifraron entre un 23% y un 40%, tendiendo los niveles a ser más elevados en los países de ingresos bajos y, a nivel nacional, en las zonas de ingresos más bajos (77).

Un estudio realizado en Bangladesh identificó, como no es de extrañar, el aislamiento geográfico y la dificultad de acceso como principales aliados del absentismo. Las ausencias son mucho menos frecuentes entre el personal que trabaja en centros ubicados en aldeas o ciudades con electricidad y accesibles por carretera. Las tasas de absentismo suelen ir estrechamente ligadas a factores tales como la carencia de servicios de saneamiento adecuados, la falta de acceso a agua corriente potable y la ausencia de privacidad visual en el centro de salud (78).

Los empleados fantasma son personas que figuran en nómina pero que no existen, o que sólo trabajan a tiempo parcial (78). Su eliminación resulta compleja y costosa. Por otro lado, se dan casos en que las autoridades hacen la vista gorda ante el pluriempleo, por considerarlo una estrategia de supervivencia que permite a los trabajadores redondear los ingresos a un nivel satisfactorio y también un medio para alentar al personal sanitario a trabajar en lugares que, en otras circunstancias, resultarían poco atractivos. Esa tolerancia hacia los trabajadores fantasma quizás explique por qué en muchos países aún no se ha logrado aplicar una legislación que prohíba el pluriempleo. Otro lastre que pesa sobre la financiación del personal sanitario en algunos países es la práctica de no borrar de las nóminas a trabajadores que han abandonado el sector de la salud o que han fallecido. Así por ejemplo, en Ghana, de los 131 000 funcionarios públicos que figuraban en nómina a finales de agosto de 1987, 1500 ya no trabajaban para el Estado (79).

Estrategia 5.10 Hacer un seguimiento del personal sanitario

Las auditorías periódicas, los recuentos físicos, los cuestionarios y el cotejo de diferentes fuentes de datos podrían contribuir a identificar a los empleados fantasma y reducir el número de ausencias no autorizadas. La información obtenida por esos medios debería hacerse pública, y convendría facultar a las instituciones competentes para adoptar las medidas correctivas oportunas.

Cuadro 5.4 Edad reglamentaria de jubilación

Región de la OMS	Número de Estados Miembros		Edad de jubilación (años)	
	Total regional	Estados que han notificado datos	Promedio – hombres (intervalo)	Promedio – mujeres (intervalo)
África	46	37	58 (50–65)	57 (50–65)
Las Américas	35	34	62 (55–65)	61 (55–65)
Asia Sudoriental	11	6	55 (55–57)	55 (50–57)
Europa	52	49	64 (60–67)	61 (55–67)
Mediterráneo Oriental	21	15	60 (50–65)	57 (50–64)
Pacífico Occidental	27	20	58 (50–65)	58 (50–65)

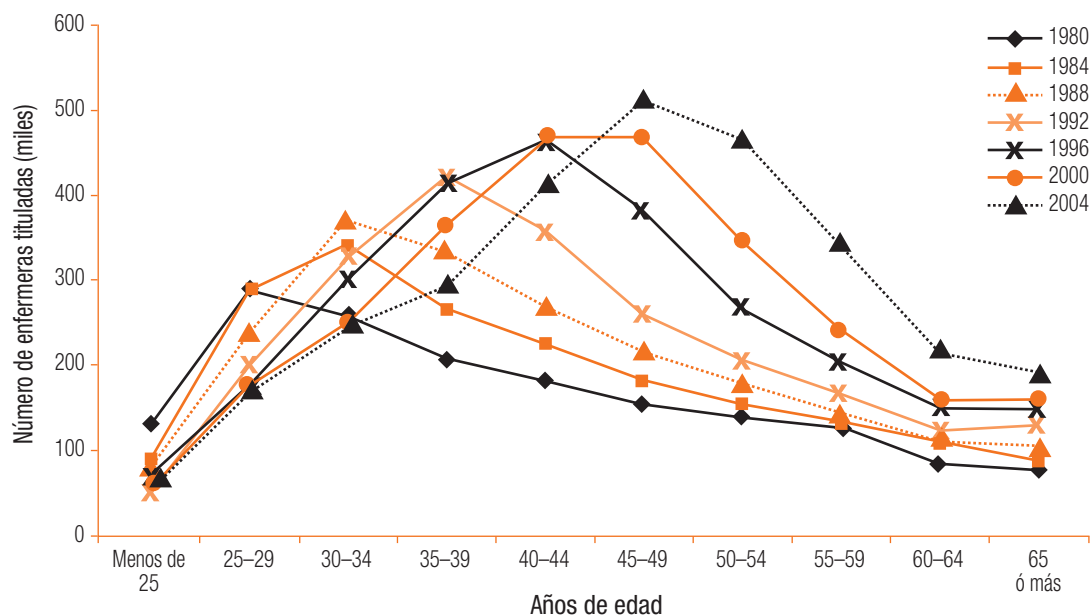
Fuente: (80, 81).

LA JUBILACIÓN

La media de edad reglamentaria de jubilación varía entre las distintas regiones de la OMS nada menos que en 8,2 años. Europa y las Américas son las regiones donde los trabajadores se jubilan más tarde, mientras que Asia Sudoriental se sitúa en el otro extremo (véase el cuadro 5.4). En todas las regiones, la edad reglamentaria de jubilación es más baja para las mujeres que para los hombres.

La edad reglamentaria no suele coincidir con la edad efectiva de jubilación (82). Según los datos disponibles, algunos profesionales sanitarios independientes siguen

Figura 5.4 Envejecimiento del personal de enfermería en los Estados Unidos de América



Fuente: (91).

trabajando después de alcanzar la edad del retiro (83, 89). Al mismo tiempo, en muchos países los trabajadores optan cada vez más por la jubilación anticipada (85). Esa tendencia parece estar calando también entre el personal sanitario (84) y probablemente se intensifique con la creciente presencia de mujeres, que se jubilan antes que sus compañeros del sexo opuesto (86–88).

Tasas de jubilación y riesgo de déficits

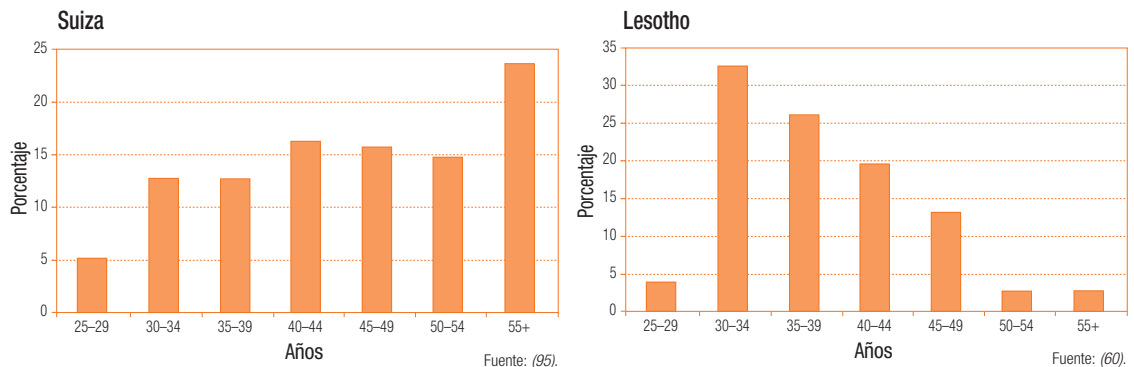
La información disponible sobre las tasas de jubilación de los trabajadores sanitarios es muy escasa. Con una vida laboral prevista de 30 años para los médicos y 23 para las enfermeras (89), y una distribución por edades uniforme, la tasa de jubilación se situaría en un 3% para los primeros y en un 4% para los segundos. Sin embargo, estas cifras no tienen en cuenta otros factores de baja, como la muerte, ni el peso de modalidades laborales diferentes, como el empleo a tiempo parcial, ni tampoco una distribución real por edades, de modo que las tasas de jubilación son en realidad más bajas. Se estima que en el Reino Unido se jubilan cada año unas 10 000 enfermeras (un 2% de la fuerza de trabajo especializada en enfermería) (87). En los países donde las carencias, establecidas sobre la base de las necesidades reales, son mayores, hay poca información disponible sobre el número de bajas que se producen en la fuerza laboral sanitaria. En el África subsahariana, se estima que se jubilan cada año entre 8780 y 13 070 dispensadores de servicios de salud (90), lo que equivale a entre un 0,6% y un 1% del personal sanitario. Aunque pueden parecer poco elevados, estos porcentajes correspondientes al continente africano se vuelven más preocupantes si se tienen en cuenta otros factores de abandono y se comparan con los niveles estimados de incorporación de nuevos trabajadores de la salud.

Envejecimiento de la fuerza de trabajo

En muchos países se registra una tendencia hacia la jubilación anticipada combinada con un aumento de la edad media de los trabajadores de la salud, una doble evolución que podría dar lugar a tasas de deserción masiva entre el personal sanitario (88, 91, 92). En muchos países, el grupo más nutrido de la fuerza laboral sanitaria está conformado por enfermeras de mediana edad – pertenecientes a la generación del «baby boom» que siguió a la Segunda Guerra Mundial – que alcanzarán la edad de jubilación en los próximos 10 ó 15 años. En los Estados Unidos, por ejemplo, el envejecimiento progresivo de la población de enfermeros diplomados que viene registrándose desde 1980 apunta a una aceleración de las tasas de disminución de efectivos correspondientes a ese colectivo, y ello en un periodo de creciente demanda (93, 94) (véase la figura 5.4).

No obstante, esta tendencia al envejecimiento no se da de forma homogénea en todas las partes del mundo. Algunos países en desarrollo, como Lesotho, cuentan por ejemplo con un cuerpo de médicos más joven que muchos países industrializados, como Suiza (véase la figura 5.5).

Figura 5.5 Distribución de los médicos por edades



«En el Reino Unido se jubilan cada año unas 10 000 enfermeras»

A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades y las migraciones, es relativamente fácil hacer previsiones en relación con la jubilación. La aplicación de políticas previsoras en esta materia podría evitar posibles déficits vinculados a las jubilaciones anticipadas y al envejecimiento del personal sanitario.

Estrategia 5.11 Crear capacidad y desarrollar instrumentos de política adecuados para gestionar las jubilaciones

Los sistemas de información pueden recoger datos detallados acerca de las estructuras por edades, los niveles anuales de disminución de los efectivos debido a las jubilaciones y al perfil de las mismas, elementos éstos que conforman la base para la formulación de políticas de gestión eficaces, capaces de reducir o incrementar el número de bajas atribuibles a esta causa. Una vez se hayan implantado políticas de este tipo, los empleadores podrán ofrecer a los trabajadores incentivos para retirarse anticipadamente o más tarde de lo previsto, y los gobiernos podrán aplicar subvenciones o gravámenes para modificar los costos asociados a la contratación de personas de más edad, o estudiar la posibilidad de introducir cambios en relación con la edad reglamentaria de jubilación. Los pensionistas representan un colectivo de trabajadores que podrían volver a incorporarse a la población activa para asegurar un incremento del número de efectivos y de la experiencia profesional, tan necesario en los entornos con recursos limitados del mundo entero. En el recuadro 5.4, se describe una política de esta índole aplicada en Guyana.

Necesidad de promover la transferencia de conocimientos

Con las jubilaciones, el sistema de atención sanitaria no sólo se queda sin los trabajadores que se retiran sino también sin la experiencia práctica y los conocimientos institucionales por ellos acumulados. Si no se vela por que quienes se van transfieran su experiencia y sus conocimientos a quienes se quedan – a través de planes de sucesión –, la fuerza laboral puede verse desposeída de competencias y aptitudes fundamentales. La mala planificación de las sucesiones ha sido identificada como uno de los principales problemas que arrastra el sector de la enfermería en las zonas rurales y remotas (96).

Estrategia 5.12 Promover la planificación de las sucesiones

La planificación de las sucesiones – que comprende estrategias dentro de las cuales los futuros jubilados actúan de orientadores de los trabajadores más jóvenes y participan en distintos mecanismos de intercambio de conocimientos, por ejemplo círculos de profesionales – puede contribuir a que los trabajadores sanitarios experimentados transmitan sus conocimientos a sus sucesores y minimizar el impacto de las jubilaciones en la fuerza laboral.

CONCLUSIONES

Aunque no se pretendía hacer un examen exhaustivo de los factores que provocan bajas temporales o permanentes en la fuerza de trabajo, se han analizado en este capítulo cuatro aspectos fundamentales: la migración; el riesgo de violencia, enfermedad o muerte; los cambios ocupacionales; y la jubilación. Si bien cada uno de estos elementos requiere un análisis detenido específico, con sus correspondientes respuestas, su examen como grupo permite obtener una visión de conjunto del problema de las bajas en la fuerza laboral o la disminución de los efectivos. De ese modo, es posible hacerse una idea de los niveles de deserción y evaluar, teniendo presente igualmente la información disponible sobre los niveles de afluencia, el nivel de equilibrio relativo en lo que a altas y bajas en la fuerza laboral se refiere. En una situación estable, con una fuerza laboral equilibrada, el número de altas – principalmente a través de la capacitación y la contratación – debería equivaler al número de bajas. Sin embargo, si el punto de partida es un déficit de personal importante, como ocurre en los 57 países con carencias graves identificados en el capítulo 1, las altas deberían superar con creces a las bajas.

El caso del África subsahariana es muy ilustrativo en ese sentido. En este capítulo hemos comprobado que el personal sanitario acusa elevados niveles de abandono, debido a las migraciones, los problemas de salud, el absentismo y, aunque en mucho menor medida, las jubilaciones. Para corregir los graves déficits que padece África, no basta con ampliar la incorporación de nuevos efectivos a través de la formación: habrá que reducir considerablemente las tasas de deserción reforzando las estrategias de retención, mejorando la salud de los trabajadores y reduciendo las pérdidas asociadas al absentismo y al fenómeno de los empleados fantasma.

Al examinar el conjunto de los factores que hacen que los trabajadores abandonen la fuerza laboral, queda claro lo importante que es mirar hacia el futuro y conocer las tendencias en esta esfera. En los países más ricos, la distribución del personal sanitario por edades revela una tendencia al envejecimiento, que a medio plazo dará lugar a una aceleración de las bajas por jubilación. De forma análoga, la distribución por sexos apunta a una feminización del sector, sobre todo en la profesión médica, con estructuras de empleo y jubilación para las mujeres que difieren notablemente de las correspondientes a los hombres. Ignorar estas tendencias sería un grave error: todas ellas ponen de manifiesto la necesidad de recurrir a una planificación prospectiva, con miras a evitar desequilibrios importantes. En el caso de las mujeres, es preciso redoblar los esfuerzos encaminados a asegurar que las ocupaciones sanitarias mantengan su carácter vocacional, ofreciendo una mayor protección contra los abusos y la falta de seguridad en el lugar de trabajo, una mayor flexibilidad en las modalidades de empleo para facilitar la conciliación de trabajo y vida familiar y unos mecanismos de ascenso que les permitan acceder a puestos de alta gestión y liderazgo en el sector de la salud.

Por último, como ilustra el ejemplo de las migraciones internacionales, la fuerza laboral sanitaria está estrechamente vinculada a los mercados de trabajo mundiales. Los déficits registrados en los países más ricos envían intensas señales de mercado a los países más pobres, y éstos responden inevitablemente con un aumento de los flujos de trabajadores migrantes. A la hora de articular sus planes en materia de recursos humanos, los países deben reconocer ésta y otras interacciones que trascienden sus fronteras. En los próximos dos capítulos, se hace hincapié en las dificultades relacionadas con la formulación de estrategias nacionales en el actual contexto mundial.

REFERENCIAS

- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>, consultado el 2 de febrero de 2006).
- Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper 2; WHO/EIP/OSD/00.2; http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf, consultado el 23 de enero de 2006).
- Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2005 (Issue Paper 4; <http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
- Buchan J, Thompson M, O'May F. *Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper 4. Incentive and remuneration strategies; WHO/EIP/OSD/00.14; http://www.who.int/health-services-delivery/disc_papers/Incentives_remuneration.pdf, consultado el 23 de enero de 2006).
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz M.R, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
- Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 2004, 23:69–77.
- Buchan J, Calman L. *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2004 (<http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
- Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Buchan J, Jobanputra R, Gough P, Hutt R. *Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy*. Londres, King's Fund, 2005 (<http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/internationally.html>, consultado el 2 de febrero de 2006).
- Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2004.
11. *Trends in international migration*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
- Hagopian A, Thompson M, Fordyce M, Johnson K, Hart LG. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2004, 2:17.
- Tevera D. *Early departures: the emigration potential of Zimbabwean students*. Cape Town, Southern African Migration Project, 2005 (Migration Policy Series no. 39; <http://www.queensu.ca/samp/sampresources/samppublications/policyseries/policy39.htm>, consultado el 2 de febrero de 2006).
- Iredale R. The migration of professionals: theories and typologies. *International Migration*, 2001, 39:7–26.
- Findlay A, Stewart E. *Skilled labour migration from developing countries*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 55).
- Lowell BL, Findlay A. *Skilled Labour Migration from developing countries*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 56).
- Mejía A, Pizurki H, Royston E. *Migración de médicos y enfermeras : análisis y repercusiones políticas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz MR. Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management [Migration de personal sanitario de los países en desarrollo: enfoques estratégicos para su gestión]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:595–600 (resumen en español).
19. *Unlocking the human potential for public sector performance*. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas, 2005 (World Public Sector Report, ST/ESA/PAD/SER.E/63).
- Anderson B, Rogaly B. *Forced labour and migration to the UK*. Oxford, Centre for Migration Policy and Society, 2005.
- Van Eyck K. *Who cares? Women health workers in the global labour market*. Ferney-Voltaire, Public Services International, 2005.
22. *Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*. Washington, DC, Banco Mundial, 2005.

23. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The "skills drain" of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres, Medact, 2005 (http://www.medact.org/article_health.php?articleID=337, consultado el 2 de febrero de 2006).
24. Chen LC, Boufford JL. Fatal flows – doctors on the move. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1850–1852.
25. Wibulpolprasert S. Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In: *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell*. Liverpool, Liverpool School of Tropical Medicine, 2001.
26. *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2004.
27. *Health Priorities in the World Bank's Pacific Member Countries*. Washington, DC, Banco Mundial, 1994.
28. Choy CC. *Empire of care: nursing and migration in Filipino American history*. Durham, Duke University Press, 2003.
29. Commander S. *Brains: what can they do for export?* Sussex Development Lecture 2004 (http://www.london.edu/assets/documents/PDF/brains_lecture.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
30. Denham L, Shaddock A. Recruitment and retention of rural allied health professionals in developmental disability services in New South Wales. *Australian Journal of Rural Health*, 2004, 12:28–29.
31. Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: *South African Health Review, 2002*. Durban, Health Systems Trust, 2002 (<http://www.hst.org.za>, consultado el 2 de febrero de 2006).
32. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
33. Connell J, Brown R. Remittances in the Pacific: an overview. Manila, Banco Asiático de Desarrollo, 2005 (<http://www.adb.org>, consultado el 2 de febrero de 2006).
34. Van Eyck K. *Women and international migration in the health sector*. Ferney-Voltaire, Public Services International, 2004.
35. Hagey R, Choudhry U, Guruge S, Turriffin J, Collins E, Lee R. Immigrant nurses' experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001, 33:389–394.
36. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
37. Rokoduru A. *The contemporary migration of skilled labour from Fiji to Pacific Island countries*. Canberra, Asia Pacific Migration Research Network, 2002 (Working Paper No. 12:43–48).
38. Allen H, Aggergaard LJ. *"We need respect" – experiences of internationally recruited nurses in the UK*. Londres, Royal College of Nursing, 2003 (<http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irn-report-we-need-respect.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
39. Barré R, Hernandez V, Meyer J-P, Vinck D. *Diasporas scientifiques*. Paris, Institut de recherche pour le développement (IRD), 2003.
40. *Building bridges: a report to the Massachusetts–South Africa Health Care Task Force*. Boston, MA, South Africa Partners, 2000 (<http://www.sapartners.org/documents/Doc4.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
41. Mafubelu D. *Using bilateral arrangements to manage migration of health care professionals: the case of South Africa and the United Kingdom*. Documento sometido al: IOM/WHO/CDC Seminar on Health and Migration, Ginebra, junio de 2004 (<http://www.iom.int/documents/officialtxt/en/pp%5Fbilateral%5Fsafrica.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
42. *Management of international health worker migration. Instruments on ethical recruitment and other policy options*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (informe inédito).
43. *World migration report – Costs and benefits of international migration*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2005.
44. Cooper C, Swanson N, eds. *Workplace violence in the health sector. State of the art*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (documento de trabajo; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).

45. Di Martino V. 2002: *Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Synthesis report*. Ginebra: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (documento de trabajo; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
46. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, 1999, 6(1) (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
47. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 2000, 26:105.
48. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 2002, 10:13–20.
49. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29:532–541.
50. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 9:602–610.
51. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Public Services International (PSI). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
52. Wiskow C. *Guidelines on workplace violence in the health sector – Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (documento de trabajo de próxima aparición).
53. *Healthy and valued health workers are essential to save health systems in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2005 (comunicado de prensa ICN/PR05, No. 21 ; http://www.icn.ch/PR21_05.htm, consultado el 25 de febrero de 2006).
54. Egan M, Moynihan M. *An examination of non practising qualified nurses and midwives in the Republic of Ireland and an assessment of their intentions and willingness to return to practice*. Dublin, Irish Nurses Organisation/Michael Smurfit Business School, 2003.
55. Morgan R. *Addressing health worker shortages: recruiting retired nurses to reduce mother-to-child transmission in Guyana. Snapshots from the field*. Arlington, VA, Family Health International, 2005.
56. Shamian J, O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C, Kerr MS. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2003, 23:81–103.
57. *Aide-mémoire for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/en/AM_HCW_Safety.pdf, consultado el 1 de febrero de 2006).
58. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (Working Paper no. 2).
59. Buve A, Foaster SD, Mbwili C, Mungo E, Tollenare N, Zeko M. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8:396.
60. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Lesotho human resources consultancy: health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, MD, Medical Care Development International, 2004.
61. *Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Final draft*. Washington, DC, Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Bureau for Africa (USAID/AFR), y Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 2004.
62. Kober K, Van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 2004, 364:103–107.
63. Tawfik L, Kinoti S. *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Arlington, VA, Management Sciences for Health y Bethesda, MD, University Research Co., LLC, 2005.
64. *Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud, 2005.

65. Schroeder SA. How many hours is enough? An old profession meets a new generation. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:838–839 (<http://www.annals.org/cgi/content/full/140/10/838>, consultado el 2 de febrero de 2006).
66. Buske L. Younger physicians providing less direct patient care. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170:1217.
67. Knaul F, Frenk J, Aguilar A. The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labor supply. *Journal of American Medical Women's Association*, 1999, 55:32–35.
68. Higginbotham E. Celebrating women in ophthalmology. *Archives of Ophthalmology*, 1998, 116:1227–1228.
69. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender: the implications for managing physician supply*. Documento presentado en la 4a Conferencia General de la FICOSER, Cuernavaca, México, 1998.
70. Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70:305–312.
71. Woodward C, Hurley J. Comparison of activity level and service intensity of male and female in five fields of medicine in Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1097–1106.
72. Babies and bosses: reconciling work and family life, Canada, Finland, Sweden and the United Kingdom. Vol. 4. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
73. Phillips VL. Nurses' labor supply: participation, hours of work, and discontinuities in the supply function. *Journal of Health Economics*, 1995, 14:567–582.
74. Lafer G, Moss H, Kirtner R, Rees V. *Solving the nursing shortage*. Eugene, OR, University of Oregon, 2003.
75. *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Documento de trabajo para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2004 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
76. The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. In: *Trends in international migration, Part III*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004.
77. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Provider absence in schools and health clinics. *Journal of Economic Perspectives* (de próxima aparición; <http://post.economics.harvard.edu/faculty/kremer/webpapers/MissinginAction.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
78. Chaudhury N, Hammer J. *Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3065).
79. Dovlo D. 2005: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>, consultado el 2 de febrero de 2006).
80. McCallum N, Tyler V. *International experience with civil service censuses and civil service databases*. London, International Records Management Trust, 2001 (<http://www.irmt.org/download/DOCUME~1/DEVELO~1/RESEAR~1/Census.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
81. *Social security programs throughout the world*. Washington, DC, Social Security Administration and International Social Security Association, 2003–2005 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw>, consultado el 23 de enero de 2006).
82. Keese M, Hirsch D. *Live longer, work longer*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (de próxima aparición).
83. Starkiene L, Smigelskas K, Padaiga Z, Reamy J. The future prospects of Lithuanian family physicians: a 10-year forecasting study. *BMC Family Practice*, 2005, 6:41.
84. Greene J. Physicians enticed into early retirement. *American Medical News*, 2000, 43(27):1–2.
85. Auer P, Fortuny M. *Ageing of the labour force in OECD countries: economic and social consequences*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/ep2.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).
86. Canadian Labour and Business Centre, for Task Force Two: A Physician Human Resource Strategy for Canada. *Physician workforce in Canada: literature review and gap analysis. Final report*. Ottawa, Government of Canada, 2003 (<http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-e.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).

87. Watson R, Manthorpe J, Andrews J. *Nurses over 50: options, decisions and outcomes*. Bristol, Policy Press in association with the Joseph Rowntree Foundation, 2003.
88. Schofield DJ, Beard JR. Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183:80–83.
89. Netten A, Knight J. Annuitizing the cost of health service professional. *Health Economics*, 1999, 8:245–255.
90. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
91. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of an ageing registered nurse workforce. *JAMA*, 2000, 283:2948–2954.
92. Buchan J. The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:818–826.
93. *The registered nurse population: national sample survey of registered nurses, March 2004. Preliminary findings*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2005 (<ftp.hrsa.gov/bhpr/nursing/rnpopulation/theregisterednursepopulation.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).
94. Janiszewski Goodin H. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 43:335–343.
95. Swiss Medical Association, 2004 (http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2004/sts2004-14.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
96. National Rural Health Alliance. *Nursing in rural and remote areas*. Deakin, Association for Australian Rural Nurses Inc., 2002 (documento de posición; http://www.aarn.asn.au/pdf/papers/position_paper.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).