

Personal Sanitario Para Todos

**PERSONAL SANITARIO
CARENCIAS Y MOVILIDAD INTERNACIONAL
EN LA UE**

Una visión general de las tres tendencias transversales desde la perspectiva del Código de prácticas de la OMS y su implementación en la región.

Contenido

- **Preámbulo**

La iniciativa “personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario”: hacia un personal sanitario sostenible

- **Introducción: la situación actual de la región**

- **Capítulo 1**

Capacidad de organización del personal sanitario en la Unión Europea

- **Capítulo 2**

Margen de maniobra presupuestaria para el personal sanitario en un contexto de crisis económica

- **Capítulo 3**

¿El personal sanitario es una mercancía intercambiable?

- **Conclusiones**

Preámbulo

LA INICIATIVA “PERSONAL SANITARIO PARA TODOS Y TODO PARA EL PERSONAL SANITARIO: HACIA UN PERSONAL SANITARIO SOSTENIBLE

“Personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario” (HW4All) es una iniciativa dirigida y defendida por la sociedad civil que involucra a organizaciones en Bélgica, el Reino Unido, Italia, Alemania, Polonia, Rumanía, España y los Países Bajos. Mediante apoyo y una campaña, contribuye desde dentro de Europa al desarrollo de un personal sanitario sostenible a nivel mundial. Con el apoyo del personal sanitario y la ciudadanía, pide a los políticos y responsables políticos en Europa que implementen el Código de prácticas de la OMS en el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario (Código de la OMS)¹.

Tal y como señala la OMS, *“el Código tiene como objetivo establecer y promover principios y prácticas voluntarias para la contratación internacional ética de personal sanitario y facilitar el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.”* En este sentido:

- establece principios y representa un punto de referencia de un marco legal para la contratación internacional ética de personal sanitario,
- sirve de guía en instrumentos legales bilaterales e internacionales,
- promueve el debate y la cooperación internacional en relación con la contratación internacional ética centrándose en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en países en vía de desarrollo para luchar contra la amenaza de la “fuga de cerebro” de esos países.

Desde la perspectiva de la implementación del Código de la OMS dentro de Europa, y para complementar el trabajo llevado a cabo por los socios de HW4All a nivel nacional, este informe presenta un análisis de las tres cuestiones transversales relevantes a la implementación del Código de la OMS a nivel regional:

- *Capacidad de organización del personal sanitario en la UE:* el Art. 5.4 del Código de la OMS recomienda que todos los estados estimen y planeen las necesidades de su propio personal sanitario y se esfuercen en conseguirlas sin recurrir a la contratación internacional. El capítulo 1 de este informe proporciona una visión general de cómo la

¹ For the full text of the Code, see http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

Unión Europea trabaja para alcanzar este propósito y de los materiales disponibles en el momento para este propósito.

- *Margen de maniobra presupuestaria para el personal sanitario en un contexto de crisis económica:* el capítulo 2 pone en duda la posibilidad de que los miembros estado de la UE puedan “llevar a cabo medidas efectivas para educar, conservar y mantener un personal sanitario apropiado para las condiciones específicas de cada país” (Art. 5.4 del Código de la OMS) en el contexto de las medidas de austeridad que se están imponiendo en varios gobiernos nacionales. Los ajustes fiscales traen consigo el riesgo de restringir la capacidad para formar y mantener el personal sanitario necesario para el futuro, creando posibles problemas futuros a gran escala y un incremento en el déficit mundial de personal sanitario.
- *Movilidad del personal sanitario y el comercio de servicios:* al inscribir la perspectiva “salud en todas las políticas”, el capítulo 3 establece una unión entre las disposiciones del Código de la OMS y la estrategia de la UE sobre el comercio de servicios, lo que constituyen dos aproximaciones diferentes a la movilidad internacional del personal sanitario.

El análisis que se presenta en los siguientes capítulos reconoce el hecho de que el mandato de la Unión Europea con respecto a la salud es muy limitado a la hora de apoyar, coordinar y suplementar políticas sanitarias nacionales, mientras que los estados miembro se siguen responsabilizando de definir sus políticas sanitarias y la organización y prestación de los servicios sanitarios². Sin embargo, la UE y sus miembros tienen la misma obligación legal de hacer que sus políticas sean coherentes con sus objetivos de desarrollo³.

Las recomendaciones al final de cada capítulo muestran estrategias para una futura acción dirigida hacia un personal sanitario sostenible. Esta acción tiene que ser llevada a cabo por los socios que forman el HW4All y otras organizaciones asociadas.

² See The Treaty of Lisbon, Article 6 of the Treaty on the Functioning of the European Union, http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_en.htm.

³ See The Treaty of Lisbon. The official term is ‘Policy Coherence for Development’. See more at: <http://www.concordeurope.org/4-coherent-policies#sthash.YEexvA8X.dpuf>

Introducción

LA SITUACIÓN ACTUAL EN LA REGIÓN por Giulia De Ponte, AMREF Italia

La demanda de servicio sanitario aumentará drásticamente debido el envejecimiento de la población de Europa. Se estima que el número de personas con 65 años o más será el doble en los próximos cincuenta años, y a la vez se espera una reducción en la disponibilidad de cuidadores no profesionales como resultado de un cambio en la estructura familiar⁴. El aumento del número de personas mayores con problemas crónicos múltiples requerirá no solo nuevos modelos de prestación sanitaria, sino también cambios en la combinación de capacidades y nuevas formas de trabajar de los profesionales sanitarios.

La mayoría de los estados de la UE se están enfrentando a carencias importantes de personal que afectan a ciertas profesiones sanitarias, tanto en la cantidad de trabajadores en determinadas especializaciones médicas o áreas geográficas. Estos déficits podrían empeorar en el futuro si no se toman medidas. La jubilación de un gran número de profesionales sanitarios está disminuyendo drásticamente el personal de servicios sanitarios de la UE y, en 2020, se espera que el porcentaje anual de médicos europeos que se jubilen alcance el 3,2%⁵. Una situación similar se aplica al personal de enfermería ya que, en base a los datos recogidos por algunos estados de la UE, la media de edad del personal de enfermería que trabaja actualmente es de entre 41 y 45 años⁶.

El número de profesionales sanitarios jóvenes que terminan su formación sigue sin ser suficiente para reemplazar a aquellos que dejan la profesión. En Italia, se jubilaron 13.400 enfermeros en 2010 mientras que solo se graduaron 8.500 enfermeros en 2008-2009. Alemania tiene serias dificultades a la hora de formar el suficiente número de graduados, Eslovaquia cuenta un una carencia de personal de enfermería, comadronas, fisioterapeutas, auxiliar de radiología y paramédicos, y Hungría se enfrenta a disminuciones en la formación de personal de enfermería debido a los recortes hechos en su formación. En Rumanía, Francia, Hungría y Austria⁷ se informa que hay puestos de especialización sin cubrir. El mercado laboral de la salud no es lo suficientemente atractivo para las nuevas generaciones a la hora de escoger su profesión.

La evidencia en algunos países muestra un cambio creciente en las profesiones relacionadas con la salud debido, en parte, a salarios bajos, pero también a factores no financieros como las condiciones⁸ de trabajo poco satisfactorias. El estudio del personal de enfermería “Cuidados

⁴ European Commission, Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, 2012, http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf

⁵ ibidem.

⁶ Based on data collected from 6 MS: DE, DK, IE, FR, SE, UK. (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce/facts-and-figures>, http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/DATASHEET_SUMMARY_NURSING_PROFILE_2011.pdf)

⁷ M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault and J. Figueras (eds., 2011), Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries, Observatory Study Series No. 23, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf)

⁸ For a more detailed analysis, see the Second Biennial Report on social services of general interest, 2011, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=794&langId=en&pubId=5940&type=2&furtherPubs=yes>.

de Enfermería en el ámbito Europeo⁹”, confirma que en 12 países europeos su personal de enfermería se enfrenta a problemas de desgaste e insatisfacción. El equilibrio entre la vida personal y el trabajo es, en particular, más relevante en el sector sanitario, donde la participación de la mujer ha sido históricamente significativa y sigue creciendo¹⁰.

Además, a pesar de que el nivel de competencias es relativamente alto y las condiciones de trabajo suelen ser exigentes, el salario en el sector sanitario y en los servicios sociales suele ser más bajo que en otros sectores de la economía del continente¹¹, un factor que obviamente está relacionado con la diferencia de retribución entre hombres y mujeres.

En el Documento de Trabajo sobre un Plan de Acción para el Personal Sanitario de la UE, la Comisión Europea estima que si no se toman más medidas para alcanzar estos propósitos, habrá un déficit potencial de trabajadores de los sectores de servicios sanitarios y sociales de entorno al millón en 2020 aumentando a 2 millones si tenemos en cuenta a los cuidadores de crónicos y profesionales auxiliares. Esto significa que alrededor del 15% del total de servicios sanitarios no estará cubierto¹² si lo comparamos con el 2010.

Tabla 2: DÉFICIT ESTIMADO EN EL SECTOR SANITARIO EN 2020

Profesional sanitario u otros trabajadores en sectores sanitarios	Déficit estimado en 2020	Porcentaje estimado de servicios sanitarios no cubiertos
Personal médico	230.000	13,5%
Dentistas, farmacéuticos y fisioterapeutas	150.000	13,5%
Enfermería	590.000	14,0%
Total	970.000	13,8%

Fuente: Comisión Europea

Varios países también se enfrentan a desafíos relacionados con la desigualdad en la distribución del personal sanitario: el proyecto de investigación PROMeTHEUS¹³ proporciona evidencia de 17 países Europeos que confirma que hay un déficit de profesionales sanitarios en los medios rurales, por ejemplo en Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Rumanía, y un exceso de personal médico de ciertas áreas urbanas, particularmente en Alemania y, también un exceso de personal de enfermería en Bélgica.

En términos de movilidad internacional de profesionales sanitarios de la UE, el estudio PROMeTHEUS indica que los 27 miembros de la UE experimentan la migración de sus profesionales sanitarios con salidas que raramente exceden el 3% de personal. Sin embargo, sí hay diferencias significativas en movimientos transfronterizos dentro de la UE, con una clara asimetría de este-oeste de doctores, enfermeros y dentistas. En particular, el ingreso de nuevos países en la UE en 2004 no causó una salida masiva de profesionales sanitarios desde

⁹ Nurse forecasting: Human resources planning in nursing, <http://www.rm4cast.eu/>

¹⁰ European Commission, 2012.

¹¹ ibidem

¹² An Agenda for new skills and jobs: A European contribution towards full employment, COM (2010) 682 final.

¹³ M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault and J. Figueras (eds., 2011), Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries, Observatory Study Series No. 23, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf)

los nuevos Estado miembro a la UE15. Pero la adhesión de Bulgaria y Rumanía a la UE en 2007 provocó un déficit crítico en estos países, particularmente de doctores, debido a la inmigración.

La escasez de personal sanitario en algunos miembros estado también ha supuesto un aumento en la contratación de profesionales de los servicios sanitarios fuera de la UE. Los patrones nacionales del flujo migratorio de doctores provenientes de fuera de la UE varían mucho, con una movilidad predominante de los antiguos países coloniales más importantes, que están lingüística e históricamente conectados, a los países de origen. Una encuesta a diez países de la UE obtuvo como resultado que casi el 30% de los doctores inmigrantes vienen de fuera de la UE en Austria, Bélgica, Dinamarca, Alemania, los Países Bajos y Polonia. Este hecho alcanza el 60% en Francia e Italia y el 80% en Irlanda y el Reino Unido¹⁴.

En la actualidad, la contratación de profesionales sanitarios no provenientes de la UE parece que está descendiendo, pero, debido a una implementación más estricta de la legislación de la UE y el cambio del contexto económico, la UE puede que esté siendo evitada por personal de países terceros, que no solo se enfrentan a problemas para entrar en la UE, sino que además prefieren EE.UU. o Canadá. De hecho, parece que haya también un aumento significativo en la contratación activa desde EE.UU. de personal de los países miembros de la UE, que podría conllevar a una intensificación del déficit existente en la propia UE¹⁵.

¹⁴ Gilles Dussault, Inês Fronteira and Jorge Cabral (2009) Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisbon, Migration of health personnel in the WHO European Region.

¹⁵ M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault and J. Figueras (eds., 2011), Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries, Observatory Study Series No. 23, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf)

CAPÍTULO 1

CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UNIÓN EUROPEA por Linda Mans, Fundación Wemos

Uno de los propósitos principales de un plan sobre recursos humanos sanitarios¹⁶ es responder a las dificultades en términos de equilibrar la demanda y la oferta. Debido a la naturaleza rigurosa de las actuales limitaciones presupuestarias, los sistemas sanitarios deben trabajar bajo una fuerte presión para conseguir este equilibrio de una forma eficaz y rentable, mientras que también deben realizar reformas fundamentales en la forma en la que prestan sus servicios sanitarios. Sin embargo, las soluciones innovadoras siempre dependen de un personal sanitario motivado, competente y con las habilidades adecuadas para enfrentarse a los crecientes desafíos del sector sanitario¹⁷.

Los países europeos se enfrentan a desafíos similares cuando se trata de temas relacionados con la sostenibilidad y la accesibilidad de sus sistemas sanitarios. Muchos países europeos todavía carecen de herramientas que les permitan prever las necesidades y las demandas presentes y futuras de personal sanitario. La disponibilidad limitada de indicadores relevantes, la escasa comparabilidad de datos a nivel nacional e internacional y la escasa utilización de herramientas para la planificación dificulta a varios países desarrollar estrategias y sistemas de organización del personal adecuados. Mientras que se han desarrollado estimaciones definitivas sobre el posible déficit de profesionales sanitarios en pocos países, parece ser que en Europa, la cantidad de personal actual y las cualificaciones de los recursos humanos puede que no sean las adecuadas para afrontar las necesidades sanitarias futuras. Además, la intensificación de los flujos de movilidad (dentro de los países y entre países) afecta a la estructura y a la combinación de competencias del personal sanitario en Europa y habrá que tener esto en cuenta cuando se quiera asegurar la sostenibilidad del sistema. El aumento de los países pertenecientes a la UE, por ejemplo, ha tenido como resultado un incremento

¹⁶ In 2012 Matrix Insight and the Centre for Workforce Intelligence conducted a feasibility study on EU-level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends. The study is available at http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf
This chapter is based on this study.

¹⁷ Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg 18.04.2012

substantial de profesionales sanitarios dentro del mercado laboral europeo. Mayores diferencias salariales y un incremento de las diferencias en infraestructuras y en la utilización y disponibilidad de tecnología médica moderna han intensificado aún más la movilidad de profesionales sanitarios.

Estos desafíos y tendencias tienen una clara dimensión europea ya que se expanden y se comparten en varios países. La colaboración europea puede ayudar a afrontar algunos de estos desafíos comunes luchando contra las interdependencias entre países. Al reconocer la dimensión internacional de la crisis en el personal sanitario y también la importancia de la organización del personal sanitario, la Comisión Europea junto con otras instituciones internacionales (OMS, OCDE, etc.), ha propuesto políticas y herramientas que tienen como objetivo apoyar a los gobiernos nacionales¹⁸.

Mientras que las interdependencias entre países son importantes, que deberían abordarse mediante iniciativas de acción amplias, también es importante reconocer la complejidad de la organización del personal sanitario. Esto no solo involucra varias áreas a nivel nacional (como el mercado laboral, educación, salud), sino que también abarca varios niveles gubernamentales (internacional, europeo, nacional y regional). Cada una de estas dimensiones de organización del personal sanitario está presente en un nivel diferente de gobernanza y puede abordar múltiples aspectos¹⁹, como el sistema educativo, por ejemplo. Además, los mecanismos de gobierno pueden diferir entre puestos profesionales y entre entidades. Por esta razón, la cooperación debería llevarse a cabo en varios niveles y abarcar varias áreas. Como consecuencia, la acción deberá ser intersectorial teniendo en cuenta el desarrollo de recursos humanos, la educación y las estrategias de formación, el empleo en la UE, los asuntos sociales, el mercado interno y la cohesión de políticas. Las iniciativas políticas deberían ajustarse al nivel europeo y nacional (Agenda Social, Directiva de Cualificaciones, Directiva de Horarios de Trabajo, Plan de trabajo para la igualdad entre el hombre y la mujer).

Aunque puede ser complicado identificar el propósito de una organización del personal sanitario y evaluar la disponibilidad de los recursos técnicos y financieros, es posible valorar si existen los datos suficientes en un país para poder llevar a cabo un modelo de organización del personal sanitario. Desde la perspectiva de la disponibilidad de datos se puede concluir que se necesita que más países se comprometan a crear un modelo de organización del personal sanitario y también que los países que ya están planificando deben ampliar el alcance de sus modelos actuales.

La extensión a la que se ha institucionalizado e integrado el proceso de planificación del personal sanitario varía considerablemente dependiendo del país. Exceptuando “Center for Workforce Intelligence” en el Reino Unido, existen pocas instituciones en Europa que se encargan exclusivamente de la planificación del personal sanitario. En la mayoría de los países, el ministerio nacional de salud (o los organismos específicos de estos) es el responsable de la planificación del personal sanitario. Sin embargo, varias instituciones suelen estar involucradas en el proceso de planificación, incluyendo otras instituciones públicas como los Ministerios de

¹⁸ Matrix Insight, p. 139

¹⁹ ibidem

Educación y Comercio, servicios sanitarios nacionales, asociaciones de profesionales, aseguradoras sanitarias y de seguridad social e instituciones de planificación independientes.

Muchos países carecen de una estrategia exhaustiva cuando se trata del ámbito sanitario y su personal, que tenga como objetivo lograr las metas sanitarias que se habían predeterminado. Varios factores explican el escaso éxito de la planificación y la puesta en práctica de dichas estrategias del personal sanitario.

1. La falta de estrategias exhaustivas a nivel nacional que determinen el desarrollo a largo plazo del sistema sanitario. Estas incluyen la asignación para investigación, las características del sistema y las políticas del personal sanitario que pueden ser influenciadas por la planificación del personal sanitario.
2. Un bajo nivel de participación de los actores. En varios países, la planificación de su plantilla todavía no está estructurada de una forma integrada, es decir, sin la participación de múltiples actores como asociaciones profesionales e instituciones de educación y formación.
3. Una falta de compromiso estratégico por parte de las instituciones encargadas de la planificación del personal. En muchos países, la planificación del personal se suele separar de la toma de decisiones en el sistema sanitario y el educativo.
4. Ni hay resultados de evaluación de la planificación de personal. En la mayoría de escenarios, los resultados de la planificación del personal y su impacto a la hora de tomar decisiones a nivel nacional, regional o local no son claros.

En abril de 2013, se creó la “EU Joint Action of Healthworkforce Planning and forecasting” (Acción Conjunta de la UE sobre la Planificación y Previsión del Personal Sanitario dentro del marco del Plan de Acción). Ha establecido una “plataforma de cooperación entre los Estados Miembro para prever las necesidades del personal sanitario y organizarlo en cooperación con Eurostat, la OCDE y la OMS.” La Acción Conjunta trata una amplia variedad de temas diversos como la consecución de datos para una mejora de la planificación del personal sanitario y un intercambio de buenas prácticas en las metodologías de planificación. La numerosa salida de profesionales sanitarios ha provocado un debate sobre las políticas relacionadas con el impacto de los sistemas sanitarios en algunos Estados Miembro reforzando la necesidad de datos precisos y comparables sobre los flujos migratorios y de movilidad en la UE para desarrollar respuestas a las políticas basadas en evidencia. La Acción Conjunta ha incluido un debate sobre la aplicabilidad del Código de la OMS sobre la Práctica en la Contratación Internacional de Personal Sanitario en el contexto de la UE²⁰.

En enero de 2014, la Acción Conjunta organizó una conferencia donde los políticos de los países implicados en este programa de planificación sanitaria pudieron reunirse y participar en el desarrollo de una plataforma Europea para poner en común iniciativas y compartir conocimientos. En este contexto, se invitó al HW4All a organizar un taller sobre la movilidad global del personal sanitario. Uno de los objetivos de este taller era relacionar el debate sobre la movilidad del personal sanitario y la puesta en práctica del Código de la OMS con el debate

²⁰ Partners of the 'Health Workers for All and All for Health Workers' are actively engaged in this discussion.

sobre las medidas de austeridad en Europa. De hecho, el Código de Prácticas de la OMS promueve la creación de una formación autosuficiente de profesionales sanitarios para evitar que se cree una gran dependencia en personal sanitario extranjero evitando una fuga de profesionales. Sin embargo, los drásticos recortes que se están produciendo en el presupuesto sanitario de los países europeos están consiguiendo el efecto contrario al poner en peligro la sostenibilidad a largo plazo de la plantilla sanitaria de estos países donde el envejecimiento de la población supone desafíos a largo plazo. El HW4All introdujo el tema al reflejar la experiencia de países de África a los que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) les habían impuesto medidas de austeridad durante décadas y señalando la relación entre los recortes presupuestarios, el aumento de la movilidad del personal sanitario y la perspectiva de una fuga de profesionales.

Recomendaciones

La recopilación de datos para monitorizar la cantidad y los flujos de los recursos humanos sanitarios es muy urgente. Esto tiene que hacerse mediante el liderazgo de la UE ya que las cuestiones relacionadas con el personal sanitario están interconectadas y se extienden más allá de las fronteras de sus países. La Acción Conjunta discute las posibilidades y responsabilidades en relación con la recopilación de datos y compartir la información. Los mecanismos de recopilación de datos e información de la UE deberían centrarse en:

- Desarrollar indicadores clave comunes y definiciones comparables.
- Recopilar, analizar y presentar datos claros sobre las existencias, flujos, flujos internos y diferentes tipos de movilidad.
- Recopilar, analizar y presentar información sobre la competencia educativa y formativa.
- Facilitar el intercambio de datos e información con países no pertenecientes a la UE.
- Publicar y difundir buenas prácticas sobre las metodologías de la planificación del personal sanitario.
- Analizar la eficacia de las estrategias administrativas de plantillas específicas.

Para sobrepasar las políticas a corto plazo sobre la planificación del personal sanitario se necesita una estrategia de planificación a largo plazo:

- Los Estados Miembro de la Unión Europea y los países terceros deben articular metas políticas para conseguir una autosuficiencia de su personal sanitario. En este sentido, los países que todavía dependan de un personal sanitario que se ha formado en el extranjero deberían llevar a la práctica los principios de contratación ética que se encuentran en el Código internacional de Práctica de la OMS.
- Los Estados Miembro también aplicarán las estrategias apropiadas para integrar al personal sanitario que se ha formado en el extranjero. Estas estrategias podrían incluir una (mayor) colaboración con organizaciones como sindicatos y representantes de personal sanitario migrante para asegurar que los derechos de estos trabajadores son iguales a los de aquellos que se han formado en ese país. También podrían incluir la

creación de un portal europeo que contenga una recopilación de datos de instituciones nacionales para comparar calificaciones de países no pertenecientes a la UE y para permitir a los registrados verificar las calificaciones extranjeras.

- Se debería alentar a los Estados Miembro a adaptar la educación y la formación a las necesidades actuales y futuras para el mercado laboral de la asistencia sanitaria. Por esta razón, es necesario pensar en un nuevo planteamiento sobre los sistemas sanitarios y la educación y formación de los recursos sanitarios para la salud.

CAPÍTULO 2

MARGEN DE MANIOBRA PRESUPUESTARIA PARA EL PERSONAL SANITARIO EN UN CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA por Giulia De Ponte, AMREF Italia

La crisis económica y financiera actual está teniendo, y continuará teniendo, un impacto en la forma en la que los Estados Miembro ponen en práctica el Código de Prácticas de la OMS.

Desde 2008, la deuda pública de varios países europeos ha alcanzado niveles considerados como insostenibles, el déficit fiscal es excesivo y ha habido un aumento progresivo de deuda conllevando a un incremento de la prima de riesgo en los préstamos, principalmente en los países del sur de Europa²¹. A pesar de que los países de Europa han respondido a esta situación de varias formas, la mayoría de ellos han adoptado políticas de austeridad, incluyendo recortes a gran escala y reformas en el sector público. Estas políticas se impusieron en países que necesitaban paquetes de rescate financiero (como Grecia, Irlanda y Portugal²²) como un requisito previo propuesto por “troika” (la Comisión Europea, el Fondo Monetario Internacional, y el Banco Central Europeo) pero también han sido tomados como referencia por otros países de la UE.

Respecto a los paquetes de austeridad impuestos entre el 2009 y 2011, el gasto público en salud cayó en términos absolutos y como una parte del gasto total del gobierno en muchos países, a pesar de los esfuerzos que se hicieron para proteger el presupuesto sanitario²³. Al mismo tiempo, se han hecho recortes radicales en el gasto gubernamental en las áreas de servicio social, educación y protección social²⁴ mientras

²¹ WHO Regional Office for Europe, Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region, 17-18 April, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Healthsystems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

²² Marina Karanikolos et al., “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, *The Lancet*, 27 March 2013.

²³ WHO Regional Office for Europe, Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. Summary, World Health Organization, 2013.

²⁴ WHO Regional Office for Europe, Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region, 17-18 April, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Healthsystems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

que los presupuestos para la Asistencia Oficial para el desarrollo disminuyeron en un 3% en 2011 en los países de la OCDE²⁵.

Estas medidas impactan de forma directa en las relaciones entre la movilidad del personal sanitario y las inversiones en el desarrollo para el personal sanitario que son la esencia del Código de Prácticas. Los sueldos, salarios y prestaciones de los empleados suponen el 42,3% del gasto público en sanidad en los 18 países de la Región Europea de la OMS de los que hay datos disponibles²⁶ y, por ello, las políticas en varios países se han centrado en hacer recortes salariales²⁷.

²⁵ OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) National Accounts online Database, 2012.

²⁶ Patricia Hernandez et al., Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges, World Health Organization, 2006, http://www.who.int/hrh/documents/measuring_expenditure.pdf

²⁷ Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al., Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe, World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

Existen indicadores de que algunos países europeos redujeron (Chipre, Irlanda, Lituania, Portugal, Rumanía) o congelaron (Reino Unido, Eslovenia) el salario de los profesionales sanitarios o redujeron el porcentaje de evolución salarial (Dinamarca²⁸). Grecia se enfrentó a reducciones particularmente significativas de su plantilla sanitaria²⁹. Otras medidas que se tomaron para reducir los salarios fueron el aumento sustancial de la cotización para la pensión del sector público y reducciones en prestaciones llevando, de hecho, a un recorte en el salario (Reino Unido); reduciendo las horas extra y turnos de noche y alargando las jornadas en las que había menos personal y coste (Islandia); y hacer que los empleados acepten salarios más bajos para que puedan seguir en su puesto de trabajo (contratación privada de trabajadores domésticos y personal de apoyo informático en Serbia). En la República Checa, los médicos consiguieron imponerse al recorte de sus salarios a través de la negociación o manifestaciones. Mientras tanto en Albania, a quien se le aisló de la crisis, Bielorrusia y Ucrania siguieron aumentando el salario de su personal sanitario.³⁰

Para conseguir este ahorro a corto plazo mediante el descenso de gastos, algunos países también informaron sobre el cierre, fusión, centralización o recortes de personal en organizaciones como el Ministerio de Sanidad, agencias de sanidad pública y, con menos frecuencia, seguros de enfermedad (Bulgaria, Croacia, República Checa, Dinamarca, Grecia, Islandia, Kirguistán, Letonia, Lituania, Moldavia, Portugal, Rumanía, Escocia, Serbia, Eslovaquia, España, Tayikistán, Ucrania, Reino Unido). En unos pocos países, se pusieron en marcha ³¹cambios bastante radicales.

Los desequilibrios en los salarios entre países (dependiendo de los cambios en los salarios de países de inmigración en comparación con los países de emigración) o dentro del propio país (si el sector público y privado tienen un nivel de sueldo diferente) cambian considerablemente y tienen el potencial de incrementar el efecto de fuga personal sanitario³². La situación está cambiando. Por ejemplo Italia, que antes era un país de acogida de enfermeros formados en el extranjero a principios del año 2000 y ahora es un país de salida de enfermeros y doctores italianos que buscan

²⁸ Marina Karanikolos et al., "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *The Lancet*, 27 March 2013.

²⁹ These included a 25% reduction in doctors contracted by the central social security fund, and a 25% reduction in physicians' wages and fees by the end of 2012.

³⁰ Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al., Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe, World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

³¹ WHO Regional Office for Europe, Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. Summary, World Health Organization, 2013.

³² Marina Karanikolos et al., "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *The Lancet*, 27 March 2013.

trabajo fuera³³. De la misma manera, casi 1000 médicos, la mayoría especialistas, salen de Hungría cada año para vivir y trabajar en otros países europeos³⁴.

Los Ministerios de Salud pueden poner en marcha una serie de medidas no financieras para intentar retener a los trabajadores sanitarios que se enfrentan a reducciones de su salario y congelaciones de sueldo. Estas medidas incluyen una descripción detallada del trabajo, estándares profesionales y códigos de conducta, la adecuación de las capacidades del personal para el trabajo en cuestión, supervisión, información y comunicación, una infraestructura totalmente equipada, formación continua, la gestión de los equipos y de los trabajadores, rendición de cuentas³⁵.

En varios países afectados por la crisis como alternativa o complemento a los recortes salariales³⁶ también se está considerando implementar nuevas estrategias, en particular cambiar el sistema de cualificación y la potenciar la delegación de funciones³⁷ para reducir el precio unitario del empleo.

Sin embargo, debido a la falta de evidencias y de análisis, es difícil evaluar toda la variedad y los efectos de las políticas de reducción en el coste de las estrategias del sistema sanitario y el personal sanitario que se han impuesto hasta el día de hoy en respuesta a la crisis económica.

No obstante, la investigación realizada por el Observatorio Europeo de Sistema y Políticas de Salud muestra que la presión para conseguir ahorros a corto plazo era aparentemente más grande que el deseo de obtener equidad y eficiencia a largo plazo. “A pesar del hecho de que la crisis ofrece la oportunidad de solucionar los problemas de los sistemas sanitarios, hacer recortes de forma inteligente, invertir cuidadosamente y realizar reformas estructurales en países donde sea necesario, el informe indica que los recortes se han realizado, en muchos casos, ‘en todos los ámbitos’. Claramente solía ser más fácil aumentar las tasas que pagan los usuarios que reestructurar el paquete de beneficios y recortar el salario del personal sanitario que el precio de los servicios³⁸.”

Este hecho se puede observar en los recortes salariales del personal sanitario. En países como Grecia y Rumanía, donde el sueldo del personal sanitario ya era bajo, existe un riesgo de que haya reducciones más severas en el sueldo de estos trabajadores, que podrían considerar salir del país, e incluso que debido a estos

³³ Manuela Perrone, “Medici con la valigia: fuga dall'Italia. Raccontateci la vostra storia”, *Il sole 24 ore*, 17 July 2013, http://www.sanita.ilssole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2013-07-17/medici-italiani-valigia-fuga-180449_PRN.php

³⁴ <http://www.presseurop.eu/it/content/news-brief/4004541-nel-paese-restano-sempre-meno-medici>

³⁵ Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al., Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe, World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

³⁶ Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al., Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe, World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

³⁷ This typically involved nurses and GPs taking on some of the work of specialists or nurses taking on some of the work of GPs.

³⁸ WHO Regional Office for Europe, Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region, 17-18 April, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Healthsystems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

salarios los pacientes podrían llegar a pagar de manera informal para complementarlos³⁹.

Sin embargo, el acceso a un personal sanitario suficiente y competente y, a través de esto, a servicios básicos está determinado no solo por la respuesta ante la crisis dentro del sistema sanitario, sino también por una respuesta más amplia de la política fiscal del país, es decir, el grado en el que sigue un camino de austeridad en lugar de un camino de gastos anticíclicos.

Grecia, España y Portugal (e Italia hasta cierto punto) adoptaron una estricta política de austeridad fiscal en la que sus economías continúan retrocediendo y la presión en el sistema sanitario de estos países sigue creciendo por los recortes que restringen el acceso a los servicios sanitarios. En cambio, Islandia rechazó la austeridad por medio de una votación popular y la crisis financiera parece que tuvo pocos o ningún efecto en la sanidad.⁴⁰

³⁹ WHO Regional Office for Europe, Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. Summary, World Health Organization, 2013.

⁴⁰ Marina Karanikolos et al., "Financial crisis, austerity, and health in Europe", The Lancet, 27 March 2013.

La OMS afirma que los países que implementaron una política fiscal anticíclica⁴¹ tienden a estar en una posición aventajada para enfrentarse al impacto de la crisis financiera⁴². Incluso las investigaciones indican que las inversiones en salud pueden acelerar la recuperación económica⁴³. Si se tiene que restaurar el equilibrio fiscal a medio plazo, no será necesario hacer recortes en el gasto social y sanitario durante la crisis cuando aumenta la necesidad de estos servicios y la necesidad de solidaridad e igualdad⁴⁴.

Por el contrario, cualquier política fiscal tendrá que tener en cuenta el impacto en la salud, por esta razón, sería aconsejable hacer que los ministros de Salud sean una parte importante en las negociaciones sobre políticas macroeconómicas e incluso las que tengan que ver con medidas de austeridad a nivel nacional y continental.

Esto es incluso más aconsejable si consideramos que el escenario ideal es aquel en el que se incrementa el escrutinio internacional del presupuesto sanitario y en el que hay un riesgo de restricción de espacio fiscal de la salud. Los países rescatados por la “troika” en 2010 y 2011 se están enfrentando a “una participación internacional minuciosa de sus sistemas sanitarios que se solía ver solo en países en vías de desarrollo⁴⁵”. Además, la UE se está dirigiendo hacia un nuevo tratado que reforzará aún más el control europeo en los presupuestos nacionales⁴⁶ y creará un nuevo paquete de normativas legales que impondrá sanciones legales a países que no mantengan su déficit presupuestario a un nivel inferior al 3% del PIB y su deuda pública inferior al 60% del PIB⁴⁷. Esto no solo afectará los países que soliciten un rescate, casi toda la Unión Europea tendrá que reducir más su gasto público puesto que solo cuatro países cumplen estos criterios generales⁴⁸ en este momento.

Por lo tanto, la salud y el personal sanitario serán, inevitablemente, temas centrales en los debates sobre gasto público debido a que los sistemas sanitarios y el personal

⁴¹ Debido a que el gasto del gobierno y los impuestos afectan al PIB real a corto plazo, la política fiscal puede, compensar la repercusión de los choques que alejan el PIB real del potencial. A este uso de la política fiscal se le conoce como política anticíclica, porque los movimientos cíclicos de la economía están siendo “contrarrestados”, o compensados, con cambios en el gasto del gobierno o con impuestos. Tanto los auges como las recesiones pueden ser contrarrestados. Las recesiones requieren reducciones en los impuestos o aumentos en el gasto; los auges requieren aumentos en los impuestos o rebajas en el gasto.

⁴² World Health Organization, Regional Committee for Europe, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/activities/impact-of-the-financial-crisis-on-health-and-health-systems>

⁴³ David Stuckler, Sanjay Basu, *The Body Economic. Why Austerity Kills*, Basic Books, 2013.

⁴⁴ WHO Regional Office for Europe, Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region, 17-18 April, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Healthsystems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

⁴⁵ Fahy N. Who is shaping the future of European health systems?. *BMJ* 2012; 344: e1712. In Greece, for example, the ‘troika’ has capped public spending on health, demanding that it should not exceed 6% of GDP, setting a precedent of control by the European Union over national health systems in individual countries.

⁴⁶ European Council. Treaty on stability, coordination and governance in the economic and monetary union, 2012. http://european-council.europa.eu/media/639235/st00tscg26_en12.pdf.

⁴⁷ European Commission. EU economic governance “six-pack” enters into force. MEMO/11/898, 12 Dec 2011. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/11/898>

⁴⁸ Fahy N. Who is shaping the future of European health systems?. *BMJ*, 2012; 344: e1712.

sanitario suponen tanto gasto que no pueden ser ignorados. En toda la UE, la salud es una de las áreas donde los gobiernos más gastan después de la protección social⁴⁹.

Además, la salud está bajo presión porque es el área de gasto público que tiene más posibilidades de incrementar su productividad. La gran variación existente entre y dentro de los países europeos en términos de coste y resultados en el sistema sanitario sugiere encontrar ganancias sustanciales en términos de eficacia. Esto es menos evidente con cuestiones relacionadas con la protección social, como por ejemplo las pensiones, para las que se constatan unos derechos⁵⁰.

49
ibedem

50
ibedem

Por lo tanto, la capacidad de Europa y de sus Estados Miembro, en general, para proporcionar un personal sanitario sostenible en tiempos de crisis está estrechamente relacionada con la cuestión política de su capacidad para solicitar un espacio fiscal para la salud en negociaciones nacionales y regionales como una condición para avanzar en el camino hacia la Cobertura Sanitaria Universal.

Por supuesto, los recursos son limitados y, por ello, es necesario hacer decisiones políticas difíciles y limitadas para establecer prioridades y afilar las herramientas disponibles para aumentar este espacio fiscal: unos impuestos nacionales más progresivos y los medios para combatir la fuga de capital⁵¹ y la evasión de impuestos (en Italia, por ejemplo, se cree que la evasión de impuestos supone un 17,4% del PIB del país), junto con un presupuesto de defensa reducido, podrán liberar un número considerable de recursos para financiar servicios sanitarios por todo el continente y proporcionar los recursos para formar y pagar a un personal sanitario sostenible. Estos mismos desequilibrios debilitaron el desarrollo de los sistemas sanitarios y los servicios sociales en países con ingresos bajos: entre 1970 y 2004 se retiró un capital valorado en 600.000 millones de dólares americanos de cuarenta países de África Subsahariana, casi tres veces la cantidad de deuda pública de estos países⁵². Por lo tanto, el debate sobre el espacio fiscal y la justicia social se deberá integrar en el discurso social sobre el derecho a la sanidad, a un personal sanitario y a la fuga de cerebros del continente europeo a nivel global.

Recomendaciones

- Los países que han puesto en marcha políticas fiscales anticíclicas suelen estar en una posición aventajada para enfrentarse al impacto de la crisis financiera desde la perspectiva económica y de la sanidad pública. Por ello, las políticas de austeridad que implican recortes en el gasto sanitario y social durante periodos de crisis son contraproducentes cuando la necesidad por estos servicios aumenta⁵³ y cuando hay se necesita más solidaridad e igualdad.
- Cualquier política fiscal deberá tener en cuenta su impacto en la sanidad. Los ministros de Salud deberán ser una parte responsable de las negociaciones sobre políticas macroeconómicas y medidas de austeridad y como tal, deberán adquirir la autoridad suficiente para solicitar espacio fiscal para la sanidad en negociaciones de nivel nacional y regional.

⁵¹ Tax havens are home to between 21 to 32 trillion US dollars, which are therefore subtracted to national taxation, see http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore_Revisited_120722.pdf

⁵² Tax Justice Network, Magnitudes: Dirty Money, Lost Taxes and offshore, 2012, http://www.taxjustice.net/cms/front_content.php?idcat=103

⁵³ WHO Regional Office for Europe, Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region, 17-18 April, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Healthsystems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

- La crisis puede ofrecer la oportunidad de realizar reformas en la estructura de los sistemas sanitarios de los países que lo necesitan. Sin embargo, la sanidad pública y los servicios sociales básicos siempre tienen que estar protegidos cuando llega la hora de realizar recortes presupuestarios.
- El debate sobre el espacio fiscal y la justicia social se deberá integrar en el discurso social sobre el derecho a la sanidad, a un personal sanitario y a la fuga de cerebros del continente europeo a nivel global.

CAPÍTULO 3

¿El personal sanitario es una mercancía intercambiable? Por Monica Di Sisto, AMREF Italia y Remco van de Pas, Fundación Wemos

Hay una relación directa entre el régimen de comercio internacional y el uso de los derechos humanos. Tal y como señala la Comisión de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el crecimiento económico no lleva automáticamente a una mayor promoción y protección de los derechos humanos⁵⁴. Navanethem Pillay, la presidenta de la Comisión de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, recalcó en el Forum sobre Políticas Públicas de la OMC de 2010 que “es verdad que los derechos humanos declaran la igualdad de todos los seres humanos mientras que una ventaja imperativa y comparativa en el comercio crea, inevitablemente, ganadores y perdedores. Es verdad que las prioridades de los derechos humanos radican en la protección y el fortalecimiento de los más vulnerables y marginados mientras que el éxito en las operaciones de comercio premia a aquellos que poseen una ventaja competitiva en hacerse camino en los mercados globales. Además, las leyes de los derechos humanos insisten en las obligaciones del Estado mientras que la liberalización del mercado hacen que el papel del Estado se reduzca progresivamente.” De hecho, las normas comerciales que se establecieron dentro y fuera del marco del Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y las políticas macroeconómicas de instituciones financieras internacionales tienen una gran influencia en la transformación de la sociedad global.

Los servicios sanitarios merecen una especial atención en las políticas comerciales, no solo porque sea un derecho humano básico y tiene un papel importante en el desarrollo sino que también se ve afectado por el fracaso del mercado⁵⁵. En teoría, los

⁵⁴ Statement by Ms Navanethem Pillay, United Nations High Commissioner for Human Rights to the WTO Public Policy Forum, “Doing it Differently: Reshaping the Global Economy”, Geneva, 16 September 2010.

⁵⁵ Ronald Labonté et al, Globalization and Health Equity: Innovation for an Interconnected World, 2007. Based upon: Towards Health-Equitable Globalization: Rights, Regulation and Redistribution. Final Report to the Commission on Social Determinants of Health. Available at: <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Globalization%20and%20Health%20Equity%20Labonte%20GFHR%2011.pdf>

mercados producen los bienes y servicios que queremos en las cantidades adecuadas y al menor coste posible. Esto requiere un estricto conjunto de medidas: información perfecta, una abundancia de compradores y vendedores, un producto uniforme para tener una libertad de entrada y salida. Todas ellas aseguran que las empresas aceptan los precios produciendo al menor coste posible a largo plazo y recibiendo solo beneficios normales. Si los fabricantes no funcionan de esta forma y, en particular, si tienen el poder para influenciar en el precio o en el total de la cantidad producida, el mercado fallará. Los distribuidores de servicios sanitarios suelen tener este poder. Si se encuentra evidencia que confirme que una política comercial determinada tiene un impacto negativo en el disfrute del derecho a la sanidad de aquellos que viven en la pobreza o de otros grupos perjudicados, el Estado estará obligado por la legislación internacional de los derechos humanos de corregir la política relevante. Por lo tanto, es imprescindible que, por lo menos, las políticas comerciales y económicas no dañe la salud.

En el momento de negociar acuerdos comerciales, hay que prestar especial atención a su potencial impacto en la salud, particularmente en la salud de la población, en los riesgos para la salud, en los recursos disponibles para la salud y en el acceso universal a los servicios sanitarios. Todos los acuerdos comerciales deberían estar sujetos a una valoración de los impactos en la salud y deberían mostrarse públicamente antes de firmarlos. En este capítulo, nuestra intención es debatir algunos de los aspectos más conflictivos sobre el comercio de servicios relacionándolos con el movimiento del personal sanitario.

¿Pueden ser los servicios sanitarios comercializables?

“La comercialización en los servicios” se introdujo como un problema para las negociaciones comerciales multilaterales en la declaración ministerial de Punta del Este que tuvo su inicio en la Ronda de Uruguay amparada por la OMS en septiembre de 1986. Estas negociaciones transcurrieron a través de un largo y polémico debate sobre la comercialización de servicios y por su relevancia a ser objeto de negociaciones comerciales multilaterales. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) que entró en vigor en 1995 entre los miembros de la Organización Mundial del Comercio, es el primer acuerdo que establece principios y normas sobre el comercio en los servicios. Por lo tanto, las negociaciones del AGCS se continuaron desarrollando como una parte de la Ronda de Desarrollo de Doha. En 2008, se volvieron a suspender las negociaciones y no estaba claro si se obtendrían resultados en esta ronda. Si observamos los resultados de la reciente conferencia ministerial de la OMC en Bali en 2013, se espera que las negociaciones se reanuden lo antes posible en Ginebra.

La UE es la mayor exportadora e importadora de servicios⁵⁶. La proporción de comercialización transfronteriza de los servicios ha estado aumentando más que el comercio de bienes tangibles. Este hecho se ha producido debido a varios factores, incluyendo el cambio tecnológico, la comercialización y liberación, y se ha acelerado debido al aumento de la dependencia de China y otros países con salarios bajos para suministrar bienes que necesiten ser fabricados. La tercerización (desarrollo del sector servicios) ha incrementado una gran variedad de cuestiones polémicas desde la calidad del trabajo hasta la adecuación de las estructuras de regulación social existentes, seguridad social y también una representación de interés colectivo.

El AGCS garantiza el acceso de proveedores de servicios extranjeros a los mercados bajo una serie de condiciones. En teoría, los países saldrán ganando en términos de producción y empleo, crecimiento de los servicios y servicios más baratos y de mejor calidad, y por tanto, generando efectos globales de bienestar positivos en la economía

⁵⁶ The EU25 accounts for 27% of global exports and 24.4% of imports, almost double the respective figures for the USA (14.7% and 12%). Japan and China follow at a considerable distance. Gintare Kemekliene and Andrew Watt, GATS and the EU: impacts on labour markets and regulatory capacity, European trade union institute, 2010.

en general. Por otro lado, las críticas que vienen de algunos sectores de los sindicatos, organizaciones de sociedad civil, algunos académicos y algunos gobiernos nacionales, hacen hincapié en las amenazas a la soberanía nacional y las consecuencias negativas en materia de equidad y desarrollo social. Los críticos también temen que las nuevas rondas de negociación sobre los servicios forzarán a los miembros de la OMC a abrir todos los sectores de servicios a la competencia extranjera, incluyendo a los servicios públicos. Las amenazas del AGCS se consideran muy serias puesto que las obligaciones del AGCS son irreversibles. El AGCS amenaza con minar drásticamente cualquier servicio de sanidad pública que no haya sido privatizado basándose en que el gobierno no debería ofrecer servicios subvencionados que el mercado ya ofrece⁵⁷. En teoría, existe un acuerdo de renuncia alternativo, que impediría que las iniciativas privadas entraran en los servicios públicos de salud, pero los países que están en vías de desarrollo, los cuales carecen de poder en el mercado y de recursos para contratar a negociadores y expertos competentes que defiendan sus intereses nacionales en las negociaciones multilaterales, no se encontrarán en una posición negociadora lo suficientemente fuerte como para mantenerse firme ante semejante alternativa en las sucesivas rondas de negociación.

Desplazamiento de personas físicas

Sujetos al AGCS, el cuarto modelo de oferta de servicios o “presencia de personas físicas” no se aplica a las personas que intentan acceder al mercado laboral en el país de acogida ni tampoco afecta a las medidas relacionadas con nacionalidad, residencia o empleo permanente. El Acuerdo no impide a un país miembro a tomar medidas para regular la entrada permanente o temporal de personas físicas en su territorio, incluyendo las medidas necesarias para proteger la integridad y para asegurar el desplazamiento ordenado de personas naturales en sus fronteras. El modo 4 del AGCS, en relación con el comercio en los servicios sanitarios, se centra particularmente en la provisión de los servicios sociales por individuos de otros países de forma temporal. El posible impacto que tenga el AGCS en los servicios sanitarios es polémico. En términos de migración, algunos países pueden salir beneficiados al comprometerse a enviar a sus trabajadores sanitarios al extranjero y así, reducir el paro nacional pero el AGCS, al igual que los acuerdos de la OMC, exige reciprocidad. Todos los países tienen la oportunidad de negociar acuerdos, por lo que esta medida no se traduce automáticamente en una ventaja para el que la propone. Por ejemplo, otros miembros de la OMC tienen derecho a pedir al mismo país un acceso similar a los servicios sanitarios para sus profesionales, cancelando así el impacto de la medida original. Los primeros indicios sugieren que los países entran más fácilmente en negociaciones sobre los modos que rigen las prestaciones de servicios y la presencia comercial

⁵⁷ The EU25 accounts for 27% of global exports and 24.4% of imports, almost double the respective figures for the USA (14.7% and 12%). Japan and China follow at a considerable distance. Gintare Kemekliene and Andrew Watt, GATS and the EU: impacts on labour markets and regulatory capacity, European trade union institute, 2010.

(Modos 1-3), como hospitales privados y clínicas y otras muchas instalaciones relacionadas con la salud, que establecer obligaciones bajo el Modo 4⁵⁸. Otra dificultad anticipada con respecto al AGCS es que no define lo que quiere decir con “desplazamiento temporal”. Los países de origen pueden utilizar esto a su favor restringiendo el periodo de tiempo en el que sus trabajadores pueden obtener su visado favoreciendo así su regreso y crear una migración circular. Sin embargo, el AGCS reforzará el desplazamiento hacia una armonización internacional de competencias que ya se ha podido observar en el ámbito de la enfermería⁵⁹. En los últimos años, ha habido una proliferación de cursos educativos que sirven como criterio para los clientes internacionales. Esto ha llevado a un interés en la calidad y consistencia y ha señalado la importancia de estándares internacionales en la educación⁶⁰. Tal y como admite la OMC, el cuantificar el impacto del flujo del Modo 4⁶¹ plantea desafíos extraordinarios. No existe un marco estadístico claro que evalúe la cantidad de comercio en el Modo 4. No poseemos datos que se puedan comparar sobre el número de trabajadores que traspasan las fronteras internacionales para trabajar bajo el AGCS como proveedores de servicios temporales en países de la UE y fuera. Se plantea otro problema por la asimetría en los poderes de negociación entre los numerosos miembros de la OMC durante las negociaciones y su capacidad para imponer sus intereses en otros. Por ejemplo, la UE tiene un interés “defensivo” en la inclusión de trabajadores no cualificados en el Modo 4 y un interés “ofensivo” en que los países del tercer mundo abran sus mercados de comercio en el Modo 3. Por otro lado, los países en vías de desarrollo tienen mayor margen para generar ingresos mediante la “exportación” de algunos de sus trabajadores menos cualificados bajo el Modo 4 y, aunque tienen un gran interés en atraer inversiones extranjeras, están preocupados por abandonar su propia capacidad regulatoria si decidieran abrir su mercado bajo el Modo 3. La relación entre las obligaciones del Modo 4 y los permisos temporales es especialmente relevante en los servicios sanitarios y empresariales y en los servicios de transporte. Por ejemplo, estimaciones hechas en el Reino Unido basadas en permisos de trabajo que se concedieron a trabajadores no pertenecientes a la UE muestran que las importaciones de los servicios en forma de desplazamientos de personal no miembro de la UE aumentó a casi 2.500 millones de dólares que equivalen al 0,2% del PIB del Reino Unido⁶². Sin embargo, la fiabilidad de estos datos como medida del Modo 4 se está poniendo en entredicho por el hecho de que también incluye desplazamientos temporales de trabajadores bajo proyectos

⁵⁸ Nielson J. Movement of People and the WTO, 2002. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/48/41/1960878.pdf>

⁵⁹ Stilwell, Barbara et al. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bull World Health Organ, Geneva, 2004; vol. 82, no. 8, August. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000800009&lng=en&nrm=iso>. Accessed on 7 January 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004000800009>

⁶⁰ Baumann, A., Blythe, J., “Globalization of Higher Education in Nursing” OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 2008; Vol. 13 No. 2 Manuscript 4.

⁶¹ Secretariat, World Trade Organization. Health and social services: background note. Geneva: World Trade Organization, 1998.

⁶² Gintare Kemeliene, Magnitude and possible consequences of labour migration under GATS, ETUI-REHS, European Trade Union Institute, 2007.

bilaterales, mientras que los empleados autónomos temporales no están incluidos en esta categoría de permisos de trabajo⁶³.

Mientras que las estadísticas disponibles no son las suficientes para extraer unas conclusiones firmes, los datos existentes sugieren que la migración laboral temporal está aumentando. La movilidad laboral de empleados cualificados, a menudo facilitada por programas especiales, también está aumentando y parece que se concentra en los sectores de servicios. Un punto que es importante enfatizar es que, hasta la fecha, las negociaciones del AGCS no han llevado a compromisos a larga escala por los países miembros de la OMC, incluyendo los Estados Miembro de la UE, en términos de apertura de mercados laborales a trabajadores bajo el Modo 4 del AGCS. Ninguno de los países que acogen a un gran número de trabajadores sanitarios (Canadá, EE.UU., Reino Unido, como parte de la UE, y Australia) ha establecido obligaciones que pudieran facilitar directamente el desplazamiento de médicos, enfermeros u otros profesionales sanitarios.

Planteamiento bilateral

La falta de progreso que ha perseguido a las negociaciones de la OMC ha generado la difusa percepción de que el sistema multilateral no está funcionando de forma eficaz. La cooperación bilateral y/o regional está siendo cada vez más considerada como una sustitución de la OMC. Un número creciente de países está buscando o ha firmado acuerdos bilaterales o regionales que incluyen obligaciones con respecto al suministro del sector servicios para todas las modalidades de servicios. Estos son conocidos como acuerdos de la OMC+. Los niveles actuales de liberación, que son más profundos que las obligaciones del AGCS, se están llevando a cabo a través de acuerdos bilaterales y regionales. Sin embargo, hasta la fecha, no hay acuerdos comerciales entre los mayores participantes de la OMC: la UE, EE.UU., Brasil, China e India. Pero las negociaciones que siguen en marcha para la creación de las dos áreas más grandes de libre comercio jamás establecidas. Por una parte, las negociaciones de han estado llevando a cabo para formar una Alianza Transatlántica que incluye a Australia, Brunéi, Chile, Canadá, Japón, Malasia, Méjico, Nueva Zelanda, Perú, Singapur, Estados Unidos y Vietnam. Por otra, EE.UU. y la UE están negociando en la Alianza para el Comercio y la Inversión Transatlántica que creará un área de comercio libre entre los dos participantes comerciales más importantes (y mercados internos) del planeta. Actualmente, la mayoría de los acuerdos regionales en vigor son entre países industrializados, especialmente EE.UU. y los países de la UE, y economías en vías de desarrollo. La forma más polémica de suministrar servicios, el Modo 4, también ha sido sujeto de ciertos acuerdos bilaterales, por ejemplo acuerdos entre el Reino Unido y Sudáfrica y Ghana. Con respecto al personal sanitario, un Código de Practicas

⁶³ Gintare Kemekliene and Andrew Watt, GATS and the EU: impacts on labour markets and regulatory capacity, European trade union institute, 2010.

voluntario para la contratación internacional de trabajadores para la Sistema Nacional de Salud británico fue publicado en 2001 para mitigar los impactos de esta provisión liberalizada de servicios y del número creciente de trabajadores sanitarios migrando al Reino Unido. El Código solo tenía un efecto limitado, un gran inconveniente dado que excluye al sector público. Más de la mitad del personal sanitario de Ghana ha migrado. En 2004 el valor anual del personal sanitario de Ghana para los usuarios del servicio sanitario del Reino Unido se estimó en 39 millones de libras⁶⁴. Muchos trabajadores sanitarios están volviendo a migrar debido a la mejora de las condiciones laborales en su país.

En general, parece que los países prefieren utilizar el Modo 4 país por país cuando hablamos de la transferencia de los proveedores de servicios, en lugar de preferir un acercamiento multilateral en el AGCS. En gran medida, esto refleja una necesidad de mantener la autonomía regulatoria bajo control para poder administrar el desplazamiento de los proveedores sanitarios y retirar obligaciones cuando sea necesario. La UE, por ejemplo, está liberalizando el desplazamiento de personas físicas y el comercio de servicios sanitarios a un ritmo más lento en el régimen del AGCS que en sus regulaciones internas o con otros acuerdos comerciales bilaterales o regionales de la OMC. Merece la pena señalar que aunque la UE ha llevado a cabo compromisos ambiciosos sobre la apertura de los servicios hospitalarios al mercado en su anexo del AGCS 1993/94, ha reducido la cobertura de estos compromisos bajo su Acuerdo de Asociación Económica con CARIFORUM⁶⁵ para los “servicios financiados de forma privada”, reflejando la polémica alrededor de los servicios financiados de forma pública en un acuerdo comercial. Ciertas afirmaciones en el Foro de los Servicios Europeos (FSE), que representan el interés de entidades de servicios del sector privado en la UE, también reflejan el reconocimiento de los servicios sanitarios y educativos como sectores especiales donde el gobierno realiza un papel importante y admite que los servicios sanitarios públicos no deben ser amenazados por las negociaciones comerciales. De acuerdo con la FSE, los países deberían ser libres para determinar si quieren abrir su sector sanitario a proveedores extranjeros⁶⁶. Es un hecho que las nuevas generaciones de acuerdos de libre comercio (ALC) no tienen mucho que ver con los aranceles. El objetivo principal de esos acuerdos no es disminuir las aduanas y aranceles sino destruir las barreras para el comercio mediante una estandarización de la calidad en los servicios, una legislación nacional y requisitos específicos que, de hecho, dificultan el libre movimiento de ofertas comerciales y proveedores de servicios

⁶⁴ Health Poverty Action. Aid in reverse: The UK's responsibility to address the health workforce crisis. Healthworkers4all briefing. October 2013. Available from: <http://www.healthpovertyaction.org/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Aid-in-Reverse-briefingweb.pdf>

⁶⁵ The Forum of the Caribbean Group of African, Caribbean and Pacific (ACP) States (CARIFORUM) is the body that comprises Caribbean ACP States for the purpose of promoting and coordinating policy dialogue, cooperation and regional integration, mainly within the framework of the Cotonou Agreement between the ACP and the European Union and also the CARIFORUM-European Community Economic Partnership Agreement (EPA).

⁶⁶ Rupa Chanda, India-EU relations in health services: prospects and challenges Globalization and Health 2011, 7:1 <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/1>

capaces de trabajar a escala global o, por lo menos, regional. Teniendo en cuenta el Acuerdo plurilateral de Comercio en Servicios recientemente propuesto, acordado en secreto entre pequeños grupos de miembros de la OMC, la Internacional de Servicios Públicos (ISP)⁶⁷ solicita que “no deberían expandirse los requisitos desregulatorios que ya existen en el AGCS si no que se deberían retirar⁶⁸.” Esta tendencia en crear derechos sociales que desbancan los derechos de ciudadanos y naciones, particularmente aquellos ejecutables en tribunales privados, se está empezando a cuestionar. La nueva generación de acuerdos comerciales está frenando eficazmente a los gobiernos elegidos democráticamente a salvaguardar los estándares en medioambiente, empleo y en el ámbito social que pueden inhibir las acciones de las instituciones. Estos acuerdos buscan menos protección para los empleados migrantes, tratándoles como bienes que se pueden comprar y vender en los libres mercados⁶⁹.

De un modo alarmante, los negociadores involucrados en estos acuerdos no han hecho caso alguno a las advertencias de la crisis financiera y están buscando la posibilidad de prohibir precisamente la clase de regulación financiera necesaria para asegurar que los mercados capitales no vuelvan a paralizar la economía. Sin embargo, tal y como ISP nos recuerda, los trabajadores no son bienes y no deberían tenerse que regular sus desplazamientos mediante acuerdos comerciales. A diferencia de los bienes y servicios, las personas requieren de instituciones que protejan sus derechos humanos. Solo la normativa del proceso de fijación de normas de la Organización tripartita Internacional del empleo es competente para regular la migración en el empleo.

Recomendaciones

Hace sesenta años, la comunidad internacional acordó, dentro del marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”⁷⁰. La salud es un derecho básico, como lo es la libertad de circulación, y no se permite que los intereses comerciales puedan interferir en su apoyo y protección. Un acercamiento basado en los derechos a la hora de comerciar es un marco conceptual para la reforma de los procesos de comercio; debe afirmarse y hacerse más evidente para las partes implicadas más relevantes porque está normativamente basado en los estándares de los derechos humanos internacionales. El comercio en los servicios sanitarios, y más concretamente el movimiento del personal sanitario, no siempre opera de una

⁶⁷ PSI is a trade union federation of over 500 public sector unions in over 140 countries.

⁶⁸ Public Services International statement to the 9th WTO Ministerial Conference Bali, Indonesia, 3-6 December, 2013

⁶⁹ Cole Stangler, 30 December 2013. The Next Corporate-Friendly Trade Pact. In *These Times*. Retrieved 4 January 2014. Available from: http://inthesetimes.com/article/16044/tip_the_next_corporate_friendly_trade_deal/ See also: http://action.sierraclub.org/site/DocServer/TTIP_Investment_Letter_Final.pdf

⁷⁰ Universal Human Rights Declaration, Art. 28

manera tan ideal como desearíamos. Sin embargo no es nuestra intención sugerir que todas las actividades comerciales en el ámbito sanitario deberían prohibirse. Tampoco pensamos que nosotros podríamos o deberíamos restringir que los doctores y enfermeras se muevan, ya que esto solo promovería un mercado negro o animaría a estos profesionales a trasladarse a otros empleos más lucrativos. No obstante:

- 1) Todavía necesitan tomarse medidas para mitigar el impacto adverso de la fuga de personal y el impacto adverso de la “modificación” del derecho a la salud llevada por el comercio en la liberalización de los servicios. El artículo XX (Excepciones Generales) del GATT de 1994, todavía con la fuerza de ser la “regla de oro” del comercio, reconoce que los gobiernos necesitarían aplicar y reforzar las medidas con objetivos como la protección de las morales públicas, la protección de la vidas humanas, animales o vegetales y la salud, y la protección de los patrimonios nacionales. El GATT de 1994 no previene a los gobiernos de adoptar y reforzar estas medidas. No obstante, toda medida adoptada bajo las disposiciones de excepciones generales no debe constituir una manera de discriminación arbitraria o injustificable ni debería ser una restricción del comercio internacional disfrazada. El artículo XIV del AGCS reconoce que los miembros necesitan mantener un equilibrio entre las medidas de comercio y otras políticas e intereses legitimados como la protección de la salud de sus ciudadanos. Esta es una disposición legal que necesita ser enfatizada y defendida en un futuro cercano. A largo plazo, la “localización” es la clave: todos los esfuerzos deberían localizarse en la mejora de la capacidad del sistema sanitario. Ninguna inversión en salud puede ser sostenible sin mejoras concomitantes al sistema sanitario subyacente.
- 2) La ley de los derechos humanos es neutral en lo que concierne a la liberalización del comercio o al proteccionismo comercial. En lugar de eso, un acercamiento de los derechos humanos al comercio se centra en los procesos y los beneficios, en cómo el comercio afecta a la posesión de los derechos humanos. Dicho acercamiento sitúa el apoyo y protección de los derechos humanos entre los objetivos de la reforma de comercio. En 2004, Paul Hunt, el primer Relator Especial de la ONU que trabajó en el derecho a la salud, escribió en su informe sobre una misión a la OMC que decía que “El *comercio* tiene un *impacto sobre la salud* que se traduce de diferentes maneras” y que “Los Estados tienen la obligación de asegurar que las normas y políticas comerciales que seleccionan son consecuentes con las obligaciones legales en relación al derecho a la salud”. Hunt explica que “Las leyes de los derechos humanos toman una posición ni a favor ni bien en contra de cualquier norma y política comercial que esté sujeta a dos condiciones: la primera, la norma y política comercial en cuestión debe, en la práctica, realzar la posesión de los derechos humanos, incluyendo a los desfavorecidos y marginados; y en segundo lugar, el

proceso por el cual la norma o política se formula, implementada y monitoreada, debe ser consistente con todos los derechos humanos y principios democráticos.”⁷¹

CONCLUSIONES

En el contexto del déficit de personal sanitario y su distribución inequitativa en el mundo, es interesante observar que la Unión Europea adopta una perspectiva de desarrollo del personal sanitario que se origina a partir de consideraciones basadas en el potencial de empleo del sector de la salud.

El Plan de Acción de la Unión Europea (UE) para el Personal Sanitario es de hecho un anexo al Comunicado de la Comisión “Hacia una recuperación generadora de empleo”, que establece una serie de medidas para promover el empleo en el marco de Europa 2020 para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Los cuidados en salud son identificados en el ***Plan de Acción*** como un sector en el que se emplea mucha mano de obra y uno de los sectores más importantes dentro de la UE⁷². Como tal, al desarrollo del personal de salud se le da gran importancia dentro de las políticas de la UE, tanto en términos de déficit cuantitativo de personal como en el desarrollo de sus habilidades necesarias para implementar su trabajo.

Sin embargo, desde el punto de vista de coherencia de políticas, el desarrollo del personal sanitario para la región parece estar peor definido, cuando es visto dentro del contexto de restricción del gasto público en la región⁷³ debida a las políticas de austeridad promovidas por la propia Comisión. Desde este punto de vista, el desarrollo de una fuerza laboral sanitaria autosostenible parecería ser menos factible, ya que los sistemas públicos de salud no tienen los recursos necesarios para emplearlos. En cambio, el escenario actual impulsa el desarrollo de una fuerza de trabajo dentro de un creciente sector de salud privado en muchos Estados miembros de la UE.

Si cambiamos nuestro enfoque sobre el desarrollo del personal de salud desde el déficit de personal hacia la movilidad laboral internacional, una vez más encontramos que la coherencia de políticas y las consideraciones de salud pública se quedan en segundo lugar debido a los enfoques de desarrollo mercantilistas. La libre movilidad de trabajadores y servicios en el mercado interior de la UE es un imperativo económico y un derecho civil consagrado en el Tratado de Lisboa⁷⁴, con el apoyo de una gran

⁷¹ Report on Mission to the World Trade Organization (E/CN.4/2004/49/Add.1) submitted to the Commission on Human Rights on 1 March 2004.

⁷² Despite the economic downturn, the sector will produce an estimated 8 million job openings between 2010-2020. Action Plan for the EU Health Workforce.

⁷³ WHO Regional Office for Europe, Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. Summary, World Health Organization, 2013.

⁷⁴ Title IV, Chapters 1 and 3,

cantidad de legislación secundaria⁷⁵. El espacio europeo puede, por tanto, cada vez más ser visto como un mercado único para los trabajadores sanitarios⁷⁶. También debe ser visto como un mercado protegido, dado que la Directiva 2005/36/CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales da a los trabajadores de salud del Espacio Económico Europeo (EEE) más facilidades de acceso al empleo que aquellos países que no pertenecen al EEE.

Como sugiere la documentación formal de la UE, este enfoque se basa en la suposición de que el mercado interno de la UE funciona como un mecanismo que distribuye a los trabajadores sanitarios donde son más necesarios. Sin embargo, la evidencia apunta a una conclusión diferente: que la libre circulación de personal sanitario los lleva a buscar mejores oportunidades fuera de sus países, creando un conflicto en el que la ética personal y profesional a veces colisionan⁷⁷. Y esto puede ser contraproducente en términos de mejora de la distribución de los trabajadores de la salud en todas las áreas y países.

Es importante recordar que el riesgo de utilizar un método de competición internacional para atraer al personal sanitario se hace a expensas de los sistemas de salud más débiles, no solamente de la eurozona, sino también de fuera de Europa. Las políticas de la UE, otra vez, manifiestan un interés en un modelo competitivo que atraiga trabajadores sanitarios del mundo entero, por ejemplo a través de la Directiva sobre la Tarjeta Azul⁷⁸. Esta Directiva proporciona un acceso preferencial al empleo para los trabajadores migrantes altamente cualificados, incluidos médicos, enfermeras, parteras y otros profesionales de la salud, formados en países no europeos. Debemos señalar que, mientras se está implementado en la legislación nacional de los Estados miembros, en algunos casos esta herramienta pierde su propósito original: la necesidad de evitar la fuga de cerebros de los países de origen que se enfrenten a una grave escasez de trabajadores de salud.

Por último, y en el nombre de la competitividad, las negociaciones para un área de libre comercio entre los Estados Unidos y la Unión Europea pueden exponer a Europa, no sólo a la reducción de los aranceles, sino también a la disminución de las reglas y normas no arancelarias para el comercio en servicios de salud y la prestación de **servicios sanitarios, a menos que se reconozca la no negociabilidad de estos últimos.**

En general, en el contexto de las políticas de austeridad que tienden a aumentar las migraciones de profesionales de salud en la región⁷⁹ y a ampliar las inequidades⁸⁰ en

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0001:0012:EN:PDF>

⁷⁵ Freedom of movement applies to the European Economic Area (EEA), which includes the EU28 member states and Iceland, Liechtenstein and Norway.

⁷⁶ Gilles Dussault, James Buchan et al. The economic crisis in the EU: impact on health workforce mobility, PROMeTHEUS study 2014, forthcoming.

⁷⁷ Frits Tjadens, Weilandt Caren, Eckert Josef, Mobility of Health Professionals, Springer, 2012.

⁷⁸ Available at: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/l14573_en.htm

⁷⁹ Gilles Dussault, *ibid.*

salud, la UE está adoptando un enfoque competitivo en relación a la movilidad internacional de los trabajadores de la salud que recompensa los sistemas de salud más atractivos mientras se vacían los recursos humanos de los sistemas menos atractivos, tanto dentro de Europa como fuera de sus fronteras. Este enfoque entra en conflicto con los principios de la propia Estrategia de Salud de la UE y con el Programa de Salud 2014-2020, que asigna un papel importante a la reducción de las desigualdades en la región. También entra en conflicto con el papel que la Unión Europea tiene la intención de jugar en la salud mundial ⁸¹ para garantizar que las políticas migratorias no socavan la disponibilidad de profesionales de la salud en terceros países.

Por consiguiente, el Código de la OMS debe ser visto como una herramienta que puede servir como una guía para resolver esta incoherencia, ya que aporta una perspectiva de salud pública en el debate sobre la movilidad del personal de salud, al observar el impacto de la movilidad internacional y de la fuga de cerebros en los sistemas de salud de origen. Al apuntar a soluciones tales como la planificación para conseguir la autosostenibilidad de recursos humanos sanitarios para cada país, la gestión de la migración, los incentivos capaces de orientar esta movilidad, y la cooperación internacional a nivel mundial, el Código es una herramienta válida para hacer frente al reto de la fuga de personal sanitario tanto dentro como fuera de la región.

Si Europa no tiene la opción de restringir la libre circulación de los profesionales de la salud cualificados, ¿cómo puede apoyar a los sistemas de salud de origen que están perdiendo profesionales de la salud debido a la movilidad internacional? ¿Qué instrumentos de política transfronterizos están disponibles para que Europa pueda controlar y gestionar la movilidad profesional de la salud?

Las discusiones iniciales indican que una amplia gama de herramientas políticas están disponibles, incluyendo el hermanamiento, intercambios de personal, el apoyo a la formación, la compensación o la formación para la contratación internacional⁸². Desde una perspectiva más amplia, sin embargo, la UE debe fijarse en su política de cohesión, que da forma a la programación y la implementación de los fondos estructurales, con el fin de aumentar el apoyo al desarrollo y la distribución interna equitativa de una fuerza de trabajo sanitaria bien formada y capacitada.

Teniendo en cuenta que la planificación para la autosostenibilidad de la fuerza de trabajo de salud nacionales es una respuesta clave al desafío de movilidad de los

⁸⁰ David Stuckler, Sanjay Basu, *The Body Economic. Why Austerity Kills*, Basic Books, 2013.

⁸¹ European Commission, *The EU Role in Global Health*, available at http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_EN.PDF

⁸² Buchan J (2008) "Health Systems and Policy Analysis: How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?", WHO European Ministries Conference on Health Systems, 25–27 June 2008. Available at: http://www.intlnursemigration.org/assets/pdfs/7_hsc08_epb_10.pdf

trabajadores de la salud, y dado que esto requiere importantes inversiones en los sistemas de salud de los Estados miembros, la UE también debería revisar su enfoque de austeridad impulsado por el actual crisis económica, permitiendo más espacio fiscal para el desarrollo del sistema de salud, especialmente en los Estados miembros que están perdiendo sus trabajadores de la salud dado que emigran hacia otros países. No se debería hacer sólo desde la perspectiva de la recuperación económica de la crisis, sino también con el fin de aumentar la equidad en salud y lograr una mayor cohesión regional.

Por último, la UE debe revisar su política de ayuda al desarrollo, con especial atención a los países de origen del personal de salud que migra a Europa. En este caso, la ayuda puede tomar la forma de una compensación – aunque no se presenten como tales - por la pérdida de la inversión en su personal sanitario en los países de origen, en el contexto de acuerdos más amplios. Por ello, la UE debe invertir la tendencia actual de estancamiento o reducción de su Ayuda Oficial al Desarrollo en la mayoría de los 27 países de la UE⁸³. Al mismo tiempo se debería asegurar que el 50% de los nuevos fondos para la salud se orienten hacia el fortalecimiento del sistema de salud, con un 25% orientado directamente en la formación y retención de los trabajadores de la salud, según lo recomendado por la OMS, y canalizando los fondos a través de los planes nacionales de salud y sus estrategias sobre recursos humanos de salud.

Si se adopta este enfoque de coherencia de las políticas , la UE tendrá entonces instrumentos políticos suficientes (incluidos los reglamentos, directivas y decisiones) para que pueda responder a los problemas de movilidad profesional de la salud y para poner en práctica el Código de la OMS de una manera que va más allá de la naturaleza voluntaria de sus disposiciones.⁸⁴

⁸³ See more at: <http://www.concordeurope.org/276-aidwatch-2013-press-release>

⁸⁴ M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault and J. Figueras (eds., 2011), Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries, Observatory Study Series No. 23, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf)

