

colaboración dentro



capítulo siete

y entre los países

En este capítulo

135	Catalización de los conocimientos y del aprendizaje
143	Concertación de acuerdos de cooperación
144	Respuesta a la crisis de personal sanitario
148	Avanzar juntos
152	Medidas conjuntas para el futuro

Existen cinco grandes esferas de preocupación que impulsan a los países a mirar más allá de sus fronteras y a aunar fuerzas con otros para atajar más eficazmente los problemas relacionados con los recursos humanos para la salud:

- La marcada falta de información, instrumentos y medidas, la escasez de datos probatorios sobre las estrategias que dan buen resultado y la ausencia de normas, marcos técnicos y metodologías de investigación comunes hacen que resulte imperativo recurrir a la colaboración regional e internacional.
- Dada la escasa disponibilidad de conocimientos técnicos especializados que permitan elaborar mejores sistemas de medición, supervisar el desempeño, fijar normas, identificar las prioridades investigadoras y validar metodologías, el único modo de acelerar los avances en estas esferas es a través de un esfuerzo colectivo a nivel mundial.
- Los cambios demográficos, la evolución de la demanda de atención sanitaria y los avances tecnológicos tienen repercusiones transfronterizas, que se manifiestan en una creciente globalización de los mercados laborales. La concertación de arreglos y convenios de cooperación entre los países es esencial para gestionar los flujos de trabajadores y minimizar los efectos adversos.
- Teniendo en cuenta que incluso el mejor preparado de los sistemas de salud nacionales puede venirse abajo debido a un conflicto violento, el brote de una enfermedad infecciosa o una catástrofe inesperada, es evidente que ningún país dispondrá jamás de la suficiente capacidad en materia de recursos hu-

manos para poder asegurar en todo momento, y sin ayuda externa, una respuesta eficaz.

- La gravísima crisis de personal que tan profundamente coarta el desarrollo sanitario de los países más pobres del mundo exige una respuesta internacional.

En este capítulo se examinan primero los motivos por los que se debe asegurar una colaboración internacional, para seguidamente proponer un plan de acción basado en el liderazgo nacional y la solidaridad mundial.

CATALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y DEL APRENDIZAJE

Como ya se ha señalado anteriormente en este informe, la información básica sobre la fuerza laboral necesaria para informar, planificar y evaluar los recursos es muy escasa en prácticamente todos los países. Los contados datos disponibles son difíciles de agregar y no se prestan demasiado bien a comparaciones en el tiempo y entre distintas fuentes y países (1–4). Esas limitaciones se reflejan no sólo en los retos inherentes a la coordinación de los flujos de información entre

diferentes sectores – educación, salud, trabajo/empleo – sino más fundamentalmente en la ausencia de marcos y patrones convenidos para la evaluación de la fuerza laboral sanitaria. Es preciso invertir en la elaboración de ese tipo de marcos y patrones para poder asegurar un acceso amplio, rápido y menos costoso a instrumentos que permitan comprender los desafíos relacionados con la disponibilidad de personal sanitario y responder a los mismos.

Sólidos cimientos para la información

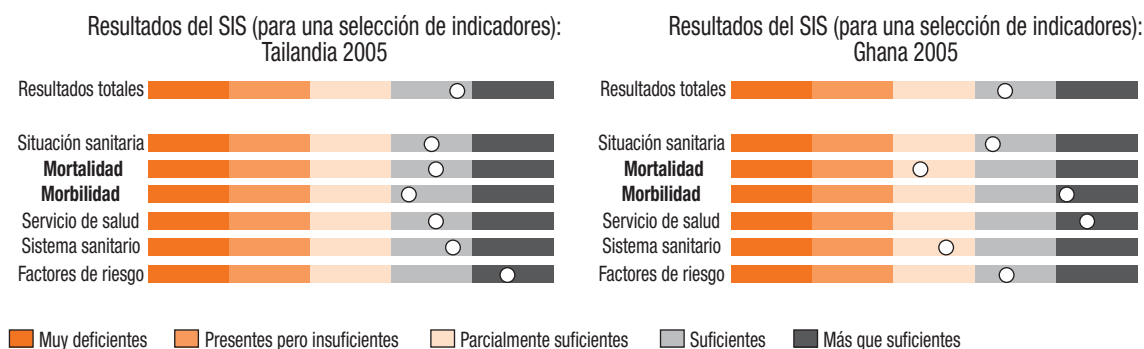
Una de las primeras medidas para fortalecer los cimientos para la información relativa a los trabajadores sanitarios consiste en elaborar un marco conceptual claro que defina los límites de la fuerza laboral y describa su composición. En ese sentido, es alentador saber que hay en marcha una iniciativa mundial para la creación de un marco técnico común (véase el recuadro 7.1). Sin embargo, aun contando con una herramienta de esa índole, subsisten una serie de escollos fundamentales relacionados con la información sobre el personal sanitario a los que conviene dar solución.

Un aspecto problemático es la clasificación de la fuerza laboral sanitaria. Hasta 2006 la OMS informaba únicamente sobre los profesionales de la salud – médicos, enfermeros, asistentes de partería, farmacéuticos y dentistas -, dejando así en la invisibilidad a un grupo importante de otros dispensadores de servicios de salud y trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares de gestión (que representa alrededor de una tercera parte de la fuerza de trabajo). En esta sinopsis se resaltan los inconvenientes que supone la utilización de instrumentos cuya finalidad principal no es el acopio de datos relativos al personal sanitario. Asimismo, se insiste en la necesidad de elaborar herramientas de clasificación específicas para la fuerza de trabajo sanitaria, que puedan integrarse más eficazmente en los instrumentos ya disponibles para la realización de censos, encuestas, e informes sobre aspectos ocupacionales.

Otra necesidad importante en materia de información es contar con indicadores para evaluar el impacto de las actuaciones. Las instancias decisorias y los donantes solicitan cada vez más frecuentemente pruebas que confirmen que sus decisiones e inversiones contribuyen efectivamente al fortalecimiento de la fuerza de trabajo. En la esfera de los sistemas de información sanitaria, se ha elaborado un instrumento de evaluación de los resultados que permite efectuar comparaciones entre países (véase la figura 7.1). La disponibilidad de un instrumento similar para los recursos humanos podría propiciar inversiones más cuantiosas y atinadas en personal de salud. Entre los indicadores que cabe utilizar dentro de un sistema de medición del desempeño de la fuerza de trabajo sanitaria figuran: la suficiencia numérica, la equidad distributiva, el nivel de competencias, la idoneidad del bagaje sociocultural y lingüístico, la receptividad a las necesidades de los clientes y la productividad.

También se precisa información sobre los recursos humanos para comprender los mercados de trabajo mundiales, los flujos migratorios de trabajadores de la salud y las

Figura 7.1 Evaluación de los sistemas de información sanitaria (SIS)



Fuente: (5).

Recuadro 7.1 Consolidación de un marco técnico común para los recursos humanos para la salud: ¿un bien público de utilidad para todos los países?

¿Podría un marco técnico común ayudar a los gobiernos y planificadores nacionales a comprender los innumerables y complejos problemas relacionados con los recursos humanos para la salud y a encontrar soluciones viables? ¿Ofrecería un marco de esa índole la posibilidad de abordar de una manera integral todos los aspectos de la cuestión que aquí nos ocupa, y sería posible elaborarlo de forma consensuada para luego asegurar su aplicación universal, como bien público en beneficio de todos los países?

Un marco común tendría varias ventajas. En primer lugar, definiría los componentes básicos de competencia técnica requeridos para formular y aplicar una estrategia de recursos humanos, lo que resulta especialmente importante en vista del escaso caudal de conocimientos especializados disponibles a nivel mundial. En segundo lugar, contribuiría a informar al creciente número de grupos interesados en esta esfera sobre las complejidades de la fuerza de trabajo sanitaria y a prevenir la propagación de ideas simplistas y limitadas sobre las dificultades conexas (como la falsa creencia de que el desarrollo de los recursos humanos para la salud se reduce a la capacitación y la aplicación de incrementos salariales). En tercer lugar, el marco técnico representaría un punto de referencia común para todos los interesados directos en la cuestión del personal sanitario, lo que ahorraría a las instancias decisorias, las autoridades ejecutoras, los donantes, la comunidad académica y los demás actores el esfuerzo de tener que «reinventar la rueda».

El primer intento de trazar un marco técnico común se emprendió en diciembre de 2005, cuando la OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional invitaron a 35 representantes de organismos multilaterales y bilaterales, países donantes, organizaciones no gubernamentales y la comunidad académica a reunirse en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington DC. El punto de partida eran 11 marcos técnicos elaborados a lo largo de los años por investigadores y profesionales de recursos humanos en diversas partes del mundo. Algunos de esos marcos se aplicaban a contextos muy concretos, mientras que otros ofrecían orientacio-

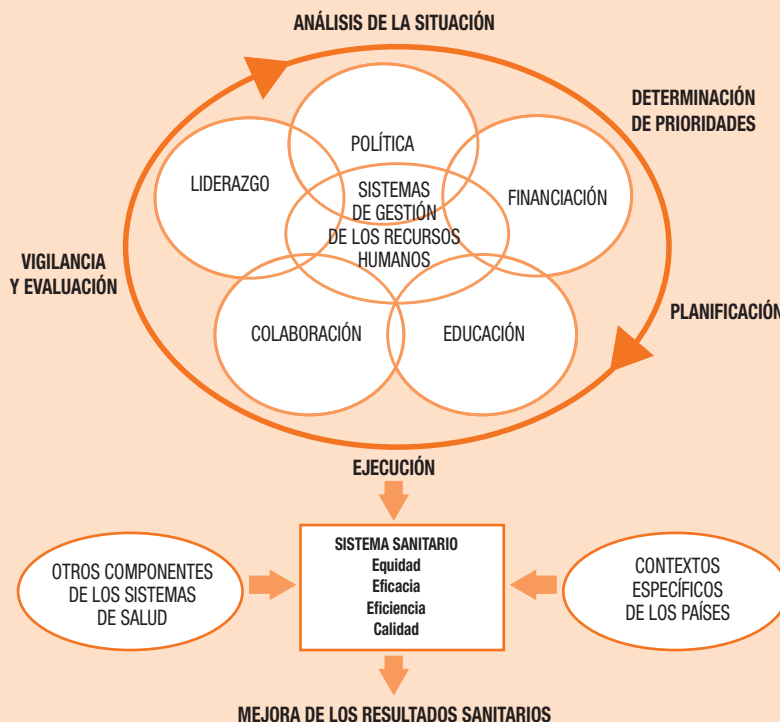
nes conceptuales generales para el análisis de las cuestiones pertinentes. Varios de ellos se centraban únicamente en un aspecto específico, como por ejemplo la planificación de los recursos humanos.

Los participantes convinieron en que el marco común al que se aspiraba debía descansar sobre una base científica, ser operacionalmente eficaz (haber sido ensayado sobre el terreno) y resultar útil en un contexto multisectorial y caracterizado por la intervención de múltiples interesados directos. Al mismo tiempo, debía reflejar el contenido y los procesos relacionados con la formulación y aplicación de estrategias nacionales de recursos humanos para la salud, ser sencillo, aunque de amplio alcance, y mostrar las interdependencias entre los diversos actores, instituciones y mercados laborales relacionados con la fuerza de trabajo sanitaria.

En la figura incluida más abajo se ilustra el marco consensuado en dicha reunión. A la hora de abordar el desarrollo de la fuerza de trabajo sanitaria deben tenerse en cuenta las seis esferas temáticas, relacionadas entre sí, que lo integran – sistemas de gestión de los recursos humanos, política, financiación, educación, colaboración y liderazgo –, para lo cual hará falta una participación multisectorial. Conviene señalar, no obstante, que el diagrama muestra únicamente la capa superior de una estructura orientativa conceptual que cuenta también con niveles secundarios y terciarios.

Prosiguen los esfuerzos para consolidar y completar este marco técnico. El objetivo es publicar un CD-ROM interactivo que describirá en detalle el contenido y los procesos de cada área temática. Entretanto, se puede obtener más información sobre los elementos incluidos en cada área temática, las medidas aplicables y el proceso general relacionado con el empleo del marco técnico para la elaboración de estrategias nacionales en la publicación de la OMS titulada *Tools for planning and developing human resources for HIV/AIDS and other health services* (disponible en: <http://www.who.int/hrh/tools/en/>).

Marco técnico de recursos humanos para la salud: hacia una fuerza de trabajo sanitaria sostenible



Cuadro 7.1 Breve descripción de los resultados de tres revisiones sistemáticas Cochrane sobre los recursos humanos para la salud

Título de la revisión sistemática Cochrane	Objetivo de la investigación	Número de estudios (inicial/final)	Número total de sujetos	Resultados
Sustitución de médicos por enfermeros en la atención primaria	<p>Evaluar el impacto de la sustitución de médicos por enfermeros en la atención primaria en:</p> <p>los resultados sanitarios</p> <p>sur la dispensation des soins</p> <p>el proceso de atención</p> <p>los costos del uso de recursos</p>	<p>Número inicial: 4253 artículos</p> <p>25 artículos, vinculados a 16 estudios, cumplieron los criterios de inclusión</p>	No se aplica	<p>No hay diferencias entre enfermeros adecuadamente formados y médicos en lo que respecta a la calidad de la atención y los resultados.</p> <p>Los enfermeros tienden a proporcionar mayor asesoramiento sanitario y lograr niveles más altos de satisfacción del paciente en comparación con los médicos.</p> <p>Si bien el empleo de enfermeros puede disminuir los costos salariales, es posible que éstos soliciten más pruebas de laboratorio y usen otros servicios, con lo cual se reduciría el ahorro de costos generado por el empleo de enfermeros en lugar de médicos.</p>
Trabajadores sanitarios legos (TSL) en la asistencia sanitaria primaria y comunitaria	<p>Evaluar los efectos de las intervenciones de TSL en la asistencia sanitaria primaria y comunitaria sobre las conductas sanitarias, la salud y el bienestar de los pacientes, y la satisfacción de los pacientes con la atención</p>	<p>Número inicial: 8637 resúmenes</p> <p>Potencialmente elegibles: 400</p> <p>Finalmente incluidos: 43</p>	210 110 consumidores	<p>Los TSL muestran beneficios prometedores en la promoción de la adopción de la inmunización y para mejorar los resultados de infecciones respiratorias agudas y malaria, cuando se comparan con la atención habitual.</p> <p>En lo referente a otras cuestiones sanitarias, no se dispone de pruebas suficientes para justificar recomendaciones sobre políticas y prácticas.</p> <p>No existen pruebas suficientes para determinar qué estrategias de intervención o capacitación de TSL presentan más probabilidades de ser efectivas</p>
Auditoría y retroalimentación: efectos sobre la práctica profesional y resultados de la asistencia sanitaria	<p>Evaluar la eficacia de las auditorías y la retroalimentación para mejorar la práctica profesional y los resultados en materia de atención sanitaria</p>	<p>85 ensayos aleatorizados controlados</p> <p>Sólo 10 de los 85 estudios incluidos presentaban una alta calidad metodológica.</p>	> 3500 profesionales de la salud	<p>La auditoría y la retroalimentación pueden ser eficaces para mejorar la práctica profesional, aunque con efectos variables.</p> <p>Cuando son eficaces, los efectos son generalmente de pequeños a moderados.</p> <p>Los resultados de esta revisión no respaldan el uso obligatorio, o no sometido a evaluación, de la auditoría y la retroalimentación.</p>

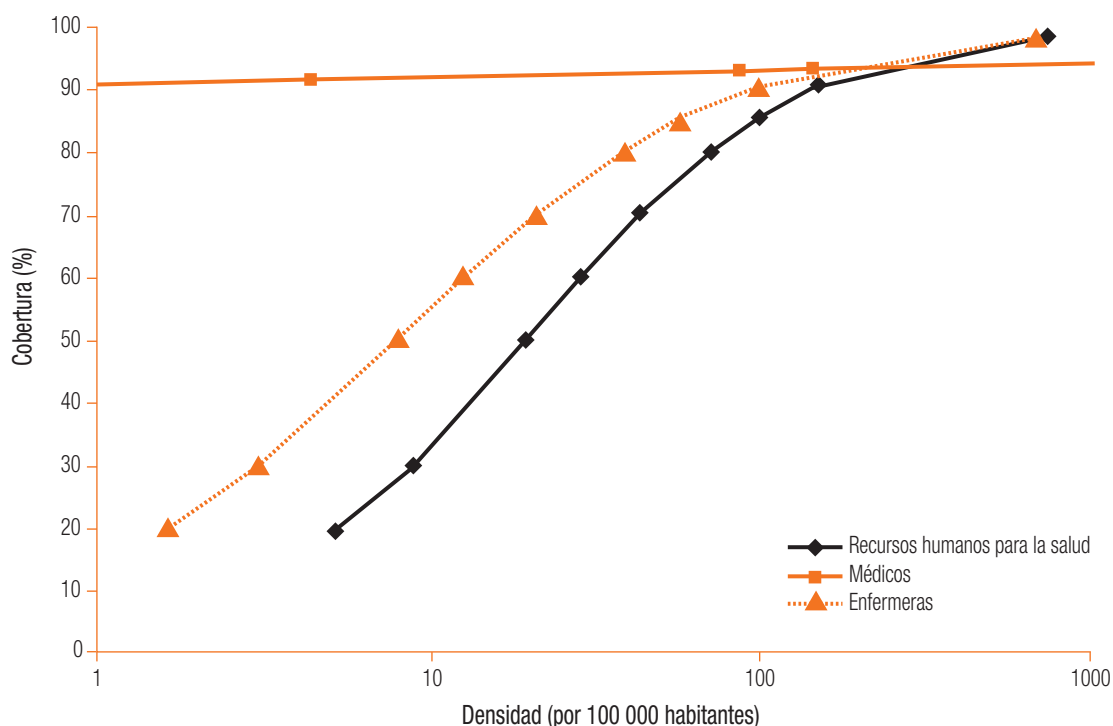
Fuente: (10).

actividades de las compañías multinacionales que contratan a grandes cantidades de trabajadores sanitarios. Sin embargo, para tener una visión precisa y coherente de la situación general, es necesario contar no sólo con datos fidedignos sobre los países sino también con las capacidades adecuadas, a nivel regional y mundial, para agregarlos y analizarlos. De ahí que una de las principales prioridades de los asociados internacionales en esta esfera sea alcanzar un acuerdo sobre el tipo de información que se va a recopilar, el método empleado para agregar los datos y los arreglos institucionales requeridos.

Generación y gestión de conocimientos

La consolidación de una base firme para la información relativa a la fuerza de trabajo sanitaria está estrechamente ligada a diversos desafíos que tienen que ver con la generación y la gestión de los conocimientos. Teniendo en cuenta que cerca de la mitad del gasto en salud va a parar a la remuneración del personal sanitario, cuesta creer que haya tan pocas inversiones en investigación o evidencias sólidas en esta esfera. Tanto dentro como entre los países, la base de evidencia relacionada con la fuerza de trabajo sanitaria es peligrosamente débil, sobre todo si se compara con la solidez de los datos disponibles para otras esferas del sector de la salud (6). La ausencia de una identificación formal de la fuerza de trabajo sanitaria como prioridad de investigación ha dado lugar a una base de conocimientos fragmentaria. Aunque hay una importante actividad investigadora en torno a los planes de estudio y métodos didácticos (véase el recuadro 3.8), los programas de lucha contra el éxodo rural y diversos aspectos de la gestión de los trabajadores, se sigue careciendo de una masa crítica de investigaciones para algunas áreas temáticas importantes, relacionadas con las instituciones docentes, la contratación, la gestión de incentivos y la disminución de los efectivos. Por si esto fuera poco, la base de conocimientos actual está sesgada hacia los países de ingresos altos, los facultativos médicos y los informes descriptivos, en detrimento de los estudios de intervención y las evaluaciones de mejores prácticas (7–9). La escasez generalizada de investigaciones se refleja en el hecho de que sólo hay disponibles 12 revisiones

Figura 7.2 Cobertura inmunitaria y densidad de trabajadores sanitarios



Fuente: (5).

sistemáticas de la Colaboración Cochrane para las cuestiones relacionadas con los recursos humanos (10). En el cuadro 7.1, se resumen los resultados de las tres revisiones sistemáticas más recientes sobre recursos humanos para la salud.

Aunque el programa de generación de conocimientos es particularmente importante a nivel de país y en lugares de trabajo específicos, no hay que infravalorar las aportaciones de diversas investigaciones bien diseñadas y rigurosas de carácter transnacional. Así, por ejemplo, la mera evaluación de la relación entre la fuerza laboral sanitaria y los principales resultados en materia de salud en distintos países ha contribuido a identificar interacciones muy importantes, entre otras cosas, entre la densidad de enfermeros y la cobertura inmunitaria (11). Como se desprende de la figura 7.2, la ampliación de la cobertura inmunitaria está condicionada en mayor medida por la densidad de enfermeras y otros trabajadores sanitarios que por la densidad de médicos; esto se debe simplemente a que en muchos países son las enfermeras, y no los médicos, quienes se encargan de administrar las vacunas. El análisis de una serie de cuestiones importantes facilitaría la ampliación del número de agentes de salud comunitarios, y su despliegue eficaz, como respuesta común a déficits críticos de efectivos sanitarios (véase el recuadro 7.2).

En un intento de resaltar la importancia de esta área de investigación poco atendida, la Cumbre Mundial sobre Investigación en Salud celebrada en México en 2004 identificó la realización de investigaciones sobre los sistemas de salud centradas en cuestiones tales como el personal sanitario como una de las tres actuaciones prioritarias a nivel mundial (12), haciéndose eco de las recomendaciones formuladas con ocasión de un encuentro internacional que tuvo lugar en Ciudad del Cabo (13) y la labor de un grupo de trabajo establecido por la OMS (14).

En general, las actividades investigadoras deben dar prioridad a las cuestiones siguientes:

- Conviene asegurar un mayor equilibrio entre los estudios eminentemente descriptivos y las investigaciones más conceptuales o fundamentales sobre políticas y operaciones.
- Deben realizarse más investigaciones comparativas internacionales, basadas en múltiples contextos, como el estudio sobre la migración en África (15) o el estudio sobre la disminución de efectivos de enfermería en Europa (16).
- Es esencial integrar la investigación dentro de intervenciones específicas relacionadas con la fuerza laboral sanitaria y de reformas más generales del sector de la salud, para así documentar de un modo más sistemático las experiencias de los distintos países.

Este último punto hace hincapié en la necesidad de concebir mecanismos más sistemáticos para divulgar y compartir los conocimientos, una vez se han generado. Como se recalca en los capítulos 2 y 6, cuando se atienden necesidades sanitarias urgentes

Recuadro 7.2 Prioridades de investigación relacionadas con los agentes de salud comunitarios

- Contratación y retención: ¿Qué factores y políticas fomentan la contratación de agentes de salud comunitarios y reducen las tasas de disminución de los efectivos?
- Funciones: En caso de que resulte más eficaz asignar a los agentes de salud comunitarios funciones específicas, ¿cuántas funciones pueden asumir con un determinado nivel de capacitación y apoyo? ¿Cómo se pueden integrar esas funciones con otras actividades realizadas en el plano comunitario y con otros niveles del sistema sanitario?
- Mejora del desempeño, sistemas de incentivos y remuneración: ¿Qué nivel o método de remuneración y qué tipo de incentivos no pecuniarios permiten maximizar la costoeficacia sin dejar de ser sostenibles? ¿Qué otros enfoques son eficaces para mejorar el desempeño?
- Vínculos entre los distintos niveles de atención: ¿Cómo se pueden establecer vínculos eficaces entre los distintos niveles de atención, sobre todo si las comunicaciones y los sistemas de transporte son deficientes?
- Comunicaciones: ¿Se pueden utilizar tecnologías móviles para mejorar las comunicaciones con los agentes de salud comunitarios y para contribuir al logro de mejores resultados sanitarios en las comunidades aisladas?
- Suministros sistemáticos: ¿Cómo se puede asegurar la disponibilidad regular de suministros básicos y cuál es la combinación idónea de mercadotecnia social, distribución a nivel comunitario y fortalecimiento logístico de los sistemas sanitarios para garantizar un acceso equitativo?

o se emprenden programas nacionales de cierta envergadura, se producen notables «microinnovaciones» que, si son sometidas a una evaluación crítica, pueden contribuir a acelerar la identificación de estrategias más eficaces en materia de recursos humanos. Los observatorios regionales y nacionales constituyen mecanismos potenciales para la recogida y difusión de nuevos conocimientos, siempre que participen en ellos todos los interesados directos y las instituciones que los representan (véase el recuadro 6.2).

Puesta en común de los conocimientos especializados

Para resultar eficaz, la cooperación técnica debe saber basarse en los conocimientos especializados apropiados y contar con un conjunto de herramientas que se ajusten a los diversos desafíos relacionados con los recursos humanos. La colaboración mundial puede mejorar el acceso a instrumentos y conocimientos de calidad. Sin embargo, existe un desconocimiento general sobre la gama de instrumentos disponibles, y tampoco se sabe con certeza cuál es más eficaz en según qué situaciones. Con el fin de colmar estas lagunas, se ha establecido un grupo de trabajo de especialistas internacionales que tiene por cometido elaborar un compendio de herramientas para facilitar un uso más extendido y apropiado de las mismas (véase el recuadro 7.3).

También se puede hacer mucho para mejorar la manera de gestionar y utilizar los conocimientos especializados. Los países recurren a la cooperación técnica por tres motivos diferentes, dependiendo de sus intereses particulares. En primer lugar, son muchos los países que pueden beneficiarse de una opinión externa para perfeccionar su evaluación de diagnóstico, clasificación y determinación de la naturaleza de los problemas nacionales en materia de recursos humanos para la salud, en particular los relacionados con las tres fases del ciclo de vida laboral (entrada, etapa laboral y salida). En segundo lugar, los países pueden necesitar la colaboración de expertos para formular

Recuadro 7.3 Herramientas para la evaluación y el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria

Se han elaborado ya una serie de instrumentos fiables para reforzar las aportaciones técnicas en los procesos de planificación, gestión y desarrollo de recursos humanos para la salud. Sin embargo, como se resaltaba en un informe de la Joint Learning Initiative (7), en la práctica muchos responsables desconocen la gran variedad de instrumentos disponibles o tienen dificultades para escoger uno que se ajuste a sus necesidades. A fin de paliar ese problema, se estableció en junio de 2005 un grupo de trabajo integrado por especialistas internacionales en recursos humanos con el cometido de reunir un compendio de herramientas conformado por directrices, modelos y metodologías analíticas.

El grupo, denominado “THE Connection”, identifica nuevos instrumentos, que seguidamente son examinados por al menos dos personas, con arreglo a un sencillo protocolo concebido por él mismo. En caso de aceptarse la inclusión de un instrumento en el compendio; se redacta una breve reseña, siguiendo un formato normalizado que contiene una sección titulada “Will it work?” (¿Funcionará?), con información sobre las pruebas efectuadas y las experiencias de los usuarios. Las reseñas, organizadas conforme a un sistema de códigos de colores, pueden ser de dos tipos: las primeras se centran en instrumentos para un análisis exhaustivo de la situación en materia de recursos humanos, y las segundas en instrumentos consagrados a funciones específicas de la fuerza de trabajo.

Al mes de diciembre de 2005 se habían completado 15 reseñas, y se prevé que a mediados de 2006 haya disponibles otras 10. El compendio va evolucionando constantemente, según se conciben instrumentos adicionales, se añaden reseñas nuevas y se actualizan las ya existentes. Para facilitar todo este proceso, el compendio está disponible en CD-ROM y también en Internet (en la dirección: <http://www.who.int/hrh/tools/en/>), donde los usuarios pueden consultar

la gama completa de instrumentos, acompañados de una breve descripción; también se puede acceder a reseñas detalladas, a través de los enlaces incluidos para cada instrumento (la mayoría de los documentos están en formato pdf). Todos los instrumentos examinados hasta la fecha son de uso gratuito, y todos excepto uno están disponibles en Internet.

Al preparar el compendio, los investigadores se encontraron con que en algunas esferas se podía escoger entre varios instrumentos, mientras que en otras – como las de contratación/retención y gestión del cambio/relaciones con empleados – no había ninguno disponible. Cuando se confirma que no hay ningún instrumento disponible, el grupo pide a los organismos de financiación que respalden la elaboración de nuevos instrumentos para cubrir esa laguna. Consciente de que muchos instrumentos de gestión nunca llegan a utilizarse o siquiera a distribuirse a los usuarios apropiados, el grupo está tratando ahora de determinar qué estrategias dan buen resultado dentro del proceso de elaboración y difusión de los instrumentos. A continuación, hará llegar la información pertinente a los encargados de su formulación.

Uno de los objetivos fundamentales de THE Connection era crear una red de especialistas en recursos humanos. La interacción entre los miembros del grupo de trabajo – que en algunos casos no se conocen personalmente – y la inclusión de otras personas en este proceso ya han propiciado una ampliación de esa red. La incorporación de un mecanismo de retroinformación sobre las reseñas, los instrumentos propiamente dichos y la identificación de lagunas importantes son elementos todos ellos que sin duda estimularán un diálogo aún más rico entre los especialistas, lo que a su vez facilitará una mayor cooperación técnica en esta compleja esfera de trabajo.

políticas de recursos humanos y planificar su aplicación, sobre todo en los casos en que el sistema sanitario requiere una expansión sustancial. Así, por ejemplo, puede ser necesario idear y supervisar soluciones financieras para aumentar la cobertura o crear escenarios basados en proyecciones de producción y retención. En tercer lugar, pueden existir subáreas específicas en las que se precisen conocimientos técnicos altamente especializados (véase el recuadro 7.4).

Sean cuales fueren las necesidades concretas que trate de atender la cooperación técnica, ésta debe organizarse de tal modo que acabe convirtiéndose en herramienta para la creación de capacidades institucionales e individuales. Para ello, la cooperación técnica debe pasar de la prestación de asistencia y la mitigación de deficiencias al intercambio de conocimientos y el aprendizaje conjunto. Los países pueden adoptar una serie de medidas para facilitar ese cambio. La primera de ellas se refiere al modo de obtener conocimientos especializados y cooperación técnica y consiste, por ejemplo: en reunir fondos con arreglo a normas transparentes para el acopio de recursos; evitar obtener fondos vinculados; recurrir a asociados técnicos que puedan actuar de intermediarios fiables; y servirse de mecanismos y redes mundiales que ayuden a identificar conocimientos de calidad. En segundo lugar, los países pueden hacer un seguimiento de los conocimientos facilitados y establecer mecanismos que permitan evaluar sistemáticamente su costo y eficacia, por ejemplo en materia de creación de capacidad. En tercer lugar, pueden acelerar la transición de un uso pasivo de los conocimientos especializados a un intercambio de las experiencias en el plano regional y subregional fomentando la participación de sus propios expertos e instituciones en las redes técnicas pertinentes. Cabe citar aquí a modo de ejemplo el memorando de entendimiento firmado en 2005 entre Uganda y sus asociados para el desarrollo, en el que el Gobierno de Uganda indicó que precisaría una asistencia técnica impulsada por la demanda, que se ajustase a las necesidades y prioridades del Gobierno, en consulta con sus asociados para el desarrollo. Se acordó asimismo fomentar la participación de consultores regionales ugandeses, siempre que se contara con las capacidades técnicas requeridas (17). Por último, los países pueden racionalizar el modo en que negocian la cooperación técnica, por ejemplo estableciendo códigos de conducta.

En los países con graves limitaciones de la capacidad nacional, una de las opciones más prometedoras para lograr mejoras estructurales consiste en federarse y ampliar los

Recuadro 7.4 Conocimientos técnicos para la formulación de políticas en materia de recursos humanos

La formulación de políticas en materia de recursos humanos para la salud, dentro de la planificación de la fuerza de trabajo sanitaria nacional, requiere diversos conocimientos especializados en las esferas siguientes:

- **Formulación de políticas y planificación:** formulación y/o análisis de políticas; planificación de la fuerza laboral; modelización y demografía médica; determinación de las prioridades de salud pública; ejecución de políticas; creación de escenarios.
- **Desarrollo institucional y de la gestión:** gestión del cambio; análisis y supervisión de los procesos de cambio; creación de alianzas; formación de consenso; creación de liderazgo; formación de equipos; sociología de la organización y de las profesiones.
- **Políticas y marcos jurídicos:** leyes/reglamentación/condiciones laborales; desarrollo de estrategias; regulación de las profesiones.
- **Economía de la fuerza de trabajo sanitaria:** economía del trabajo; análisis del mercado laboral; financiación del personal sanitario.
- **Educación:** áreas educativas: salud pública, medicina, enfermería, farmacéutica, odontología, salud comunitaria; proceso educativo: planes de estudio, pedagogía, tecnología; etapas educativas: formación previa al servicio/anterior a la contratación, formación continua/en el servicio; gestión: acreditación, financiación, administración.
- **Sistemas de gestión del personal sanitario e instrumentos conexos:** recopilación y análisis de datos; concepción de sistemas de información; seguimiento y evaluación del desarrollo de la fuerza de trabajo; elaboración de directrices; investigaciones operativas; desarrollo de tecnología; desempeño del personal; elaboración de instrumentos para la determinación de los costos.
- **Desarrollo del personal, con una orientación profesional:** medicina, enfermería, partería, farmacéutica y odontología.

observatorios y las redes de recursos regionales y nacionales (véase el recuadro 6.2). La existencia de estructuras de colaboración abiertas permitirá poner en común los conocimientos técnicos y prácticos ya existentes, establecer normas y evaluar la eficacia en cooperación con otros países; de ese modo, se creará un círculo virtuoso de mejora del acceso a las posibilidades de colaboración, intercambio y aprendizaje conjunto, lo que, a su vez, propiciará una ampliación de la base mundial de conocimientos especializados.

CONCERTACIÓN DE ACUERDOS DE COOPERACIÓN

Al planificar sus estrategias en materia de recursos humanos para la salud, los países no pueden pasar por alto la dinámica de los mercados de trabajo mundiales y sus efectos en los trabajadores sanitarios. Presionado por diversos factores, como las tendencias demográficas hacia el envejecimiento, los cambios en las expectativas de los consumidores y las innovaciones tecnológicas, el sector de la salud sigue mostrando en todo el mundo un comportamiento poco alentador en lo que a sus tasas de crecimiento se refiere. Se prevé un aumento pronunciado de la demanda de dispensadores de servicios de salud en todos los países, sean ricos o pobres (18, 19). Los déficits de personal identificados en el presente informe parecerían insignificantes en comparación con los déficits totales que se obtendrían de proyectarse al futuro todas las demandas de recursos humanos sanitarios para todos los países (20). Los cambios demográficos que están experimentando Europa y el Japón son de tal magnitud que si la importancia porcentual del personal sanitario dentro de la fuerza de trabajo total se mantuviese sin cambios, la proporción de profesionales de la salud por ciudadanos mayores de 65 años disminuiría entre un 38% y un 40% de aquí a 2030. En cambio, de continuar creciendo la fuerza de trabajo sanitaria al ritmo actual, su participación en la fuerza de trabajo total aumentaría en más del doble (21).

Es probable que estas tendencias entrañen una aceleración de los flujos internacionales de trabajadores sanitarios, reforzando así la importancia de los mecanismos mundiales de cooperación para minimizar los efectos negativos de la migración. Como se señalaba en el capítulo 5, la gestión de las migraciones debe ir acompañada de una serie de normas que protejan la seguridad y los derechos individuales de los trabajadores, así como de principios multilaterales y acuerdos bilaterales relacionados con la contratación. La emergencia de un mercado de exportación e importación de personal sanitario, el auge del turismo médico y el volumen de trabajadores que entran y salen de los países harán más apremiante la necesidad de contar con arreglos internacionales relacionados con la acreditación, la garantía de la calidad y la seguridad social. Al igual que ocurre con otras cuestiones relacionadas con el personal sanitario, la capacidad de las instituciones competentes y el margen previsto dentro de los procesos pertinentes para la participación de los interesados clave son algunos de los factores que determinarán las posibilidades de alcanzar acuerdos de cooperación.

Al margen de las crecientes demandas marcadas por el mercado de trabajo, los conflictos humanos, las epidemias y los desastres naturales (como la gripe aviar, el SRAS o el maremoto de diciembre de 2004) plantean otras demandas relacionadas con una cooperación transnacional eficaz en materia de recursos humanos para la salud (véase el capítulo 2). La facilitación de una respuesta internacional más efectiva pasa por la concertación de acuerdos sobre la creación de centros mundiales de capacitación para determinadas categorías de trabajadores, la armonización de los planes de estudio y la adopción de códigos de práctica para el voluntariado.

« La demanda de dispensadores de servicios de salud aumentará de forma pronunciada en todos los países, sean ricos o pobres »

«Esta crisis exige una respuesta mundial realmente contundente»

RESPUESTA A LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO

La gravedad que la crisis de personal sanitario alcanza en algunos de los lugares más pobres del mundo queda patente en las estimaciones de la OMS según las cuales 57 países (36 de ellos pertenecientes al continente africano) presentan un déficit de 2,4 millones de médicos, enfermeras y asistentes de partería. El éxodo de profesionales calificados de las zonas rurales a los núcleos urbanos y a otras naciones es uno de los factores que han conducido a una situación caracterizada por graves déficits, una combinación inadecuada de profesiones y fallos de la cobertura asistencial en los países más pobres. Otros factores de peso son la epidemia de VIH/SIDA y las políticas de los gobiernos con escasos recursos que han restringido el empleo en el sector público y limitado las inversiones en formación. Paradójicamente, ocurre con frecuencia que en un mismo lugar coexista una importante demanda desatendida de personal de salud con un elevado número de trabajadores sanitarios desempleados. La pobreza, las deficiencias de los mercados laborales privados, la falta de fondos públicos, las trabas burocráticas y las interferencias políticas son algunos de los elementos a los que cabe achacar la infrautilización de trabajadores calificados.

Dado que se proyectan elevadas tasas de disminución de los efectivos a causa de las enfermedades, las defunciones y la aceleración de las migraciones, es de temer que en muchos de los países más pobres la crisis de personal sanitario se agrave aún más. En la Región de África, que acusa un déficit de personal sanitario de alrededor de 1,5 millones, hay muchos países donde las tasas anuales de abandono de la fuerza de trabajo debido a las defunciones, las migraciones y las jubilaciones son superiores a las tasas de incorporación de médicos y enfermeros recién formados (22).

Necesidad de una respuesta mundial contundente

La alarmante situación provocada por la crisis mundial de personal sanitario exige una respuesta realmente contundente en todo el mundo. Para la actuación internacional en esta esfera hacen falta: coaliciones en torno a los planes de emergencia nacionales relativos a los dispensadores de atención de salud; la adopción, por los asociados mundiales, de prácticas atentas a las necesidades de los trabajadores de la salud; y una financiación adecuada y sostenida del personal sanitario.

Coaliciones en torno a los planes de emergencia

El primer imperativo – los planes de emergencia nacionales en materia de personal sanitario – debe combinar la aportación de contribuciones técnicas fidedignas en todo el espectro de cuestiones relativas a los recursos humanos con estrategias audaces e innovadoras, capaces de propiciar cambios importantes, tanto a corto como a medio y largo plazo. Como se explicaba en el capítulo 6, si se hace participar, desde la etapa inicial de formulación de las estrategias, a diversos interesados directos de los distintos sectores en un proceso caracterizado por la transparencia, se contribuirá a forjar un sentimiento común de identificación con la coalición. Las condiciones para elaborar este tipo de estrategias en los países más afectados por la crisis no son todo lo buenas que cabría esperar, pues se carece de conocimientos especializados, el sector público no tiene la capacidad requerida para dirigir un proceso de esa complejidad, y la coexistencia de múltiples prioridades simultáneas hace que sea difícil reunir a los interesados directos. Se precisa un apoyo político de alto nivel, tanto en el plano nacional como en el internacional, para asegurar que se otorgue una atención prioritaria a la elaboración de este tipo de planes. El Plan de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi se vio beneficiado por una estrecha participación entre el Ministro de Salud y el de Finanzas, así como por la visita de diversos dirigentes de organismos internacionales bilaterales y multilaterales (23).

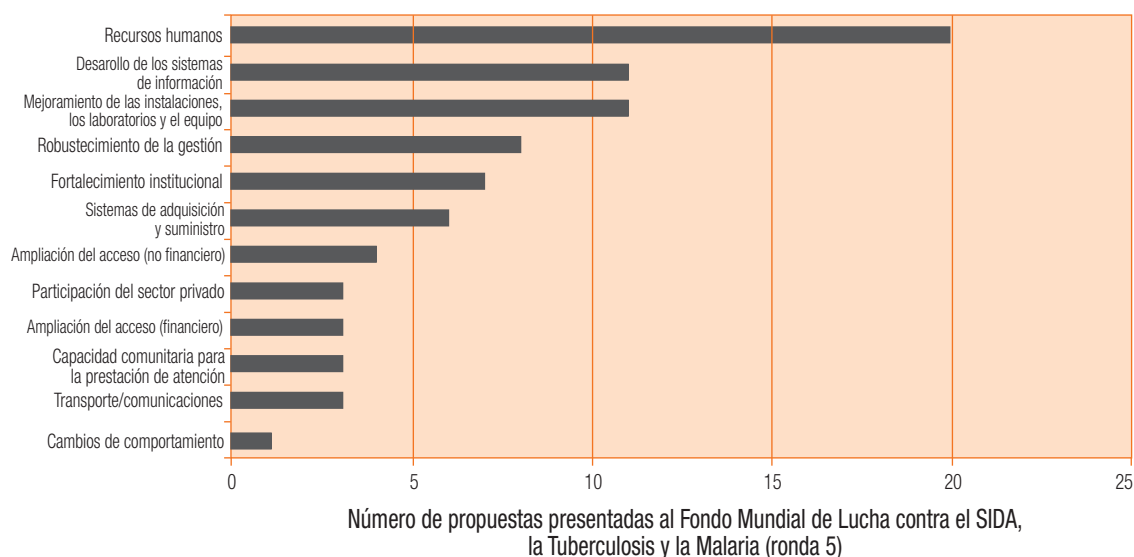
Hacia la adopción de prácticas más atentas a las necesidades de los trabajadores

Ya nadie pone en duda que, dentro de los enormes esfuerzos internacionales que se están desplegando para tratar a las personas con VIH/SIDA y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se debe empezar a abordar más directamente las carencias en materia de recursos humanos. De lo contrario, se corre el riesgo de que los miles de millones de dólares que se invierten en estos programas acaben malgastándose. Los países, por su parte, han identificado los recursos humanos como la esfera del sistema sanitario que más inversiones necesita (5) (véase la figura 7.3).

Las prácticas aplicadas actualmente por los interesados directos internacionales en apoyo del personal sanitario a menudo están desfasadas en lo que respecta al contenido, tienen un carácter ad hoc en lo que atañe al proceso, y conllevan involuntariamente efectos negativos en lo tocante al impacto. Los actores multilaterales, bilaterales y de la sociedad civil que participan en el desarrollo sanitario de países afectados por una crisis de personal de la salud podrían verse muy beneficiados si someten las actividades emprendidas en este sentido a un examen y una evaluación del impacto rigurosos. Todos ellos deberían asegurarse de que sus prácticas tengan un enfoque que abarque las tres fases del ciclo de vida laboral (entrada, etapa laboral y salida), para así reducir el riesgo de limitarse en exceso a cuestiones aisladas, como por ejemplo la formación profesional en el empleo. Cualquier inversión directa que los asociados destinen a cuestiones relacionadas con la fuerza de trabajo debe basarse en la existencia de una ventaja comparativa clara con respecto a la movilización de recursos en apoyo de planes de emergencia nacionales para los dispensadores de atención.

Los esfuerzos por dirigir la ayuda a los países en crisis están reñidos con la adopción de un enfoque único; ningún proceso emprendido en esta esfera debería considerarse exento de incorporar un componente de fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria. Nos referimos aquí – aunque no exclusivamente – a los enfoques sectoriales, las estrategias de reducción de la pobreza, los marcos de gastos a medio plazo y otros instrumentos, como los mecanismos de coordinación en los países del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria o los programas de control nacionales para el VIH/SIDA. Todos estos procesos deben alinearse con los planes de emergencia nacionales en materia de recursos humanos, y es necesario identificar mecanismos

Figura 7.3 Prioridades de los países en materia de fortalecimiento de los sistemas sanitarios



para poner en marcha la cooperación necesaria. La decisión de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) de respaldar una estrategia de fortalecimiento de los sistemas de salud que engloba la cuestión del personal sanitario se está traduciendo ahora en actuaciones concretas en los países, acordes con una serie de principios, requisitos y criterios mínimos resumidos en unas directrices claras. Es importante señalar que la finalidad de esta estrategia consiste en asegurar que la asistencia prospectiva brindada por la GAVI en relación con la fuerza de trabajo sanitaria (y otros elementos de los sistemas de salud) en los distintos países esté en consonancia con las estrategias ya existentes para el fortalecimiento del personal. Como ha demostrado la experiencia de los enfoques sectoriales y las estrategias de reducción de la pobreza, la promesa de asegurar una integración más eficaz de las políticas relacionadas con la fuerza de trabajo sanitaria se ve obstaculizada por la falta de personal nacional suficientemente respaldado (24). Esto pone de manifiesto la necesidad de reforzar las capacidades nacionales en materia de información estratégica (véase el capítulo 6) y de facilitar el acceso a la cooperación técnica.

El imperativo de contar con una financiación adecuada y sostenida

Para colmar las carencias en materia de recursos humanos, harán falta cuantiosos compromisos financieros en relación con la formación y retribución de trabajadores sanitarios adicionales. Como ya se explicó en el capítulo 1, una expansión muy rápida de los esfuerzos de capacitación con miras a eliminar el déficit de personal de aquí a 2015 – la fecha tope fijada para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – costaría unos US\$ 136 millones anuales para un país medio. El costo adicional asociado a la remuneración de los trabajadores una vez colmado ese déficit asciende a más de US\$ 311 millones por país, a los niveles salariales actuales (25).

De efectuarse esta expansión en un periodo de 20 años – un plazo que muchos observadores seguramente consideren más realista –, se precisaría en materia de capacitación una inversión anual de US\$ 88 millones por país. Dentro de esta hipótesis los costos salariales adicionales, una vez completada la dotación de personal sanitario, serían más elevados (ya que entre 2015 y 2025 la población aumentará notablemente, y con ella la necesidad de trabajadores sanitarios), llegando a superar los US\$ 400 millones por país.

La traducción de estas cifras en gasto en salud por habitante da otra idea de los costos asociados a la expansión de la fuerza de trabajo sanitaria. Para sufragar los costos de inversión relacionados con la capacitación durante un periodo de 20 años, un país medio tendría que incrementar su nivel general de gasto en salud por habitante en alrededor de US\$ 1,60 al año. Para 2025, haría falta un aumento mínimo de US\$ 8,30 por habitante para abonar los sueldos de una fuerza de trabajo apropiada.

Aunque estos modelos de cálculo no son precisos sino meramente indicativos, ponen de manifiesto varias cuestiones importantes. En primer lugar, la expansión de la fuerza de trabajo sanitaria, ya sea durante un periodo de 10 ó de 20 años, exigirá la asignación específica de cuantiosos fondos. Por otro lado, estas estimaciones de los costos formativos y salariales asociados al proceso de expansión se basan en la dotación de médicos, enfermeros y asistentes de partería. Si bien no se dispone de datos que lo corroboren, es probable que las estrategias que dependen de trabajadores con una preparación educativa menor y pertenecientes a una franja salarial inferior resulten más asequibles, por lo que merecen ser estudiadas con detenimiento. Por último, los resultados variarán dependiendo de la edad de jubilación de los trabajadores, de sus tasas de mortalidad y de su disposición a permanecer en el país y a ser contratados en el sector sanitario una vez concluido el periodo de formación. Las políticas destinadas a mejorar la salud de los trabajadores, retrasar la edad de jubilación y aumentar los niveles de retención permitirían formar a menos personas y ahorrar costos.

En vista de lo que antecede, es evidente que toda expansión importante de la fuerza

de trabajo sanitaria tiene repercusiones financieras inmediatas y también a largo plazo. No es de extrañar, por tanto, que los gobiernos con escasos recursos se muestren reacios a contraer compromisos financieros de larga duración sin que la comunidad de donantes dé señales claras de apoyo. Ahora que la naturaleza y la magnitud de la crisis de personal sanitario empiezan a cobrar mayor relieve y están surgiendo estrategias nacionales para expandir la fuerza de trabajo, ha llegado el momento de aclarar la función de la asistencia financiera internacional.

Orientaciones mundiales en materia de financiación

El reto de la financiación presenta dos vertientes: por un lado, es necesario generar un volumen suficientemente importante para dar una respuesta realista a la crisis y, por otro, hay que mantener a lo largo del tiempo niveles de financiación adecuados. A la hora de movilizar los cuantiosos fondos requeridos para la financiación de la fuerza de trabajo sanitaria, debe recurrirse simultáneamente a un incremento de los presupuestos públicos y a la asistencia internacional para el desarrollo. Hay algunos indicios alentadores en ese sentido. La reciente asignación de fondos para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios por valor de US\$ 500 millones, con arreglo al presupuesto establecido por la GAVI para un periodo de cinco años, es un claro ejemplo de cómo la fuerza laboral sanitaria se está convirtiendo en una de las áreas prioritarias en esta esfera. Otro ejemplo análogo es el Plan de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi, al que una coalición de asociados nacionales e internacionales ha asignado una cuantía total de US\$ 278 millones, repartidos a lo largo de seis años.

Aunque la mejor forma de proceder consiste en adoptar un enfoque ascendente y basar la presupuestación en los planes de emergencia, es preciso contar con unas orientaciones financieras en torno a las cuales se pueda movilizar la comunidad internacional y que permitan asegurar una respuesta acorde con las necesidades. En lo que respecta a las cuantías totales que se destinan a la asistencia para el desarrollo centrada en la salud – unos US\$ 12 000 millones anuales en 2004 (26) –, este informe recomienda la aplicación del principio 50/50, esto es, que un 50% de los fondos se asignen al fortalecimiento de los sistemas de salud y que de esa cantidad al menos la mitad se emplee para apoyar los planes de emergencia relacionados con la fuerza de trabajo sanitaria. Los factores que justifican esta propuesta de financiación proporcional son, por un lado, la dependencia de los trabajadores sanitarios del funcionamiento de los sistemas de salud y, por otro, la necesidad de asegurar la asignación de fondos específicos para las estrategias centradas en el personal sanitario, más allá de las actividades relativas a los recursos humanos que puedan estar incluidas en programas prioritarios concretos de organizaciones de ámbito mundial consagradas a la salud.

En la medida en que se financia con dinero público – a través de los impuestos, los sistemas de seguridad social o la solidaridad internacional –, la expansión propuesta está sujeta a las normas que rigen la financiación pública. En sus esfuerzos por asegurar la estabilidad macroeconómica y la sostenibilidad fiscal, las instituciones financieras internacionales y los ministros de finanzas emplean criterios tales como la relación gasto público/PIB para fijar topes. Las consecuencias más visibles para el sector de la salud son el establecimiento de límites máximos para la contratación de personal y el estancamiento de los sueldos de los trabajadores sanitarios empleados en el sector público. Las moratorias en la contratación de personal están limitando la expansión de los servicios de salud e incrementando las tasas de desempleo entre los trabajadores del sector, sobre todo en el África subsahariana. Las estrategias de reducción de la pobreza, por ejemplo, a menudo incluyen una referencia expresa a este tipo de restricciones. Esto ha llevado a las autoridades de Kenya, Mozambique, Zambia y muchos otros países a abstenerse de contratar a trabajadores sanitarios, porque no encuentran la forma de eludir esas estipulaciones (27).

Al prestarse mayor atención a esta cuestión, ha surgido todo un abanico de opciones para facilitar la adaptación a las normas actuales de financiación del sector público.

Ejemplos de ello son algunas modalidades eficaces de contratación externa, como instrumento de reducción de los costos, y la adopción de estrategias destinadas a suprimir los «empleados fantasma» (28, 29). Aunque estas medidas de eficiencia pueden resultar útiles, es poco probable que basten por sí solas para lograr el objetivo perseguido. El reconocimiento de la necesidad de aumentar el espacio fiscal (por ejemplo, previendo unos márgenes presupuestarios más amplios para la salud) exige que se otorgue un tratamiento de excepción a la financiación pública de la salud y del personal sanitario. Es preciso que, al negociar salvaguardias relativas al espacio fiscal para la fuerza de trabajo, los propulsores del desarrollo sanitario entablen consultas productivas con los ministerios de finanzas, las instituciones financieras internacionales y los principales interesados directos internacionales. La disponibilidad de un conjunto de datos más sólido sobre los resultados sanitarios y económicos que reportan las inversiones destinadas a la fuerza de trabajo podría facilitar esas negociaciones. Al mismo tiempo, las justificaciones morales y políticas para anteponer la salud de las personas a otras consideraciones y perseguir el acceso universal pueden contribuir a lograr un tratamiento de excepción para la fuerza laboral sanitaria.

Buena parte de las inquietudes relacionadas con la financiación pública de la expansión de la fuerza de trabajo tienen que ver con la capacidad de los gobiernos para remunerar a los trabajadores a lo largo de toda su vida laboral. Dada la renuencia de los países a contraer una deuda pública potencialmente insostenible, es importante asegurar la previsibilidad del apoyo prestado por los donantes a largo plazo (30). Sin embargo, los fondos de los donantes son el reflejo de las prioridades de los gobiernos del momento, por lo que no es frecuente que se ofrezcan avales de apoyo o mecanismos de garantía a largo plazo. En consecuencia, las dificultades que plantea la financiación de la expansión de la fuerza de trabajo sanitaria a más largo plazo no pueden separarse del dilema más amplio de la movilización de recursos para la salud. La asunción de compromisos audaces y el establecimiento de nuevos mecanismos podrían contribuir a dotar a las corrientes de ayuda mundiales de mayor previsibilidad (31). Dichas medidas deberán complementarse con estrategias nacionales que permitan avanzar hacia una financiación sostenible del sector sanitario.

AVANZAR JUNTOS

Durante la última década se han desplegado grandes esfuerzos de sensibilización para que se repare en que, si no se da una respuesta contundente a los problemas relacionados con la fuerza laboral sanitaria, los sistemas de salud acabarán desmoronándose. Persisten enormes lagunas de conocimientos en relación con el grado de influencia de los principales factores que intervienen en la crisis de recursos humanos y las diferentes soluciones que se pueden sugerir. No obstante, hay una forma de salir de este atolladero.

La colaboración a través de alianzas abiertas a todos los interesados – tanto a nivel mundial como nacional – permite abordar problemas que trascienden las fronteras nacionales y son compartidos por los distintos sectores y grupos de interés: la escasez de conocimientos se puede atajar con iniciativas de mancomunación, y es posible aprovechar diversas oportunidades para la enseñanza recíproca, el intercambio de información y la solución de problemas. La solidaridad mundial permitirá explotar las sinergias entre las aportaciones específicas de organizaciones como la OMS, los organismos financieros internacionales, las instituciones académicas y las asociaciones profesionales. Es especialmente importante seguir muy de cerca los efectos de esas aportaciones, para ir consolidando así progresivamente una masa crítica de datos probatorios... y para compartir esos conocimientos con cuantos puedan sacar provecho de ellos.

No existe en el mundo un solo país que no afronte importantes retos en materia de recursos humanos para la salud, unos retos que afectan a su sistema sanitario, su economía y sus obligaciones para con los ciudadanos. Todos los países precisan crear o fortalecer las capacidades institucionales necesarias para atender sus propios proble-

mas y dificultades en esta esfera. Algunos requieren para ello una considerable cantidad de asistencia externa; si se les niega ese apoyo, quedarán aún más a la zaga, ya que las fuerzas mundiales que impulsan el desarrollo del personal sanitario acelerarán las distorsiones. Desde una perspectiva mundial, ello implicaría una exacerbación de las desigualdades, pues los trabajadores sanitarios tienden a migrar a países donde las instancias decisorias prestan mayor atención a las cuestiones que les preocupan. En el plano nacional, se acentuarían las tensiones políticas, al encontrarse los ciudadanos con que sus expectativas, que son legítimas, no se llegan a materializar.

El impulso para actuar no ha dejado de intensificarse en los últimos años. Los Estados Miembros de la OMS, encabezados por autoridades sanitarias de África, adoptaron dos resoluciones en recientes Asambleas Mundiales de la Salud en las que se reclamaba una acción mundial para desarrollar una fuerza de trabajo destinada a los sistemas nacionales de salud, lo que incluye poner freno a la migración no planificada de profesionales. Europa y América Latina han impulsado la creación de observatorios regionales de recursos humanos para la salud, y las Oficinas Regionales de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental han lanzado nuevas iniciativas de formación en salud pública. En el marco de la Joint Learning Initiative, un centenar de autoridades sanitarias de todo el mundo recomendaron emprender acciones urgentes para atajar la crisis de recursos humanos del sector sanitario. Varios Foros de Alto Nivel para los ODM relacionados con la salud celebrados en Ginebra, Abuja y París, han formulado llamadas a la acción, y dos Consultas celebradas en Oslo han propiciado un proceso de participación de interesados para planificar el avance; de ello ha surgido el mandato claro de trazar un plan de acción mundial que fomente iniciativas nacionales con el apoyo de la solidaridad mundial.

Liderazgo nacional

Para elaborar estrategias nacionales sólidas hacen falta tanto un contenido técnico consistente como un proceso político fiable. Ello supone tener en cuenta los diversos aspectos inherentes al marco del ciclo de vida laboral y, al mismo tiempo, cultivar la confianza y los acuerdos de intermediación a través de la participación efectiva de los interesados en la planificación y puesta en práctica. Además, es probable que las estrategias nacionales resulten más eficaces si respetan tres prioridades: actuar ahora, adelantarse al futuro, y garantizar que se adquieran las capacidades fundamentales.

- Actuar ahora para incrementar la productividad del personal mediante el recorte del despilfarro (por ejemplo, suprimiendo los «trabajadores fantasmas» y el absentismo) y la mejora del desempeño, lograda a través de ajustes de las compensaciones, incentivos laborales, condiciones de trabajo más seguras e iniciativas de movilización de trabajadores. Es fundamental mejorar el acopio de información para conocer las situaciones nacionales y supervisar los avances y los retrocesos.
- Anticiparse al futuro logrando que los interesados tracen planes estratégicos nacionales con información basada en la evidencia y escenarios sobre probables tendencias futuras. Es de prever un crecimiento considerable de la educación y los servicios privados, lo que exige asignar fondos públicos al fomento de la equidad sanitaria, la prevención y la promoción de la salud. La acción pública en el ámbito de la información, la regulación y la delegación es una función clave de los sistemas mixtos publicoprivados.
- Garantizar que se adquieran aptitudes fundamentales mediante el fortalecimiento de las instituciones básicas, para lograr un desarrollo sólido del personal sanitario. La planificación estratégica y la aplicación de políticas relativas al personal sanitario exigen fortalecer el liderazgo y la gestión en el sector de la salud y en otros contextos, como la educación y las finanzas. Para mejorar la

« El liderazgo nacional y la solidaridad mundial pueden propiciar importantes mejoras estructurales de la fuerza de trabajo en todos los países »

labor de los sindicatos de trabajadores, las instituciones docentes, las asociaciones profesionales y la sociedad civil es preciso fijar normas e instaurar un proceso de acreditación y autorización para ejercer.

Solidaridad mundial

Por bien concebidas que estén, las estrategias nacionales no bastan por sí solas para hacer frente a la realidad de los desafíos que plantea y planteará el personal sanitario. Están igualmente condicionadas en unos países y otros por el carácter fragmentario de las pruebas, lo limitado de los instrumentos de planificación y la escasez de conocimientos técnicos especializados. Los brotes epidémicos y las inflexiones del mercado de trabajo trascienden las fronteras nacionales, y la profundidad de la crisis de personal sanitario en un nutrido grupo de países requiere la ayuda internacional. Por tanto, el liderazgo nacional debe complementarse con la solidaridad mundial por lo menos en tres frentes: conocimiento y aprendizaje, acuerdos de cooperación, y capacidad de respuesta a las crisis de personal sanitario.

- Catalizar el conocimiento y el aprendizaje. En todos los países, las inversiones de bajo costo, pero importantes, en el desarrollo de mejores indicadores para el personal sanitario, el acuerdo sobre marcos técnicos comunes, y la identificación y el apoyo a investigaciones prioritarias acelerarán los avances. La mancomunación eficaz de las diversas competencias técnicas y el amplio abanico de experiencias pueden ayudar a los países a tener acceso a profesionales y prácticas óptimos.
- Alcanzar acuerdos de cooperación. La composición cada vez más internacional del personal sanitario, consecuencia de los flujos de migrantes, agentes de socorro y voluntarios, reclama acuerdos de cooperación para proteger los derechos y la seguridad de los trabajadores y propiciar la adopción de prácticas de contratación éticas. La actual situación mundial ante la gripe aviaria pone de manifiesto la necesidad, más básica, de contar con la capacidad internacional efectiva de allegar los recursos humanos precisos para atender emergencias sanitarias y humanitarias.
- Responder a las crisis de personal sanitario. La crisis de personal sanitario en los países más pobres es de una importancia innegable y exige una respuesta urgente, sostenida y coordinada por parte de la comunidad internacional. Los donantes deben facilitar la financiación inmediata y a largo plazo de los recursos humanos como una inversión en los sistemas sanitarios. Para sufragar los costos asociados a la expansión de la fuerza de trabajo durante un periodo de 20 años, habría que aumentar el gasto en salud por habitante en alrededor de US\$ 1,60 anuales. Se aconseja regirse por una proporción 50/50, esto es, que el 50% de los fondos para iniciativas prioritarias se destine a los sistemas sanitarios y la mitad de esta proporción se asigne a su vez a estrategias de fortalecimiento del personal sanitario nacional. El desarrollo de políticas de financiación debe hallar cauces para garantizar que los techos de contratación no sean la principal limitación a la expansión del personal sanitario. Todos los asociados deben analizar críticamente por qué medios apoyan a éste, con miras a eliminar las prácticas poco eficientes y coordinar más eficazmente sus acciones con las autoridades nacionales competentes.

El liderazgo nacional y la solidaridad mundial pueden propiciar importantes mejoras estructurales de la fuerza de trabajo en todos los países, en especial en los que padecen crisis más graves. Estos avances se caracterizarían por el acceso universal a un personal sanitario motivado, competente y bien respaldado, un mayor grado de satisfacción entre los trabajadores, los empleadores y la población, y una rectoría más eficaz de la fuerza de trabajo por parte del Estado, la sociedad civil y las asociaciones profesionales.

Plan de acción

Las autoridades nacionales competentes deben impulsar urgentemente las acciones que se desarrollan a nivel de país y sostenerlas durante al menos un decenio. En el cuadro 7.2 se resumen las metas del plan de acción a lo largo del decenio 2006–2015.

- Las acciones inmediatas de los próximos años consistirán en planes nacionales encabezados por países líderes y orientados a ampliar la cobertura de las estrategias eficaces, incrementar las inversiones, recortar el gasto superfluo y fortalecer las instituciones docentes. El apoyo mundial acelerará el progreso en los países y propiciará que las políticas presten atención inmediata a la información, la cooperación técnica, la uniformización normativa del espacio fiscal y la migración, y la armonización de las iniciativas prioritarias y la ayuda de los donantes.
- A mediados del decenio, más de la mitad de los países dispondrán de planes nacionales sólidos que regirán la aplicación ampliada de políticas y prácticas de gestión adecuadas en relación con los incentivos, la regulación y las instituciones del personal sanitario. Los avances mundiales consistirán, entre otros, en normas y marcos comunes, un apoyo técnico sólido y una mejor gestión de los conocimientos. Estarán en marcha programas de contratación responsable y coordinación de prioridades, así como instrumentos de desarrollo para prestar apoyo al personal sanitario.
- En todos los países, el objetivo del decenio es desarrollar un personal sanitario muy eficiente para que los sistemas nacionales de salud respondan a los desafíos actuales y emergentes. Esto significa que cada país deberá haber puesto en marcha planes estratégicos nacionales y estar proyectando el uso futuro de una sólida capacidad nacional. A escala mundial, el correcto ejercicio profesional del personal sanitario deberá guiarse por un conjunto completo de directrices basadas en pruebas científicas. Unos acuerdos de cooperación eficaces reducirán al mínimo

Cuadro 7.2 Plan de acción a diez años

		2006 Inmediato	2010 Medio camino	2015 Década
Liderazgo nacional	Gestión	Recortar el gasto superfluo, mejorar los incentivos	Aplicar prácticas gerenciales eficaces	Sostener una fuerza de trabajo altamente eficaz
	Formación	Revitalizar las estrategias de formación	Reforzar los mecanismos de acreditación y autorización	Preparar a los trabajadores para el futuro
	Planificación	Concebir estrategias nacionales sobre la fuerza de trabajo	Superar las barreras a la implementación	Evaluar y rediseñar estrategias basadas en una capacidad nacional robusta
Solidaridad mundial	Conocimiento y aprendizaje	Desarrollar marcos técnicos comunes	Evaluar el desempeño con sistemas de medición comparables	Compartir prácticas adecuadas basadas en la evidencia
		Reunir conocimientos especializados	Financiar investigaciones prioritarias	
	Políticas facilitadoras	Promover métodos éticos de contratación y los derechos de los trabajadores migrantes	Observar unas directrices de contratación responsables	Gestionar los mayores flujos migratorios para garantizar la equidad y la justicia
		Reivindicar medidas de excepcionalidad en el espacio fiscal	Expandir el espacio fiscal para la salud	Apoyar la sostenibilidad fiscal
	Respuesta a las crisis	Financiar planes nacionales para el 25% de los países en crisis	Expandir la financiación a la mitad de los países en crisis	Sostener la financiación de los planes nacionales para todos los países en crisis
		Acordar unas prácticas óptimas de los donantes en materia de recursos humanos para la salud	Adoptar la norma de inversión 50:50 para programas prioritarios	

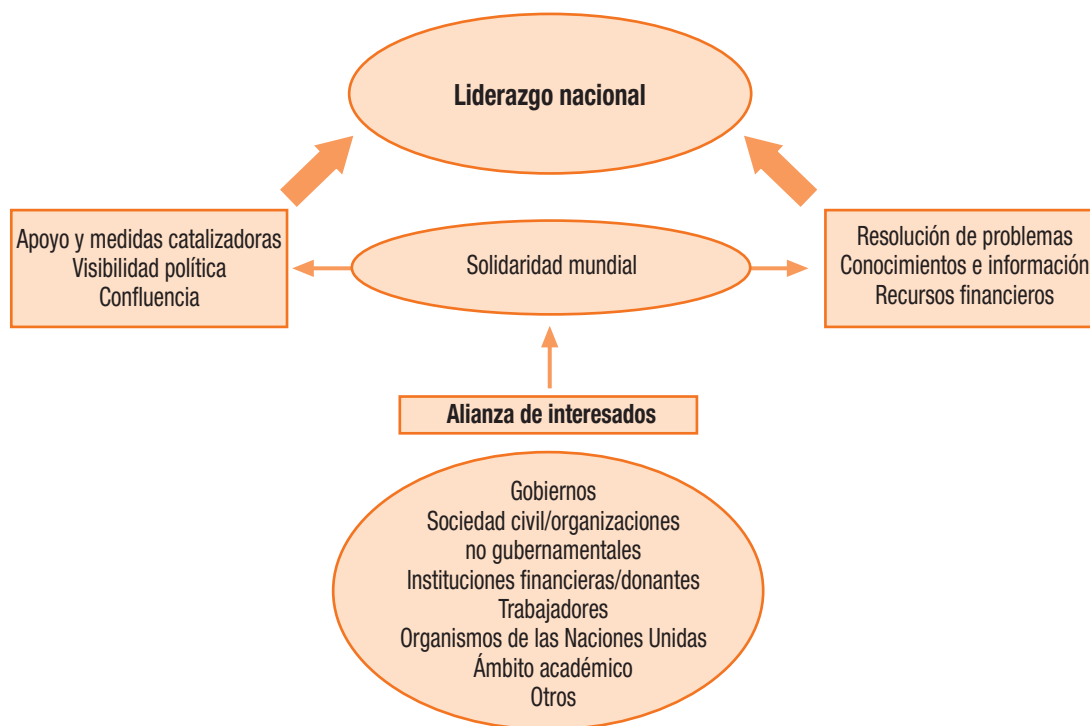
las consecuencias adversas, pese al incremento de los flujos internacionales de trabajadores. Deberá instaurarse una financiación internacional sostenida para dar apoyo a los países receptores durante los próximos diez años, mientras éstos amplían sus efectivos.

MEDIDAS CONJUNTAS PARA EL FUTURO

Para avanzar en el plan de acción es preciso que los interesados trabajen juntos mediante alianzas y redes – locales, nacionales y mundiales – abiertas a los diversos problemas sanitarios, profesiones, disciplinas, ministerios, sectores y países. Las estructuras cooperativas pueden mancomunar los limitados recursos fiscales e intelectuales y fomentar la enseñanza recíproca. La figura 7.4 ilustra cómo podría crearse una alianza mundial del personal sanitario que conduzca a los interesados pertinentes a acelerar los programas nacionales básicos.

Un desafío de primordial importancia es la labor de sensibilización encaminada a situar y mantener las cuestiones relacionadas con el personal sanitario en un lugar destacado de la agenda política. Se dan las circunstancias para que se preste apoyo político, porque se está ampliando la conciencia del problema, están surgiendo soluciones eficaces, y varios países encabezan ya intervenciones. El desarrollo del personal sanitario es un proceso continuo que está siempre abierto a mejoras. Sin embargo, se puede lograr una aceleración inmediata del desempeño en prácticamente todos los países si se aplican soluciones bien documentadas. Parte de las actividades deberían ponerse en marcha de inmediato; otros aspectos llevarán tiempo. No hay atajos ni tiempo que perder. Es el momento de actuar, de invertir en el futuro y de hacer progresar la salud de forma rápida y equitativa.

Figura 7.4 Alianza mundial de interesados



REFERENCIAS

1. Dubois C-A, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
2. Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E et al. *Human resources for health: options for analysis and monitoring* (documento inédito, 2005).
3. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3.
4. *Human resources of European health systems: final report*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2001.
5. *Opportunities for global health initiatives in the health systems action agenda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (Making health systems work, Working Paper No.4).
6. *Report on WHO Workshop on Formulating a Global Research Agenda for Human Resources for Health, Cape Town, 6–8 September 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
7. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Joint Learning Initiative, 2004.
8. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*, 2004, 364:1451–1456.
9. Black N. Health care workforce: how research can help. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):1–2.
10. Cochrane Database of Systematic Reviews (disponible en: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsysrev_articles_fs.html, consultado el 12 de febrero de 2006).
11. Anand S, Bärnighausen T. *Human resources for health and vaccination coverage in developing countries* (documento inédito, Oxford University, 2005).
12. *Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
13. *Cape Town recommendations for scaling up research on human resources for health*. World Health Organization Workshop on Formulating a Global Research Agenda on Human Resources for Health, 6 to 8 September 2004, Cape Town, South Africa (http://www.who.int/reproductive-health/tcc/meeting_documents/cape_town_recommendations.pdf, consultado el 26 de febrero de 2006).
14. *Report of the Task Force on Health Systems Research*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, consultado el 12 de febrero de 2006).
15. Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2004.
16. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe: NEXT – nurses early exit study, 2003*. Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.
17. Ministerio de Salud, Gobierno de Uganda (<http://www.health.go.ug/>, consultado el 26 de febrero de 2006).
18. *Towards a society for all ages. Employment, health, pensions and intergenerational solidarity*. Bruselas, Comisión Europea, 1999 (Conference Paper, European Symposium; disponible en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/ageing/vienna/vienna_en.pdf, consultado el 26 de febrero de 2006).
19. *Jobs of the future*. Accenture/The Lisbon Council, 2005 (disponible en: http://www.accenture.com/Global/Research_and_Insights/Policy_And_Corporate_Affairs/JobsFuture.htm, consultado el 26 de febrero de 2006).
20. Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs*, 2002, 21:140–154.
21. Matthews Z, Van Lerberghe W. *Notes on workforce implications of demographic change* (documento de trabajo para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Palmer D, United Kingdom Department for International Development-Malawi, comunicación personal.

24. *PRSPs: their significance for health – second synthesis report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (documento WHO/HDP/PRSP/04.1).
25. Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; disponible en: <http://www.who.int/hrh/en>).
26. Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation*. Documento presentado en la segunda reunión consultiva de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 29–30 de octubre de 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, consultado el 26 de febrero de 2006).
27. *Human resources for health strategic plan 2006–2010*. Lusaka, Ministerio de Salud de Zambia, 2005.
28. Heller PS. *Finding sustainable “fiscal space” for the health sector*. Documento presentado en el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, París, noviembre de 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, consultado el 12 de febrero de 2006).
29. Vujicic M. *Macroeconomic and fiscal issues in scaling up human resources for health in low-income countries*. Washington, DC, Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano, 2005 (documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
30. Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector*. Documento presentado en el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, París, noviembre de 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, consultado el 12 de febrero de 2006).
31. Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector*. Documento presentado en el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, París, noviembre de 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, consultado el 26 de febrero de 2006).