



# **Código de Conducta Mundial de la OMS** para la contratación internacional de personal sanitario

**Guía de usuario para decisores europeos**



**Federación de Asociaciones de Medicus Mundi**

C/Lanusa 9, local. 28028 Madrid  
Tel: +34 (91) 319 58 49 / 902 10 10 65

[federacion@medicusmundi.es](mailto:federacion@medicusmundi.es)

[www.medicusmundi.es](http://www.medicusmundi.es)



# ÍNDICE



<b>0. Introducción</b> .....	<b>05</b>
<b>I. La crisis de personal sanitario global, emigración del personal sanitario, y el papel de Europa y de los países europeos</b> .....	<b>06</b>
<b>II. Directrices previstas por el Código de Prácticas Global de la OMS sobre la contratación de Personal Sanitario Internacional</b> .....	<b>07</b>
<b>III. Preguntas y respuestas sobre el Código de la OMS</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. La contratación de personal sanitario migrante en España</b> .....	<b>13</b>
a) <b>Introducción</b> .....	<b>13</b>
b) <b>Las iniciativas internacionales sobre recursos humanos</b> .....	<b>13</b>
c) <b>¿Por qué se da la migración de personal sanitario en España?</b> .....	<b>14</b>
d) <b>¿Cuánto personal se necesita en España?</b> .....	<b>14</b>
e) <b>¿Cuánto personal sanitario extranjero trabaja en España?</b> .....	<b>16</b>
f) <b>Procedimientos de contratación de personal extranjero no comunitario en España</b> .....	<b>16</b>
g) <b>Instituciones involucradas y rol que juegan</b> .....	<b>17</b>
<b>V. Para conocer más</b> .....	<b>18</b>



# O.

## Introducción

**“Personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario”** (HW4All) es una iniciativa financiada por la Unión Europea, dirigida y defendida por la sociedad civil que involucra a organizaciones en Bélgica, el Reino Unido, Italia, Alemania, Polonia, Rumanía, Holanda y España.

A través de este proyecto se pretende contribuir desde Europa al desarrollo de un personal sanitario sostenible a nivel mundial. Para conseguir los objetivos propuestos se va a desarrollar una campaña activa de sensibilización e incidencia política sobre la problemática de la escasez de personal sanitario en todo el mundo, como afecta al funcionamiento de los sistemas de salud y a la salud mundial, y la urgencia para poner en marcha las soluciones que deberemos implementar en los próximos años para minimizar las consecuencias negativas de esta escasez de personal. Y es que aparte de la escasez de personal sanitario que afecta a todo el mundo, los países empobrecidos ven como sus profesionales son captados por los países más enriquecidos, dejando aquellos lugares con mayores necesidades en salud sin personal que pueda ayudar a solucionar los graves problemas sanitarios que padecen. Por este motivo, la base de este proyecto es el “Código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario”, adoptada por todos los países europeos, que establece principios y representa un punto de referencia de un marco legal para la contratación internacional ética de personal sanitario, pretende que todos los países planifiquen sus necesidades de personal, y que todo el personal sanitario de un país esté en igualdad de derechos, sin importar si es de ese país o de otro .

Este proyecto está activamente respaldado por la OMS Europa, líder en esfuerzos a la hora de lograr una alianza sanitaria sostenible, y por la Alianza Mundial en pro del personal sanitario (GHWA).

Puesto que nuestros países son parte del problema, queremos ser parte de la solución. No creemos en soluciones «desde aquí» creando problemas «ahí». Los países de la UE tienen la responsabilidad de contribuir con soluciones éticas para la escasez global y la mala distribución de personal sanitario

[www.healthworkers4all.eu](http://www.healthworkers4all.eu)

Información: **Carlos Mediano**, *coordinador de la campaña*

[federacion2@medicusmundi.es](mailto:federacion2@medicusmundi.es)

# I.

## La crisis de personal sanitario global, emigración del personal sanitario, y el papel de Europa y de los países europeos.

Más de 50 países a día de hoy, principalmente en África y el sur de Asia padecen una escasez crítica de personal sanitario. Por otro lado, en las sociedades envejecidas de los países europeos, está creciendo el número de personas que necesitan cuidados crónicos, alimentando así la demanda de personal sanitario. Como el mercado laboral se vuelve más globalizado, el aumento de la demanda está impulsando la migración y la movilidad entre el personal sanitario. La contratación de trabajadores de la salud extranjeros puede ser una vía para satisfacer la demanda doméstica, pero puede empeorar la escasez de personal cualificado en otra parte, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, pero también en Europa.

La OMS ha evidenciado que países como la India y Perú sufren una seria escasez de personal sanitario, poco más de 2 trabajadores de la salud (médicos, enfermeras y comadronas) por cada mil personas, lo que además se ha exacerbado por la emigración del personal sanitario. Algunos países árabes, así como la mayoría de los países del África subsahariana hacen frente a una situación similar.

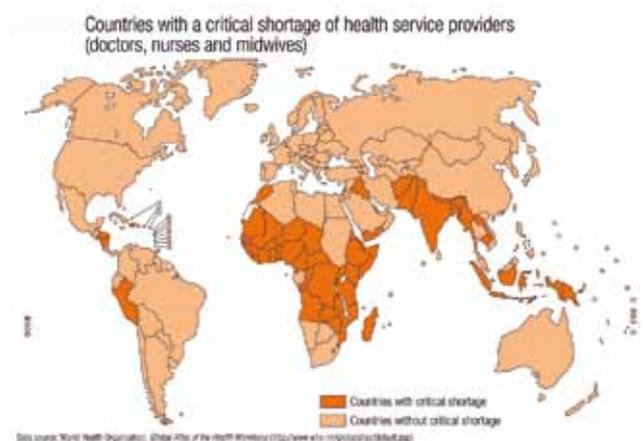
En algunos países con recursos limitados, las inversiones que se requieren urgentemente en educación sanitaria y en formación corren el riesgo de convertirse en una pérdida neta. Las estimaciones muestran que los sistemas de salud nacionales de nueve países africanos pierden 2.170 millones de \$USA, el valor de la inversión en formación de sus médicos, debido a la emigración después de la graduación. La misma afluencia de inmigrantes llega a proporcionar una ganancia de 4.550 millones de \$USA a los países receptores de estos profesionales (por ejemplo Estados Unidos y Gran Bretaña).

El personal sanitario emigra por las mismas razones por las que lo hacen otros trabajadores: parten en busca de mejores oportunidades de empleo y condiciones de vida. Los países de origen pierden mucho personal sanitario cualificado a través de la migración debida a los “factores

favorecedores”, tales como condiciones de trabajo insatisfactorias, salarios bajos, pocas expectativas de promoción en su carrera, preocupaciones por la inseguridad, y falta de administración y apoyo.

Según estimaciones, se prevé que para 2020 Europa tenga un déficit de un millón de trabajadores sanitarios. La demanda, la necesidad y la oferta de personal sanitario están influenciadas por múltiples factores tales como el envejecimiento de la población, el envejecimiento de los trabajadores sanitarios, el aumento del uso de los cuidados de salud y el aumento de los costes en un contexto de limitaciones presupuestarias. Con un gran número de puestos de trabajo vacantes, y niveles de producción interna más bajos de los que se requieren en numerosos países, muchos países de ingresos elevados necesitarán aumentar las cifras de personal sanitario emigrante para dar los servicios que sus poblaciones requieren. Dentro de los países de la OCDE, alrededor del 20% de los médicos son de origen extranjero.

La “fuga de cuidados sanitarios”, de doctores y enfermeras y otros recursos humanos de la salud debilitan los sistemas de salud y amplifican las desigualdades en salud. Los países de la Unión Europea tienen la responsabilidad de contribuir con soluciones éticas a la escasez y mala distribución globales del personal sanitario y reforzar los sistemas de salud.





## II.

### Directrices previstas por el Código de Prácticas Global de la OMS sobre la contratación de Personal Sanitario Internacional.

En 2010, fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el Código de Prácticas Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la contratación de Personal. El Código Se basa en los derechos fundamentales de la salud y en los fundamentos para unas prácticas de contratación éticamente aceptables. También contribuye a la defensa de los derechos del personal sanitario emigrante. El Código es un marco de trabajo multilateral para abordar la escasez global de personal, reforzar los sistemas de salud y enfocar los desafíos asociados a la movilidad internacional de los trabajadores de salud.

#### a. La contratación ética internacional.

La contratación de personal sanitario procedente de los países de bajos y medianos ingresos para hacer frente a la escasez de personal, reduce el acceso a la atención sanitaria

en estos países, y exacerba las desigualdades entre ricos y pobres, y entre poblaciones rurales y urbanas. El Código, por lo tanto, establece recomendaciones para la contratación internacional ética de personal sanitario. En particular, sugiere que la contratación internacional activa de recursos humanos de la salud, procedentes de países con bajos y medianos ingresos, para hacer frente a la escasez de personal sanitario se debería desalentar (Artículo 5.1) y que la responsabilidad legal del personal sanitario con los sistemas de salud de sus propios países, debería ser un factor a considerar en el momento de la contratación (Artículo 4.2). Estas recomendaciones para la contratación internacional ética están destinadas tanto a los decisores políticos que supervisan la contratación internacional como a cualquier parte implicada involucrada en las actividades de la contratación, tales como los empleadores y las agencias de contratación.

#### b. El desarrollo de los recursos humanos de salud y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

El Código también apunta a enfocar algunas de las causas subyacentes de emigración, con recomendaciones relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos para la salud y la sostenibilidad de los sistemas de salud. En particular, el Código indica que el personal sanitario apropiado debería ser formado, retenido y mantenido para cubrir las condiciones específicas de cada país, incluyendo las áreas de mayores necesidades, y que todos los Estados Miembros deberían esforzarse en satisfacer sus requerimientos de personal sanitario con sus propios recursos humanos para

la salud (Artículo 5.4). Por lo tanto, se fomenta expandir la educación y la formación, mejorar la retención y reducir la mala distribución geográfica como clave en áreas de intervención para un sistema de salud sostenible, tanto en los países de procedencia como en los de destino. Por encima de todo, el Código valora al personal sanitario y reconoce su importancia para unos sistemas de salud sostenibles.

### c. Tratamiento justo para el personal sanitario emigrante.

El Código toma una visión holística de la contratación de los trabajadores de la salud. Por lo tanto no considera solamente las consecuencias de la migración de los trabajadores en los países de origen sino también los derechos y el tratamiento que recibe este personal emigrante en el país de acogida.

El Código proporciona recomendaciones para el proceso de contratación, indicando que el personal sanitario debería de tener la oportunidad de valorar los beneficios y riesgos asociados con las propuestas de empleo y de tomar decisiones adecuadas e informadas (Artículo 4.3). También promueve el principio del tratamiento en igualdad que debe haber entre personal emigrante y personal sanitario nacional. Esto es particularmente importante en lo relativo a condiciones de contratación, promoción y remuneración (Artículo 4.4), asegurando el disfrute de los derechos legales y responsabilidades (Artículo 4.5), y proporcionando oportunidades e incentivos para fortalecer la formación interna, las cualificaciones y el progreso en las carreras profesionales (Artículo 4.6).

### d. Cooperación Internacional.

El Código apunta tanto a mitigar los efectos negativos de la migración de los trabajadores de la salud, como a maximizar los efectos positivos en los sistemas de salud de los países de origen (Artículo 3.2).

Para este fin, se anima a los países de destino a colaborar con los países de origen para que así ambos puedan obtener beneficios de la migración internacional del personal sanitario (Artículo 5.1). Podemos referirnos a esto como el principio de beneficios mutuos.

Por ejemplo, El Código propone la organización de la contratación internacional de recursos humanos para la salud a través de acuerdos multilaterales y bilaterales. Tales arreglos pueden incluir medidas que permitan que los países de origen también se beneficien de la contratación internacional, por ejemplo a través de un apoyo a la formación, acceso a formación especializada, transferencias de

tecnologías y competencias y el apoyo a la migración de retorno, ya sea este temporal o permanentemente (Artículo 5.2); en la misma línea el Código anima a una migración circular de recursos humanos, para que las competencias y el conocimiento puedan alcanzar el beneficio de ambos, país de origen y país de destino (Artículo 3.8).

### e. Apoyo a los países de bajos ingresos.

En línea con el principio de contratación internacional ética, el Código destaca la importancia de tener en cuenta las necesidades específicas y las circunstancias especiales de los países, especialmente en el caso de países de bajos ingresos y/o con economías de transición. El Código alienta a valorar especialmente el impacto perjudicial que las prácticas de contratación activa pueden tener en los sistemas de salud de los países de origen. Mientras tanto, se anima a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, las agencias de donantes internacionales, instituciones de desarrollo y financiación y otras organizaciones relevantes a proporcionar asistencia técnica y apoyo financiero a los países de bajos ingresos que están experimentando una escasez crítica en recursos humanos para la salud, ayudando a través de la implementación del Código (Artículos 10.2 y 10.3).

### f. Recopilación de datos.

Para que los líderes políticos puedan establecer unas políticas efectivas, es imprescindible conocer, desde la evidencia, las tendencias e impactos de la emigración de los trabajadores de la salud. Si bien la información sobre la emigración de los trabajadores de la salud cada vez es más asequible, aún estamos lejos de conocer el mapa completo sobre los flujos de emigración internacional.

El Código recalca la necesidad de disponer, a nivel nacional e internacional, de datos e investigaciones efectivas. Destaca la necesidad de compartir información sobre la contratación internacional de personal sanitario si se quiere alcanzar sus objetivos (Artículo 3.7). Se anima por tanto a los Estados Miembros a establecer o fortalecer los sistemas de información sobre personal sanitario, incluyendo su emigración (Artículo 6.2), así como programas de investigación en el campo de la emigración de estos recursos humanos (Artículo 6.3) y trasladar estos datos a unas políticas y planteamientos efectivos para los trabajadores de la salud. El Código también anima a la OMS, en colaboración con organizaciones internacionales relevantes y Estados Miembros, a asegurar que los datos sean rigurosos y comparables. (Artículo 6.4).

### g. Intercambio de información.

Los mecanismos para el intercambio de información relacionados con la emigración de los recursos humanos para la salud son un componente importante del Código. Se anima a los Estados Miembros a promover el intercambio de la información nacional e internacionalmente, y a compartir la información con la OMS. En el Artículo 7.2(c), se anima a los Estados Miembros a proporcionar información cualitativa y cuantitativa sobre el personal sanitario. La OMS, en consulta con los Estados Miembros, desarrolló unas directrices para establecer un mínimo de datos necesarios para apoyar el seguimiento de la emigración del personal sanitario. Se anima también a los Estados Miembros a establecer y mantener una base de datos accesible y actualizada de las leyes y regulaciones relacionadas con la contratación internacional de los trabajadores de la salud y su migración. Deberían también, cuando sea apropiado, compartir sus experiencias en la implementación del Código, incluyendo las medidas tomadas, los resultados alcanzados, las dificultades encontradas y las lecciones aprendidas.

Para los propósitos de comunicación internacional, cada Estado Miembro debería designar una autoridad responsable para el intercambio de información en cuanto a la emigración de personal sanitario y la implementación del Código. Los Estados Miembros deberían suministrar información al Secretariado de la OMS a través de informes nacionales periódicos, el primero de los cuales se previó para 2012. Estos informes nacionales constituirán la base para el informe del Director-General de la OMS, que proporcionará una síntesis de los estatutos actuales de la implementación del Código por todos los Estados Miembros, y una visión global de la emigración de los recursos humanos sanitarios internacionales.

### h. Implementación por los estados miembros.

Si bien el Código es un instrumento voluntario, será más efectivo si es implementado en el marco de la política nacional o la legislación del país. Dentro del Código, el Artículo 8 se centra específicamente en la implementación del Código y proporciona ciertas recomendaciones para la implementación por los Estados Miembros. Por ejemplo, los Estados Miembros son animados a incorporar los principios del Código dentro de las políticas y leyes aplicables (Artículo 8.2) y a tenerlos en cuenta cuando desarrollen sus políticas nacionales de salud y a cooperar entre ellos (Artículo 3.1).



## III.

### Preguntas y respuestas sobre el Código de la OMS.

#### » ¿Qué son los códigos de prácticas?

Los códigos de prácticas suelen recomendar estándares de comportamiento a los estados y a otros actores. Estos no son vinculantes pero son comúnmente aceptados como resoluciones formales de organizaciones intergubernamentales. Crean normas que pueden guiar significativamente el comportamiento del Estado y permitir una flexibilidad adecuada para que puedan ser prácticas y efectivas.

#### » ¿Por qué un Código de la OMS?

A partir de la adopción de la resolución WHA57.19 en el 2004, los Estados Miembros encargaron el desarrollo de un código de prácticas bajo los auspicios de la OMS. Esta iniciativa procede de la observación de que, aunque la migración del personal sanitario puede traer beneficios tanto a los países de origen como a los de destino, la migración desde aquellos países que estén experimentando una crisis en sus recursos humanos para la salud, particularmente los 57 países identificados por el Informe de Salud Mundial del 2006, está además debilitando los ya frágiles sistemas de salud y representa un serio impedimento para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

#### » ¿Cuál es el significado político y legal del Código de la OMS?

El Código refleja el deseo de la comunidad internacional de mitigar las consecuencias de la emigración de los trabajadores de la salud. Se espera que sea un instrumento importante en la respuesta global al problema de la emigración de estos trabajadores. Aunque el Código sea no vinculante, esto no quiere decir que no tenga significación legal. Los Estados Miembros de la OMS tienen una obligación ética general de considerar estas recomendaciones.

#### » ¿Cuáles son los beneficios del Código de la OMS?

El código representa una respuesta global a un problema global. El Código es único en su alcance proporcionando el único marco global para la cooperación internacional para



enfocar el problema global de la emigración del personal sanitario. También proporciona una plataforma global para un diálogo continuo y regular, y para una cooperación sobre los problemas relacionados con la contratación de personal sanitario, así como una guía importante para los Estados Miembros sobre los principios y estándares aceptados internacionalmente relacionados con la contratación de los trabajadores de la salud. En particular, sus recomendaciones pueden contribuir a promover la contratación internacional ética del personal sanitario y a reforzar los sistemas de salud de los países de origen y destino. A diferencia de cualquier otro código en este ámbito, el Código de la OMS incluye mecanismos para avanzar en la esencial recopilación de datos y en el intercambio de información para informar del desarrollo de la política. El proceso de negociación del Código también ha animado a los gobiernos a reunir diferentes ministerios para considerar este problema y forjar soluciones a nivel nacional.

#### » ¿Intenta e Código de la OMS limitar la migración del personal sanitario?

El Código establece claramente que nada en este Código debería ser interpretado como una limitación a la libertad del personal sanitario, de acuerdo con las leyes aplicables, para emigrar a países que deseen admitirlos y emplearlos (Artículo 3.4). Los trabajadores de la salud extranjeros tienen todo el derecho a avanzar en sus carreras y a desarrollarse



profesionalmente en su país de destino. Su experiencia debería ser totalmente reconocida, deberían tener acceso a un servicio interno de formación, y a que las condiciones de empleo fueran justas y equitativas en relación a las de sus colegas nacionales. Por otro lado, los emigrantes tienen el derecho a ser informados acerca de sus derechos y deberes como trabajadores, asegurando que la información apropiada y las redes operacionales dentro del sistema de salud nacional son completamente activas para ayudar a garantizar esto.

### » ¿Cómo será implementado el Código de la OMS y por quién?

Es necesario que muchas partes participen en la implementación del Código. Aunque el Código fue formalmente aceptado por los Estados Miembros, también se refiere directamente a otras partes implicadas que no son Estados. Estas partes incluyen personal sanitario, reclutadores, empleadores, organizaciones de profesionales sanitarios y organizaciones relevantes a nivel sub-regional, regional y global, ya sean públicas o privadas, gubernamentales o no gubernamentales. El Código especifica que todas las partes interesadas deberían esforzarse en trabajar tanto individual como colectivamente para alcanzar sus objetivos, independientemente de la capacidad de otros para observarlo (Artículo 8.4).

Todas las partes implicadas son animadas a adoptar los principios englobados en el Código, pero adaptándolos para encajar en su propio contexto. Esta implementación se puede facilitar adoptando un enfoque amplio y multisectorial.

#### Implementación por los Estados Miembros.

El Código ha sido adoptado formalmente por los Estados Miembros. Si bien es un instrumento voluntario, el Código será más efectivo cuando sea implementado dentro de la política nacional o la legislación del país. Dentro del Código, el Artículo 8 se centra específicamente en la implementación del mismo y proporciona ciertas recomendaciones para la implementación por los Estados Miembros. Por ejemplo, los Estados Miembros son animados a incorporar los principios del Código dentro de las políticas y leyes aplicables (Artículo 8.2) y a tenerlos en cuenta cuando desarrollen sus políticas nacionales de salud y a cooperar entre ellos (Artículo 3.1).

Los Estados Miembros son también animados a publicar y divulgar el Código (Artículo 8.1) para asegurar que todos las partes implicadas tanto del sector privado como público sean informadas de sus normas y principios. Como se especifica en el Artículo 8.1, se anima a la implementación de acuerdo con las responsabilidades nacionales y subnacionales. Los principios del Código además también se aplican a estados descentralizados y a sus autoridades subnacionales. El código deja claro que los Estados Miembros deberían consultar con las partes implicadas en los procesos de toma de decisiones (Artículo 8.3) y colaborar con ellos en la publicación e implementación del Código (Artículo 8.1). Esto concierne tanto a los actores no estatales como a los ministerios involucrados en la emigración del personal sanitario.

#### Implementación por los actores no estatales.

El personal sanitario, las agencias de contratación y las organizaciones profesionales de la salud tienen un importante papel a jugar en la implementación de Código. En particular, el Artículo 4, que se dirige a las prácticas de contratación, derechos y responsabilidades, contiene un número de recomendaciones que apuntan a proteger al personal sanitario emigrante durante los procesos de selección, contratación y empleo. Estas recomendaciones se dirigen también a los seleccionadores y empleadores tanto del sector público como privado.

Para animar y promover las buenas prácticas entre las agencias de contratación, el Código recomienda que los Estados Miembros avalen solamente a aquellas agencias que cumplan con los principios del Código (Artículo 8.6). El Código también establece claramente que los actores del sector privado deberían procurar cooperar completamente con

los reguladores, y con las autoridades locales y nacionales (Artículo 4.1).

La sociedad civil ha jugado y continuará jugando un papel importante en el seguimiento de las normas y recomendaciones del Código. El Código reconoce esto. Por ejemplo, el Artículo 9.4 establece que el secretariado de la OMS pueda considerar informes y actividades relacionadas con la implementación del Código desde cualquier parte implicada vinculada con la contratación internacional de trabajadores de la salud.

### Implementación por la OMS.

Cuando se requiera, la OMS dará toda clase de apoyo a los Estados Miembros para implementar el Código y se espera que haga de enlace con otras organizaciones internacionales, incluyendo organizaciones no gubernamentales para apoyar la implementación del Código (Artículo 9.3 (c)). La OMS también tiene un papel crítico a jugar en la implementación del seguimiento. Mas detalles sobre la estrategia del secretariado de la OMS para apoyar a los Estados Miembros en la implementación del Código se pueden encontrar en el informe "Código de Prácticas Global de la OMS en la contratación Internacional de Personal Sanitario: Implementación por el Secretariado", disponible en: [www.who.int/hrh/resources/code\\_implementation](http://www.who.int/hrh/resources/code_implementation).

#### » ¿Cómo se hace el seguimiento de la implementación del Código de la OMS?

Los Estados Miembros deberían informar periódicamente al Secretariado de la OMS sobre la implementación del Código. Para este propósito, los Estados Miembros previeron un primer informe para mayo del 2012 y a partir de esta fecha se hará uno cada tres años. El Director General de la OMS los utilizará como base para su propio informe ante la Asamblea Mundial de la Salud -la primera en 2013 y a partir de esta fecha cada tres años- y poder valorar la efectividad del Código en alcanzar los objetivos establecidos, incluyendo sugerencias para su mejora.

#### » ¿Qué se ha hecho en la región de Europa hasta el 2013?

Los países europeos que forman parte de la OMS, 41 de los 53 Estados Miembros, acordaron designar una autoridad nacional para seguir la implementación del Código, y 36 de ellos han presentado informes nacionales. Muchos han tomado medidas para difundir el Código, incluyendo su traducción a las lenguas nacionales, y han animado a las partes involucradas tales como consejos y organizaciones

profesionales, empleadores y agencias de contratación a acatar sus principios. En un número de países, se han dado pasos para informar mejor a los potenciales contratados extranjeros y apoyar su integración. Muchos países han dado pasos adicionales para organizar mejor la contratación y la integración del personal sanitario extranjero. Algunos países receptores han firmado acuerdos con los países de origen para crear condiciones que sean mutuamente beneficiosas. Las organizaciones de la sociedad civil también han estado activas en promover el Código y apoyar y seguir su implementación.

#### » ¿Cuáles son los siguientes pasos?

La OMS identifica cuatro áreas estratégicas clave para que los Estados Miembros logren alcanzar un volumen de personal sanitario sostenible y, al mismo tiempo, contribuir a fortalecer los sistemas de salud: (i) defender, comunicar y movilizar los recursos; (ii) construir la base de la información para los recursos humanos para la salud; (iii) invertir estratégicamente en recursos humanos para el desarrollo de la salud; y (iv) alinear los recursos humanos para políticas e intervenciones de salud.

En muchas de estas áreas estratégicas clave, la sociedad civil puede jugar un papel importante, por ejemplo aumentando el conocimiento sobre el Código y haciendo hincapié en los vínculos entre las estrategias de salud global a nivel nacional y los marcos políticos como las asociaciones para la libre circulación de personas.

A través de este proyecto de incidencia política financiado por la Unión Europea, las organizaciones de la sociedad civil de Bélgica, Gran Bretaña, Italia, Alemania, Polonia, España y los Países Bajos contribuirán desde Europa a un personal sanitario sostenible en todo el mundo. En sus propios países involucrarán activamente a instituciones sanitarias, organizaciones de trabajadores de la salud, sindicatos, instituciones de formación, organizaciones de pacientes y de consumidores, organizaciones de emigrantes y organizaciones de incidencia política. Se facilitarán, recogerán y difundirán las soluciones existentes para los desafíos de los tiempos actuales en el campo de los recursos humanos para la salud, asegurando entre tanto que las acciones tomadas aquí no tengan consecuencias involuntarias o no deseadas en países lejanos. Más información: [www.healthworkers4all.eu](http://www.healthworkers4all.eu)



## IV.

### La contratación de personal sanitario migrante en España

#### a. Introducción

En España la contratación de personal sanitario extranjero está cambiando de forma significativa en los últimos años, ya que la propia situación interna del país y de sus necesidades de personal sanitario también ha cambiado.

Las últimas estadísticas disponibles muestran cómo el porcentaje de la población emigrante que trabaja en el sector de la salud, saneamiento y servicios sociales está subiendo en los últimos años (2,7% en 2008 y 4% en 2010)<sup>1</sup>, y aunque parte de este aumento es debido a una disminución en las cifras absolutas de inmigrantes en España (2.864.947 en 2008 a 2.485.348 en 2010), existe un aumento significativo en las cifras absolutas (de 77.353 en 2008 a 99.414 en 2010).

<sup>1</sup> [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/OPI\\_28\\_Inmigracion\\_y\\_Mercado\\_de\\_trabajo-Informe2011.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/OPI_28_Inmigracion_y_Mercado_de_trabajo-Informe2011.pdf)

Una especificidad de la migración en España tiene que ver con la estrecha relación que se tiene con la región de Iberoamérica, lo que nos diferencia de nuestros países vecinos, que tienen mayores vínculos con África y Asia. Pero España no solamente importa personal sanitario de otros países, sino que también lo exporta a los países vecinos. No podemos asegurar cual es el grado de importancia de este hecho, ya que existen grandes problemas con las cifras y, dependiendo de la fuente consultada, hay una gran disparidad en los datos finales. Varían desde unos 580 profesionales según el Ministerio de Salud en 2010, hasta 8.500 facultativos españoles, según la Organización Médica Colegial y la Confederación Española de Sindicatos Médicos<sup>2</sup>. En consecuencia, por una parte formamos personal que va a trabajar a otros países y, por otra importamos a profesionales de otros países para cubrir nuestras necesidades de salud.

#### b. Las iniciativas internacionales sobre recursos humanos.

El problema de los recursos humanos ha estado presente desde hace algún tiempo en la agenda internacional. Europa ya propuso en 2005 una estrategia de acción en la crisis de los recursos humanos en salud en países en desarrollo, que siguió con un plan de acción 2007-2013.

<sup>2</sup> [http://www.cincodias.com/articulo/economia/Espana-necesita-9000-medicos-tiene-8500-trabajando-fuera/20100305cdscdieco\\_12/cdseco](http://www.cincodias.com/articulo/economia/Espana-necesita-9000-medicos-tiene-8500-trabajando-fuera/20100305cdscdieco_12/cdseco)

El informe de 2006 de la OMS se centraba en analizar esta problemática.

En los últimos años, este tema es prioritario en muchos países. En 2008, la Declaración de Kampala, adoptada en el primer Foro Global sobre Recursos Humanos Sanitarios, proponía a los países trabajar conjuntamente, invitando a que los gobiernos locales asumieran la función de rectoría y la financiación suficiente de sus recursos humanos y, simultáneamente, a la cooperación internacional a que apoyara la ejecución e implementación de estrategias y planes integrales del personal sanitario. La visión que se compartía en esta conferencia era que “todas las personas, dondequiera que vivan, deben tener acceso a personal sanitario cualificado, motivado y respaldado, en el marco de un sistema de salud sólido”.

En la asamblea de la OMS de 2010, y fruto de los compromisos de la conferencia de Kampala, por segunda vez en su historia, los países miembros, incluida España, adoptan un “Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario”, donde se establecen ciertos criterios éticos a la hora de reclutar personal sanitario de otros países.

Este código pretende básicamente ser una guía de principios éticos para que los Estados trabajen, junto con el resto de los actores implicados, en el tema del reclutamiento internacional de personal sanitario. Deja muy claro que no plantea limitar el derecho al libre desplazamiento de los trabajadores. Solicita que todos los países tengan planes propios que limiten la migración de recursos humanos, que se promueva la migración circular del personal, que exista una equidad legal entre los trabajadores de salud del país y los foráneos y que se tenga en cuenta la situación del país donante cuando se reclute personal.

Cada país, incluida España, nombra una autoridad nacional, que es la responsable de velar por el cumplimiento del Código, y de elaborar informes anuales que muestre la evolución del compromiso en el país.

### c. ¿Por qué se da la migración de personal sanitario en España?

La migración de personal sanitario no se explica solamente por unas condiciones laborales mejores (mayor salario, estabilidad en el trabajo, posibilidad de investigación, menor carga asistencial,...), sino también por cuestiones sociales, como la valoración de su trabajo por parte de la sociedad o por buscar una mejor situación para la familia (posibilidad de estudios de calidad para los hijos, mayor estabilidad socioeconómica, conciliación familiar,...). Estas causas se

pueden achacar tanto al personal inmigrante como al emigrante.

La mayor puerta de entrada de médicos extranjeros en nuestro país hasta el momento es la formación sanitaria especializada, tanto la de Médicos Internos Residentes (MIR), como para farmacéuticos y personal de enfermería. Esta especialización es obligatoria para poder trabajar en los servicios públicos. En los requisitos establecidos para esta formación sanitaria especializada se presentan los cupos para extranjeros extracomunitarios sin permiso de residencia en España, y que supondrán un 8% en la convocatoria 2013.

En España también hay algunas causas más específicas de por que el personal está migrando. Hasta hace pocos años no había suficientes plazas MIR para hacer la especialidad médica con respecto al número de médicos que terminaban la carrera; muchos médicos migraron, sobre todo a Gran Bretaña. Actualmente, la situación económica y las políticas de austeridad que se han puesto en marcha (reducción de más de 7.260 millones de euros del gasto sanitario entre 2012 y 2014, y más del 41% del gasto en salud es de personal) están provocando que muchas plazas cubiertas por personal interino estén siendo amortizadas, a lo que sumamos que la alternativa de trabajar en el extranjero se está convirtiendo, en muchos casos, en la única opción laboral. Por este motivo muchos profesionales están buscando trabajo fuera de España, principalmente en otros países de la UE, pero también fuera de Europa, como Brasil o Ecuador.

### d. ¿Cuánto personal se necesita en España?

La primera pregunta que se debe contestar es cuáles son las necesidades de personal en España, y para ello se necesita saber con cuanto personal contamos actualmente, una pregunta que aún no tiene respuesta, pues España no cuenta aún con un registro de personal sanitario, aunque está previsto para finales de 2014. Por lo tanto, nos movemos dentro de las estimaciones. La Comisión Europea estima que, para 2025 en España faltará un 14% de personal médico para cubrir las necesidades de salud.

En 2009, en dos informes realizados por el Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>, se podía observar aún un déficit de ciertos especialistas (pediatría, medicina del trabajo, obstetricia y ginecología o traumatología) y un estudio descriptivo de la situación del personal de enfermería, pero ambos informes ya planteaban el gran problema para poder planificar los

3 [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf) y [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf)

recursos humanos sanitarios: la no existencia de un registro nacional de personal de salud.

Según el estudio "Las necesidades de médicos en España"<sup>4</sup> realizado por la Fundación Astrazeneca y la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid en 2010, los profesionales extranjeros proceden fundamentalmente de Centroamérica y el Caribe, aunque también vienen profesionales de África occidental y oriental, Europa del Este y Asia, con un coste para estos países en la formación de unos 50 millones de dólares anuales. Esta diversidad en el origen provoca que las condiciones de formación, conocimiento del idioma, etc. de estos profesionales sean muy heterogéneas.

Según la Sociedad Española de Médicos Extranjeros (SEMEX), el número de médicos extranjeros trabajando en la sanidad española en 2010 era aproximadamente de 25.000, y representaba el 12,5% del total (203.000). Estos porcentajes se incrementaban en comunidades autónomas como Madrid o Cataluña. El Colegio Médico de Madrid estimaba ese año que uno de cada tres colegiados que ejercía en esta comunidad autónoma es extranjero. En Galicia, en ese mismo año, un total de 584 facultativos de distintas nacionalidades están afiliados como trabajadores de la red pública o como titulares de consultorios privados. Algunas fuentes de la sanidad pública española indican que faltan aproximadamente 9.000 médicos, 6.000 de ellos en atención primaria y 3.000 especialistas, un número similar al de los facultativos españoles que pudieran estar trabajando fuera de nuestras fronteras. ¿Realmente necesitamos a tanto personal? Según el doctor Rodríguez Sendín, en los próximos 20 años se necesitarían aproximadamente unos 7.000 estudiantes/año, mientras que en 2010 se ofertaron 6.673 plazas. Otras opiniones difieren de estas apreciaciones.

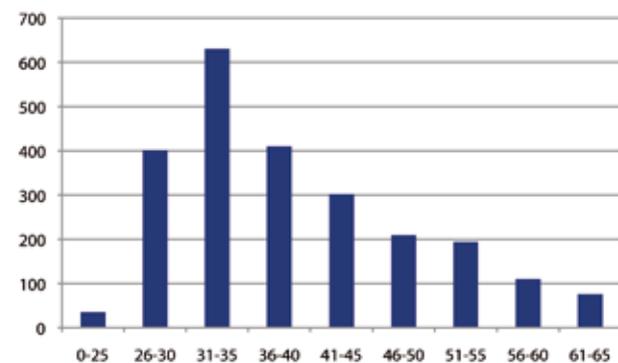
El contexto actual puede hacer incluso más profundas las necesidades de personal ya que muchos profesionales están buscando su futuro laboral fuera de España. En los últimos 3 años (2011-2013), 7.378 profesionales médicos, la mayor parte entre la franja de 25 a 40 años, han solicitado un certificado de idoneidad, que es un requisito necesario para trabajar en el extranjero. Y cada año el número de solicitudes ha aumentado de forma considerable. 1.435 en 2011, 2.405 en 2012, y 3.538 en 2013, lo que nos indica que la opción de trabajar fuera de España cobra fuerza en un colectivo que hasta hace poco disfrutaba prácticamente de pleno empleo en nuestro país.

#### Nº de certificados por comunidades autónomas

	2013	2012
ANDALUCÍA	459	301
ARAGÓN	79	52
ASTURIAS	37	20
BALEARES	133	75
CANARIAS	166	145
CANTABRIA	42	20
CASTILLA-LA MANCHA	158	145
CASTILLA-LEÓN	143	96
CATALUÑA	592	452
CEUTA	6	1
COMUNIDAD VALENCIANA	370	302
EXTREMADURA	58	40
GALICIA	128	114
LA RIOJA	15	10
MADRID	843	494
MELILLA	5	6
MURCIA	75	66
NAVARRA	63	45
PAIS VASCO	83	26

Fuente: Organización Médica Colegial

#### Distribución de médicos solicitantes por tramos de edad



Fuente: Organización Médica Colegial

Debemos destacar que a los destinos tradicionales como Reino Unido o Francia, se les están uniendo con fuerza otros países emergentes como Brasil, que en 2013 fue el tercer país con más certificados para personal médico solicitados. Es cierto que estas cifras, si los comparamos con las cifras absolutas de médicos colegiados no son especialmente relevantes (en 2010 había 223.484 médicos colegiados, de los cuales 174.100 ejercían tareas asistenciales), pero si sumamos esta tendencia al envejecimiento de la población y de nuestro propio personal sanitario, el futuro puede ser preocupante. Además formar a un o una médico cuesta unos 200.000 euros, un gasto que no vamos a rentabilizar si el o la profesional ejerce su profesión en el extranjero.

El personal de enfermería también abre sus puertas a la emigración, siendo 1.134 las solicitudes de permiso para trabajar fuera en 2012, mientras que en 2008 fueron 534. La

4 [http://www.actasanitaria.com/files/doc\\_54728\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_16329.pdf](http://www.actasanitaria.com/files/doc_54728_FICHERO_NOTICIA_16329.pdf)

mayor parte trabajan en la Unión Europea, pero el problema que se encuentra parte de este personal es que su cualificación es superior al del trabajo que desarrollan.

### e. ¿Cuánto personal sanitario extranjero trabaja en España?

Existen varios condicionantes que impiden dar respuesta a esta pregunta. La falta de un registro oficial de personal sanitario es el mayor impedimento, a lo que debemos sumar la crisis económica que ha supuesto unos recortes inesperados en personal, lo que supone que estimaciones hechas hace apenas unos pocos años no tengan mucha credibilidad actualmente. Las estimaciones con las que se cuenta hasta el momento trabajaban con las plantillas de los sistemas público y privado, pero que son muy dinámicas y muchas veces no utiliza el origen del personal como elemento a incorporar en la base de datos, y por lo tanto no habría unos datos fiables. Otro elemento que complica este asunto es la fuerte descentralización del estado español, que provoca que las comunidades autónomas tengan las competencias sanitarias y por lo tanto capacidad de contratación de personal extranjero. Por este motivo nos podemos encontrar muchas fuentes diferentes de información.

En 2012 aparece un Real Decreto Ley<sup>5</sup> que impulsa la creación de un registro de todo el personal sanitario que trabaja en el estado español. El gobierno de España, en cumplimiento de los acuerdos alcanzados en 2010, elabora informes anuales sobre la evolución del compromiso. Sin embargo, hasta el momento nos ha sido imposible acceder a los mismos.

Otro elemento distorsionador es la aparición en los últimos años de empresas de contratación para la gestión de personal sanitario extranjero, que no tiene obligación de reportar al sistema público el trabajo que realizan, y son un elemento que complica enormemente la fiabilidad de los datos sobre cuántas personas extranjeras trabajan en el sistema de salud (principalmente en el sistema privado).

Como ya dijimos anteriormente, el perfil sanitario del personal sanitario extranjero en España difiere sustancialmente del de muchos de nuestros vecinos, dada la estrecha relación que nuestro país tiene con Iberoamérica. En los últimos estudios realizados a los que hemos tenido acceso, en 2010 la mayor parte del personal de este sector de la salud, saneamiento y servicios sociales, provenía de Iberoamérica, especialmente de Ecuador, Colombia, Argentina y Perú (cerca

del 75% entre los 4 países), seguido de Marruecos. Estos dos últimos países, Perú y Marruecos, aparecen en la lista de países con déficit crítico de personal sanitario que presentó la OMS en 2006<sup>6</sup>, y por lo tanto se deben tratar de forma especial. Es cierto que este sector engloba otras profesiones sociosanitarias, más allá de las propiamente sanitarias, y que estas cifras seguramente han cambiado en los últimos años, pero nos presentan una primera aproximación de la situación en España. En el Catálogo de Ocupaciones de Dificil Cobertura para el último trimestre de 2013 que edita el Ministerio de Empleo, no aparece ninguna demanda de personal sanitario<sup>7</sup>, cuando en el mismo trimestre de 2010 sí que aparecían, ya que en muchas comunidades autónomas españolas había dificultades para encontrar médicos, tanto de atención primaria como especializada.

### f. Procedimientos de contratación de personal extranjero no comunitario en España

Lo primero que tenemos que saber es que hay varios procedimientos:

f.I. **Mediante la concesión de una autorización de residencia y trabajo** a través de las oficinas de extranjeros o áreas de Trabajo e Inmigración, que son dependientes de las delegaciones o subdelegaciones del Gobierno, o del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Este último caso requiere que la situación nacional de empleo lo permita, para lo cual o se está exento del requisito de la autorización, o la profesión está incluida en el Catálogo de Ocupaciones de Dificil Cobertura, o el Servicio Público de Empleo emite un certificado de insuficiencia de demandantes en la profesión concreta. Supone un trato directo entre empresa y trabajador, y entre los requisitos está el de tener la homologación del título (a través del M<sup>a</sup> de Educación), y se da o bien porque las empresas necesitan personal, o bien es el propio trabajador quien busca un trabajo en el sistema público o privado. Chilenos y peruanos, debido a un acuerdo especial con sus países, están exentos del requisito de que la situación nacional de empleo permita la contratación.

f.II. **Contratación colectiva en origen** (casi no se usa para personal sanitario): permite la contratación de trabajadores para empleos estables, que serán seleccionados en sus países de origen a partir de ofertas genéricas presentadas por los empresarios. La Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración realiza una previsión anual de

5 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

6 [http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_6\\_SP.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_SP.pdf)

7 [http://www.sepe.es/contenido/empleo\\_formacion/catalogo\\_ocupaciones\\_dc/pdf/CatalogoOcupacionesDificilCobertura.pdf](http://www.sepe.es/contenido/empleo_formacion/catalogo_ocupaciones_dc/pdf/CatalogoOcupacionesDificilCobertura.pdf)

los puestos de trabajo que pueden ser ocupados a través de la gestión colectiva de contrataciones en origen. Estas ofertas de empleo genéricas se orientan preferentemente hacia países con los que España haya firmado acuerdos sobre regulación y ordenación de flujos migratorios. En los procesos de selección en origen pueden participar los empresarios si así lo solicitan y participarán representantes de la Dirección General de Inmigración.

f.III. **También existe la posibilidad de aprobar visados de residencia y trabajo de duración determinada** para actividades de campaña o temporada, mediante el procedimiento de gestión colectiva (fundamentalmente se emplea en el sector agrario).

f.IV. **El Médico Interno Residente (MIR) o Farmacéutico Interno Residente (FIR):** Situación especial por estar cobrando pero formándose a la vez. Debe ser un licenciado en medicina o Farmacia (con el título homologado), y no necesita autorización de trabajo. Se involucra el Ministerio de Ciencia. Pueden optar a esta vía en 3 situaciones:

- **Titulares de una autorización de estancia por estudios o personas que estén en trámite de un visado por estudios:** pueden acceder a la plaza sin autorización de trabajo, en el primer caso, y la adjudicación de la plaza permite la obtención del visado de estudios, en el segundo.
- **Personas en situación de estancia por un máximo de 90 días (visado de turista) o en situación administrativa irregular:** no pueden acceder directamente a la situación de estancia por estudios o de residencia y trabajo por el hecho de haber participado o sido adjudicatario de una plaza MIR. En este caso, debería conseguir una autorización de estancia por estudios, de residencia y trabajo o de residencia por circunstancias excepcionales.
- **Personas con autorización de residencia temporal adjudicatarios de plaza:** el empresario presenta la solicitud de autorización de residencia y trabajo.

f.V. **Becas de postgrado**

f.VI. **Empresas de contratación,** que buscan en algunos países personal específico. Esta empresa no rinde cuentas al Ministerio de Salud, son controladas por el Ministerio de Empleo, y su permanencia en el tiempo no está asegurada, pues depende de que haya un volumen de trabajo suficiente como para ser rentable.

## g. Instituciones involucradas y rol que juegan

Las instituciones involucradas en la implementación de este Código de Contratación son múltiples y variadas:

- › **Ministerio de Sanidad:** le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud. Tiene la Dirección General de Ordenación Profesional, que es el órgano encargado de efectuar propuestas de ordenación de las profesiones sanitarias, ordenación y gestión de la formación especializada en ciencias de la salud y las relaciones profesionales. Tiene la autoridad nacional encargada del seguimiento del Código de contratación.
- › **Ministerio de Empleo y Seguridad Social:** *Dirección General de migración:* autorización de trabajo y Observatorio Permanente de Inmigración (<https://extranjeros.mtin.es>)
- › **Ministerio de Interior:** autorización de residencia y antecedentes penales
- › **Ministerio de Justicia:** antecedentes penales (Registro Central de Penados y Rebeldes)
- › **Ministerio de Hacienda y administraciones públicas:** *Subdelegaciones y delegaciones del Gobierno* (autorización de trabajo), y que la empresa contratante esté al corriente de los pagos
- › **Ministerio de Educación:** homologación de títulos, MIR, FIR, pruebas de acceso
- › **Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación:** relaciones especiales con determinados países, e involucrado en la firma del Código de Conducta
- › **Comunidades autónomas:** tienen transferidas las competencias en salud
- › **Sector privado:** cuentan con capacidad de contratar personal extranjero
- › **Empresas de contratación:** búsqueda e intermediación entre instituciones y personal extranjero
- › **Sindicatos:** garante de la situación laboral de los trabajadores
- › **Asociaciones profesionales:** colectivos que informan y apoyan a los trabajadores

- › **Colegios oficiales (de Médicos de Enfermería, de Farmacia,..):** registro del personal que trabaja en su ámbito geográfico
- › **Asociaciones de inmigrantes:** instituciones que apoyan al personal extranjero

## V.

### Para conocer más

WHO Code of Practice (2010):	<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63/a63_r16-en.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63/a63_r16-en.pdf</a>
Health Professional Mobility in the European Union Study	<a href="http://www.ehma.org/index.php?q=node/46">http://www.ehma.org/index.php?q=node/46</a>
Mobility of Health Professionals Study	<a href="http://www.mohprof.eu/LIVE/">http://www.mohprof.eu/LIVE/</a>
Registered Nurse Forecasting Study	<a href="http://www.rn4cast.eu/">http://www.rn4cast.eu/</a>
Caring in Crisis. A study on the impact of the financial crisis on nurses and nursingv	<a href="http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf">http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf</a>
Report of the WHO secretariat on implementation of the WHO Code of Practice, World Health Assembly, 2013	<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_25-en.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_25-en.pdf</a>
EU Joint Action on Health Workforce Planning	<a href="http://www.euhwforce.eu/web_documents/matrix_study.pdf">http://www.euhwforce.eu/web_documents/matrix_study.pdf</a> <a href="http://www.euhwforce.eu/web_documents/appendices_matrix_study.pdf">http://www.euhwforce.eu/web_documents/appendices_matrix_study.pdf</a>
"European Blue Card" Directive regulating entry in the EU for highly qualified non - EU nationals, including health professionals	<a href="http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/l14573_en.htm">http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/l14573_en.htm</a>
The World Health Report 2006: working together for health.	<a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf</a>
The Kampala Declaration and Agenda for Global Action.	<a href="http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf">http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf</a>
WHO's Global policy recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention	<a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf</a>
Health workforce and migration: OECD	<a href="http://www.oecd.org/els/health-systems/healthworkforceprojects.htm">http://www.oecd.org/els/health-systems/healthworkforceprojects.htm</a> <a href="http://www.oecd.org/dataoecd/25/14/41509461.pdf">http://www.oecd.org/dataoecd/25/14/41509461.pdf</a>
Thematic Guide by MMI: International migration and recruitment of health personnel	<a href="http://www.medicusmundi.org/en/topics/human-resources/migration">http://www.medicusmundi.org/en/topics/human-resources/migration</a>



Esta publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea dentro del proyecto "personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario". La responsabilidad de la publicación recae sobre FAMME, y la Unión Europea no puede ser considerada responsable por el contenido de la publicación.



**European Union**  
European Regional Development Fund