

*respuesta a las*



# capítulo dos

# necesidades sanitarias urgentes

## En este capítulo

19	Servicios de alta prioridad: los recursos humanos para la salud y los ODM
25	Preparación de la fuerza laboral para afrontar la creciente carga de enfermedades crónicas y traumatismos
29	Movilización para subvenir a las necesidades de emergencia: desastres naturales y brotes epidémicos
34	Trabajo en situaciones de conflicto y posconflicto
36	Conclusiones

**En este capítulo se pasa revista a algunos de los mayores retos con que se enfrentan hoy los sistemas de salud y la fuerza de trabajo sanitaria mundial, se examina la manera en que el personal de salud está tratando de superarlos y se propone cómo mejorar esa respuesta. Los mencionados retos consisten en: expandir las intervenciones para alcanzar los**

**Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud; cambiar a paradigmas de tratamiento de las enfermedades crónicas basados en las comunidades y centrados en los pacientes; afrontar los problemas que plantean los desastres y los brotes epidémicos, y proteger los servicios de salud en las situaciones de conflicto y posconflicto.**

Se han elegido esos retos porque constituyen una muestra razonable del tipo de dificultades que se plantean en muchos países y situaciones. En cada una de las cuatro secciones de este capítulo se describen sus principales características y se explica lo que está haciendo la fuerza de trabajo sanitaria para tratar de superarlos y cómo se podría dar una respuesta más adecuada.

### **SERVICIOS DE ALTA PRIORIDAD: LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y LOS ODM**

Hoy en día está ampliamente aceptado que la falta de trabajadores sanitarios en muchos lugares es uno de los principales obstáculos para alcanzar los tres ODM relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades, como la

tuberculosis y la malaria (1–6). Por ejemplo, el Chad y la República Unida de Tanzania tienen menos de la mitad del personal sanitario que necesitan para atender adecuadamente las necesidades sanitarias básicas de la población (5). No sólo escasean los dispensadores de servicios de salud; el déficit de personal se registra en todas las categorías de trabajadores sanitarios, incluidos técnicos de laboratorio, farmacéuticos, logistas y gestores.

La impresionante movilización de fondos de donantes para alcanzar los ODM relacionados con la salud y, en particular, para combatir el VIH/SIDA, ha dado lugar a una nueva situación en la que la escasez de recursos humanos ha sustituido a los problemas financieros como principal obstáculo para ejecutar

« La escasez de recursos humanos ha sustituido a los problemas financieros como principal obstáculo para ejecutar los planes de tratamiento nacionales »

los planes de tratamiento nacionales (7).

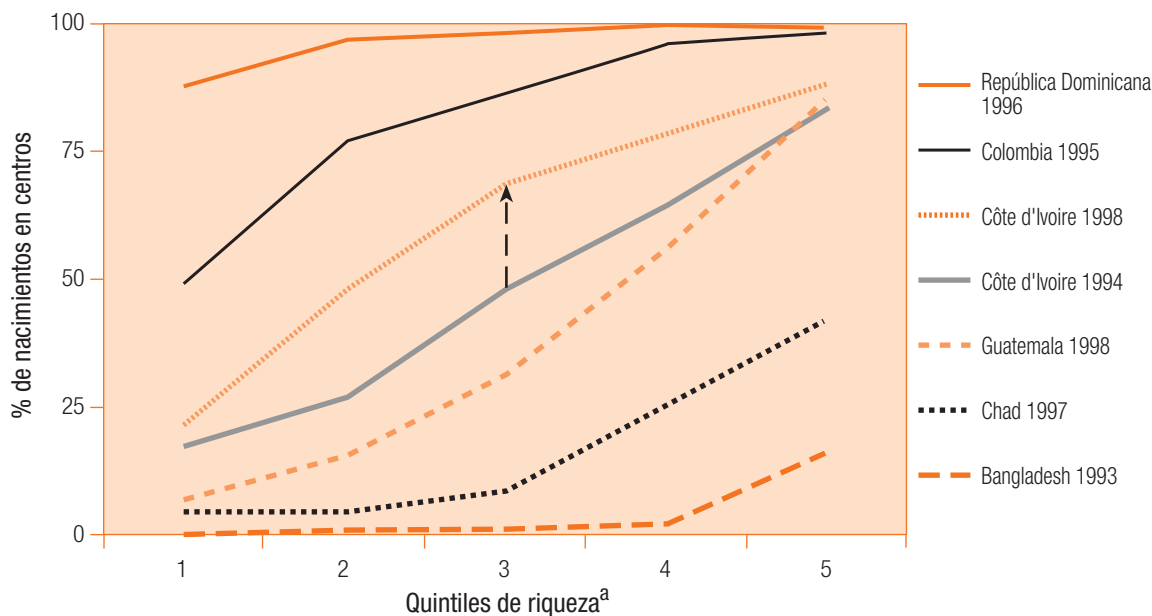
El logro de los ODM dependerá de que se conciban estrategias de recursos humanos que se puedan aplicar con rapidez (6). Seguramente no bastará con capacitar a personas para que ejecuten intervenciones orientadas a enfermedades concretas. En esos planteamientos habría que tener en cuenta también las dificultades más generales de los sistemas de salud que están relacionadas con las desventajas comunes asociadas a los bajos ingresos. Por ejemplo, existen enormes disparidades entre los distintos grupos de ingresos en cuanto al acceso a los servicios que se prestan en los centros de salud (véase la figura 2.1).

Es preciso realizar un análisis sistemático de diversas esferas para encontrar la forma de contratar y retener a trabajadores sanitarios que realicen las actividades que permitirán alcanzar los ODM relacionados con la salud (véase el recuadro 2.1). Para que las iniciativas en materia de recursos humanos sean más eficaces, se deben basar en una evaluación crítica de los comportamientos actuales.

### Epidemia de actividades de formación en el servicio

Los numerosos proyectos y programas creados en respuesta a los ODM contienen múltiples partidas presupuestarias destinadas a capacitación de personal, pero carecen de estrategias globales para la fuerza de trabajo. Como consecuencia de ello se invierten muchos esfuerzos en organizar cursos breves de formación, que a menudo se celebran en hoteles de otros países. El objetivo de la mayoría de esos cursos es dotar a los traba-

Figura 2.1 De la privación masiva a la exclusión marginal: ascensos en la escala de cobertura



<sup>a</sup>Los quintiles de riqueza son un indicador del nivel socioeconómico del hogar. Dividen a las poblaciones en cinco grupos (en orden ascendente de riqueza de 1 a 5) usando una metodología que combina información sobre las características del cabeza de familia y la posesión de determinados bienes, la disponibilidad de servicios y datos sobre el hogar.

Fuente: (8).

jadores sanitarios o a los capacitadores de trabajadores sanitarios de los conocimientos precisos para llevar a cabo determinadas intervenciones. Aunque para los participantes puede ser atractivo realizar un viaje gratuito a un gran centro urbano, esos viajes entrañan un importante costo de oportunidad. Es raro que los cursillistas sean sustituidos cuando viajan, y a menudo los mismos trabajadores asisten a varios cursos todos los años. Además, los cursos suelen tener poca relación con las instituciones locales de formación y, por lo tanto, se desaprovecha la posibilidad de que los profesores de esas instituciones participen en las actividades organizadas y de que contribuyan al desarrollo de cursos locales. Tras la evaluación de las actividades de capacitación a corto plazo en África en 2000–2001, se recomendó vivamente que, en la medida de lo posible, esas actividades se celebraran in situ y las organizaran instituciones locales (9).

### Sobrecarga de trabajo del personal de distrito

Los programas nacionales destinados a cumplir los ODM relacionados con enfermedades concretas imponen muchas exigencias paralelas a los administradores sanitarios y los dispensadores de salud a nivel de distrito, como leer documentos, tramitar formularios, escribir informes, asistir a reuniones y realizar visitas sobre el terreno. Esas exigencias, a menudo establecidas por los donantes internacionales, pueden superar rápidamente la capacidad del personal de distrito cuando éste es reducido y carece de recursos financieros y de apoyo suficientes. Tan sólo cumplir los requisitos en materia de presentación de informes de diversos programas puede ocupar entre un 10% y un 20% del tiempo de trabajo de un administrador sanitario de distrito (10).

### Dos niveles de sueldos

La avalancha de programas relacionados con los ODM también está ejerciendo una gran presión en los sueldos. Para atraer a trabajadores, los programas bien financiados que se ejecutan a través de mecanismos no gubernamentales – en particular, los centrados en el tratamiento del VIH/SIDA – ofrecen generalmente una remuneración superior a los sueldos locales del sector público. Como consecuencia de ello, está empezando a haber dos categorías de trabajadores asalariados, a menudo dentro de una misma institución, lo cual crea graves problemas. Los trabajadores que reciben una remuneración inferior se suelen sentir agraviados y molestos por el hecho de que, por ejemplo, una enfermera obstétrica cobre menos que una enfermera que se ocupe de enfermos VIH-positivos. Además, existe el riesgo de que algunos servicios esenciales no se puedan prestar si los empleadores no tienen capacidad para ofrecer sueldos competitivos para atraer y retener al personal.

«*Está empezando a haber dos categorías de trabajadores asalariados, a menudo dentro de una misma institución, lo cual crea graves problemas*»

## Recuadro 2.1 Los trabajadores sanitarios y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La fuerza de trabajo sanitaria se ve enfrentada a diversos obstáculos para llevar a cabo las intervenciones destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Los principales problemas que se plantean son:

- formación insuficiente o inadecuada y programas de enseñanza que no se basan en las necesidades;
- poco acceso a información y fuentes de conocimiento;
- escasez de trabajadores sanitarios y falta de preparación de éstos;
- distribución desigual de los trabajadores en los diferentes niveles de prestación de servicios, desde el de los oficiales de programas nacionales hasta el del personal de los establecimientos de salud;

- desmoralización y falta de estímulo;
- condiciones inseguras en el lugar de trabajo;
- políticas y prácticas de desarrollo de recursos humanos deficientes (pocas perspectivas profesionales y remuneración y condiciones de trabajo malas);
- falta de supervisión de apoyo;
- falta de integración de los servicios en el sector privado;
- altas tasas de pérdida de trabajadores sanitarios, debido a su defunción a causa de las enfermedades que tratan o por la migración.

Fuente: (2).

«Para expandir la fuerza de trabajo hace falta liderazgo político, financiación suficiente y un plan global»

### Estrategia 2.1 Mejorar la planificación de la fuerza de trabajo

Dado el enorme déficit de recursos humanos para prestar los servicios relacionados con el logro de los ODM, es necesaria una expansión acelerada de la fuerza de trabajo. Ésta requiere tres elementos indispensables: liderazgo político, financiación suficiente y un plan global.

Para poder introducir las reformas oportunas, tanto los dirigentes políticos como los donantes y los gobiernos deben considerar la fuerza de trabajo como una inversión que se debe alimentar, y no como un gasto que haya que reducir al mínimo. Además de un sólido liderazgo, se requiere el compromiso de destinar los fondos necesarios. A la hora de asignar esos fondos se deben tener en cuenta no sólo los gastos de los dispensadores de los servicios de salud, sino también los del personal administrativo y auxiliar que presta servicios esenciales a los trabajadores sanitarios de primera línea.

El tercer requisito es contar con una estrategia inteligente para aumentar la fuerza de trabajo, en la que se prevean objetivos a corto y largo plazo. La estrategia ha de estar basada en las necesidades de recursos humanos definidas para los programas prioritarios (2) y debe servir para movilizar a las instituciones que participan tanto en la producción como en la gestión de la fuerza laboral (véanse los capítulos 3 y 4).

Esos tres elementos han convergido en Malawi, donde el Programa de Emergencia sobre Recursos Humanos ha cobrado suma prioridad para el Ministerio de Salud (véase el recuadro 2.2). Los países que atraviesan crisis de recursos humanos deberían considerar la posibilidad de establecer planes similares con el apoyo de la comunidad internacional.

## Recuadro 2.2 Un programa de emergencia sobre recursos humanos en Malawi

El nivel de personal con que cuentan los servicios de salud de Malawi no es suficiente para ofrecer una atención sanitaria mínima y es especialmente bajo incluso para la región. El país adolece también de falta de trabajadores para hacer frente a la demanda de terapias antirretrovirales y otros servicios relacionados con el VIH/SIDA. De los 27 distritos del país, 15 cuentan con menos de 1,5 enfermeros por establecimiento de salud, y cinco no tienen ni siquiera uno, mientras que en cuatro de los distritos no hay ningún médico. La disminución del personal relacionada con el VIH/SIDA acentúa el problema de la escasez de recursos humanos. Además, en Malawi hay hasta 800 enfermeros diplomados que han decidido no trabajar en el sector de la salud.

En abril de 2004, el Ministerio de Salud instó a que se adoptaran medidas para retener al personal entonces en activo y evitar el éxodo de profesionales como prioridad principal, destacando la necesidad de volver a atraer al sistema a las personas que lo hubieran abandonado pero siguieran en Malawi. Los objetivos del Programa de Emergencia sobre Recursos Humanos, de seis años de duración, son: mejorar los incentivos para la contratación y retención de personal de Malawi mediante un incremento de los sueldos brutos de un 52% para 11 categorías de cuadros profesionales y técnicos; contratar a médicos y enfermeros en el exterior para hacer frente al déficit de personal, y ampliar considerablemente la capacidad de formación del país. En el Programa se reconoce la necesidad de abordar toda una serie de aspectos no financieros que influyen en la retención de personal, como políticas en materia de destinos y ascensos, gestión del rendimiento, reclasificación de puestos, oportunidades de capacitación y mejora de los conocimientos, cuestiones de género

y calidad de la vivienda. Por otra parte, se está reforzando la capacidad de planificación y gestión de los recursos humanos en el Ministerio de Salud y a nivel local.

Se calcula que el costo del Programa, que cuenta con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Gobierno de Malawi y otros donantes, será de unos US\$ 278 millones. Se destinarán hasta US\$ 98 millones al aumento de los sueldos, US\$ 35 millones a la mejora de las viviendas del personal y US\$ 64 millones a la expansión de la capacidad de formación.

Aunque todavía es pronto para sacar conclusiones, el Programa parece estar teniendo un impacto positivo. A finales de 2005, unos 5400 médicos, enfermeros y otros trabajadores clave estaban recibiendo ya el nuevo sueldo y se había registrado una disminución del éxodo de personal del sector público. Desde julio de 2004, el Gobierno ha contratado a más de 700 nuevos trabajadores sanitarios y actualmente se están celebrando entrevistas para casi 200 puestos más. Los planes de expansión de la infraestructura y de incremento del personal docente en las escuelas de capacitación de Malawi harán que aumente la capacidad de formación en más de un 50% por término medio y que se triplique el número de médicos y casi se duplique el número de enfermeros titulados en formación. A pesar de que ha crecido el número de malawianos que se está formando, se seguirá recurriendo a médicos y enfermeros extranjeros para cubrir puestos de importancia crítica.

Fuente: (11).

## Estrategia 2.2 Aprovechar las sinergias entre los programas prioritarios

Cuando se trata de afrontar los problemas de salud que se plantean para alcanzar los ODM, y dada la urgencia y la disponibilidad de fondos, hay una tendencia a organizar la fuerza de trabajo en torno a enfermedades o intervenciones concretas. Como se ha señalado, con ese tipo de planificación existe el riesgo de que surjan deficiencias de diverso tipo, sobre todo porque no se tienen debidamente en cuenta el carácter sistémico de los recursos humanos y la prestación de los servicios de salud de forma más global. Este hecho se reconoce cada vez más y están apareciendo innovaciones importantes al respecto.

En muchos casos, los canales para llevar a cabo esas intervenciones se pueden combinar de manera que los escasos recursos humanos se empleen de forma más eficaz. Se habla de «acoplamiento» (*piggy-backing*) para referirse a los servicios que se suman a actividades ya en marcha, lo cual evita movilizar a trabajadores para ejecutar intervenciones independientes, con un solo fin y orientadas a las comunidades. Por ejemplo, el Programa de Lucha contra la Oncocercosis de la OMS, destinado a prevenir la ceguera de los ríos en África occidental, se sirvió de proyectos de tratamiento de comunidades para distribuir vitamina A junto con la ivermectina. El Programa Mundial para la Eliminación de la Filariasis Linfática de la OMS también sigue una estrategia deliberada de aprovechar elementos de otros tratamientos (12).

## Estrategia 2.3 Simplificar los servicios y delegar funciones adecuadamente

Se puede conseguir un mayor rendimiento de la labor de la fuerza de trabajo aplicando dos de los principios capitales para expandir las intervenciones con eficacia: la simplificación y la delegación de tareas. La simplificación a menudo mejora la productividad del personal, en la medida en que permite que se hagan más cosas y con mayor coherencia y, por lo general, que se encomienden tareas a personal menos cualificado. Simplificar todas las actividades básicas es el primer elemento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielititis; también resulta vital para expandir la terapia de rehidratación oral en Bangladesh (13) y constituye una estrategia central de la iniciativa OMS/ONUSIDA «tres millones para 2005» (14). Por ejemplo, en el marco de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielititis, se simplificaron todas las tareas básicas a raíz de la adopción de decisiones estratégicas, la introducción de innovaciones tecnológicas y una adaptación adecuada a las condiciones locales. Se consideró que todos los recursos humanos disponibles, desde los voluntarios no calificados hasta los trabajadores muy preparados, de dentro y de fuera del sector de la salud, eran «vacunadores» potenciales y, de ser necesario, podían actuar como oficiales de vigilancia (15). La iniciativa OMS/ONUSIDA «tres millones para 2005» ha demostrado que las personas que viven con el VIH/SIDA pueden hacer una contribución importante a los diversos servicios de prevención y tratamiento de la enfermedad (16).

En muchas esferas, los programas destinados a integrar los conocimientos de los dispensadores de atención primaria a niños, adolescentes y adultos se están llevando a cabo a nivel de la atención de distrito y primaria. La Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI) de la OMS y la adaptación al VIH de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI-VIH) ofrecen un enfoque novedoso para expandir la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH, así como la atención de la tuberculosis y el manejo de los pacientes que padecen tuberculosis y VIH/SIDA (véase el recuadro 2.3). A pesar de estos ejemplos alentadores, hay que redoblar los esfuerzos a fin de encontrar medios pragmáticos para coordinar los programas prioritarios.

La simplificación facilita la delegación de tareas, pero no es indispensable para ella. Hay actividades relacionadas con la prestación de servicios que a menudo pueden realizarse con igual o mayor eficacia por trabajadores con menos experiencia. La delegación de tareas es especialmente importante cuando hay escasez de recursos y se dispone

## «En algunos países de África meridional, las defunciones por VIH/SIDA son la principal causa del éxodo de los trabajadores sanitarios»»

de muy poco personal capacitado. Por ejemplo, en Myanmar y Filipinas se ha observado que delegar el diagnóstico de la malaria en trabajadores sanitarios voluntarios que realizan pruebas de microscopía en las aldeas resulta fiable y mejora el tratamiento de la enfermedad, y al mismo tiempo contribuye a subir la moral y la autoestima de los trabajadores (18,19).

A la hora de elaborar planes para simplificar y delegar tareas es necesario realizar una evaluación detenida del impacto deseado. En las décadas de los setenta y los ochenta, por ejemplo, se formó a docenas de miles de parteras tradicionales en todo el mundo en desarrollo (20) con la esperanza de mejorar la supervivencia de las madres en los lugares en que escaseaban las matronas profesionales. Sin embargo, después de más tres decenios de esfuerzos bien intencionados, no hay pruebas convincentes de que esa estrategia de capacitación haya hecho que disminuyan las tasas de mortalidad materna (8).

### Estrategia 2.4 Garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios

En algunos países de África meridional, las defunciones por VIH/SIDA son la principal causa del éxodo de los trabajadores sanitarios. Los que no se marchan suelen trabajar en establecimientos de salud que no tienen suficiente personal, están sobrecargados de pacientes (muchos de ellos con VIH/SIDA) y no disponen de medios adecuados para tratarlos. Esas malas condiciones de trabajo provocan a su vez desánimo, saturación y absentismo entre el personal. Habida cuenta de ello, se está tratando de prestar atención a la salud ocupacional y los riesgos para la seguridad mediante la prevención de las lesiones con agujas, la profilaxis postexposición y el aumento de los suministros de equipo de protección. Cada vez hay más países que adoptan disposiciones para velar por que los trabajadores que contraen el VIH tengan acceso a tratamiento (21), y en 2005 la Organización Internacional del Trabajo y la OMS establecieron directrices conjuntas destinadas a ayudar a los trabajadores dedicados a la lucha mundial contra el VIH/SIDA a mantenerse sanos (véase el capítulo 5).

## Recuadro 2.3 Intercambio de tareas entre los trabajadores sanitarios

Hoy día más de 25 países de África siguen una serie de directrices operacionales simplificadas, establecidas en el marco de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI), para formar a sus trabajadores sanitarios. En ellas se definen claramente las tareas necesarias para la prevención, la atención y el tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA crónico, y para la atención de la tuberculosis y el manejo de los pacientes que padecen tuberculosis y VIH/SIDA. Las directrices permiten que esas intervenciones las lleven a cabo enfermeras, oficiales clínicos, parteras y diversos cuadros de auxiliares de medicina que trabajan juntos en los equipos clínicos de los ambulatorios de hospitales o en establecimientos de salud periféricos.

El intercambio de tareas entre los trabajadores sanitarios y la ampliación del equipo clínico puede paliar a corto plazo las limitaciones de personal en los lugares con pocos recursos. Para llevar a cabo una expansión rápida es necesario:

- traspasar tareas a los cuadros de trabajadores menos calificados;
- ampliar el equipo clínico, incluyendo en él a personas que viven con el SIDA;
- hacer gran hincapié en el autotratamiento de los pacientes y la participación de la comunidad.

Según este sistema, muchas intervenciones sanitarias que normalmente llevan a cabo trabajadores especializados – y, por lo tanto, escasos – se pueden dejar en manos de otros menos especializados. El traspaso de tareas más importante es el que se hace a los propios pacientes (autotratamiento). Las comunidades pueden participar cada vez en mayor medida en la atención y el tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA ocupándose del apoyo a los tratamientos, la renovación de recetas de medicamentos y actividades sencillas de vigilancia.

Las actividades de formación de la IMAI se centran en las necesidades del equipo clínico. En ellas se utilizan métodos de capacitación participativos para adultos que hacen gran hincapié en que se adquiera experiencia práctica, y no sólo conocimientos teóricos. Para los fines de la formación, se considera también que las personas que viven con el VIH/SIDA son expertos en su propia enfermedad y constituyen un valioso recurso educativo para respaldar la capacitación de los trabajadores sanitarios.

Fuente: (17).

## PREPARACIÓN DE LA FUERZA LABORAL PARA AFRONTAR LA CRECIENTE CARGA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TRAUMATISMOS

Además de las enfermedades que constituyen el centro de atención de los ODM, el mundo se enfrenta a una carga enorme y creciente de enfermedades crónicas, que figuran entre las principales causas de mortalidad y discapacidad. Las tendencias parecen indicar que es probable que esas enfermedades cobren aún mayor fuerza en los diez próximos años (22). La importancia epidemiológica de esas afecciones es proporcional a sus consecuencias sociales y económicas directas e indirectas.

### Los nuevos paradigmas de la atención sanitaria requieren una respuesta de la fuerza de trabajo

En los últimos años, el tradicional interés por la asistencia a enfermos agudos, la asistencia hospitalaria y las subespecialidades se ha desviado hacia nuevos paradigmas de atención orientados al autotratamiento y a la asistencia prehospitalaria en las comunidades y centrada en los pacientes (23) (véase la figura 2.2). Este cambio ha ido acompañado del reconocimiento por parte de los expertos, los organismos profesionales y los propios trabajadores sanitarios de los inconvenientes de la formación y la distribución tradicionales de la fuerza de trabajo y de la necesidad imperiosa de adoptar nuevos enfoques (25–29).

### Estrategia 2.5 Distribuir adecuadamente el personal para garantizar la continuidad de la atención

Se han definido competencias básicas para la atención a largo plazo agrupadas en cinco esferas: atención centrada en el paciente, colaboración, mejora de la calidad, tecnología de la información y las comunicaciones y perspectiva de la salud pública (véase el recuadro 2.4). El reto consiste en que las instituciones que producen y distribuyen la fuerza de trabajo sanitaria las lleven a la práctica. Es necesario introducir cambios en los planes de estudios y utilizar nuevos métodos de enseñanza y modelos innovadores de formación (31–33).

En las decisiones relacionadas con la capacitación y la contratación también se deben tener en cuenta la continuidad de la atención y la distribución y los tipos de

## Recuadro 2.4 Competencias básicas para la atención a largo plazo

### ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- Aprender la manera de negociar planes de atención individualizada con los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias.
- Aprender cómo respaldar los esfuerzos de autotratamiento de los pacientes.
- Aprender a organizar y realizar consultas médicas de grupo para pacientes que tienen problemas de salud comunes.

### COLABORACIÓN

- Trabajar como miembro de un equipo multidisciplinario de atención sanitaria.

### MEJORA DE LA CALIDAD

- Diseñar proyectos de mejora de la calidad de la atención de salud y participar en ellos.

### TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

- Desarrollar sistemas de información (por ejemplo, registros de pacientes), aunque sea en papel, para garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento previsto.
- Utilizar la tecnología y los sistemas de comunicación disponibles para intercambiar información sobre los pacientes con otros trabajadores sanitarios y consultar a especialistas de la atención primaria.

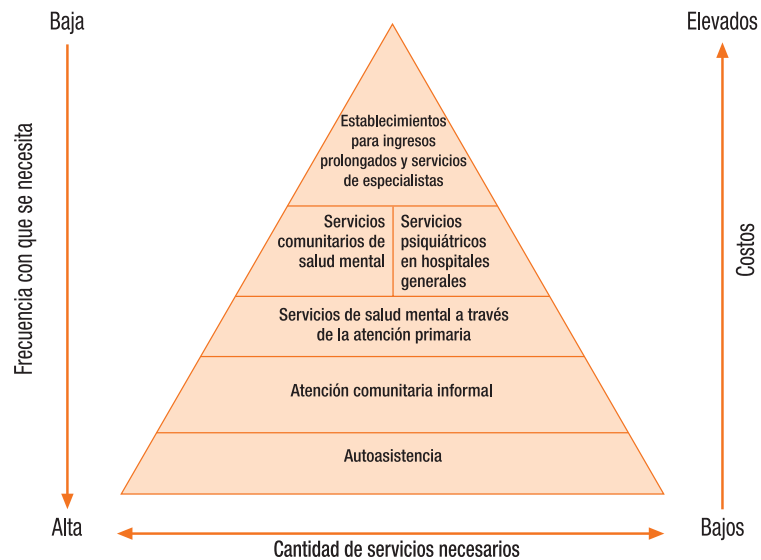
### PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

- Trabajar en un entorno comunitario y llevar a cabo actividades de divulgación en las comunidades para promover modos de vida sanos, fomentar comportamientos responsables y seguros y reducir los estigmas asociados a las discapacidades físicas y las enfermedades mentales.
- Aprender a tener una perspectiva de la población en su conjunto y no sólo a pensar en cada paciente por separado.
- Perfeccionar la capacitación en prevención clínica.

Fuente: (30).



Figura 2.2 Combinación óptima de servicios de salud mental



Fuente: (24).

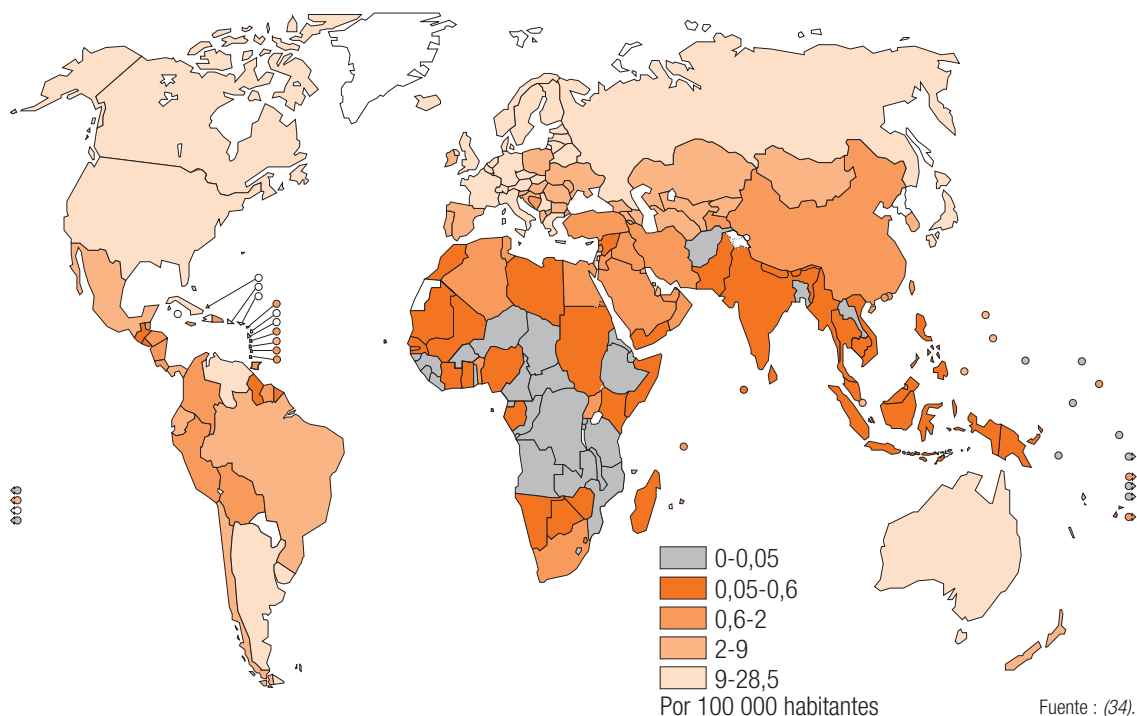
trabajadores que hacen falta para atender las necesidades sanitarias de la población. Por ejemplo, la prestación de servicios de salud mental de las comunidades depende en gran medida de que se lleven a cabo programas eficaces de formación de oficiales de policía, curanderos religiosos y trabajadores sociales. Los trabajadores no profesionales pueden contribuir a atender parte de la demanda de atención, a condición de que sean competentes y estén supervisados, y de que puedan recurrir a profesionales si es necesario para tratar casos complejos.

Los voluntarios de las aldeas son otro recurso potencialmente valioso que está muy desaprovechado. Por ejemplo, en 1999, la iniciativa de la OMS «Naciones en pro de la Salud Mental» puso en marcha en Ghana un proyecto piloto de tres años en que se formó a voluntarios elegidos por las comunidades para identificar en sus aldeas a las personas que padecían trastornos mentales, remitirlas a los servicios pertinentes y llevar un seguimiento de ellas. El Gobierno ha adoptado ahora el proyecto, que se está ampliando a otros distritos (24).

Es importante reconocer que el hecho de orientarse a una asistencia comunitaria no debe hacer pasar por alto el otro extremo de la atención, es decir, la asistencia de especialistas y subespecialistas. En muchas partes del mundo, la grave escasez de especialistas, por ejemplo de psiquiatras, constituye un importante obstáculo para la continuidad de la atención, pues a menudo significa que no se presta un determinado tipo de asistencia. Los psiquiatras desempeñan un papel fundamental: se ocupan del manejo y el tratamiento de los casos complejos de trastornos mentales, ofrecen supervisión y apoyo continuados a los no especialistas que trabajan en el ámbito de la salud mental y enseñan y forman a otros profesionales de la salud mental (véase la figura 2.3).

El cambio de la atención basada en el hospital a la atención comunitaria y la nueva importancia concedida a los enfoques multidisciplinarios e intersectoriales supone que hay que modificar también las funciones del personal, lo cual presenta desafíos a los gestores, los trabajadores sanitarios y los organismos de reglamentación. Los reglamentos relativos al alcance de la práctica, cuyo fin es establecer unas normas mínimas y proteger a los pacientes, pueden constituir un obstáculo para llevar adelante el cambio. Los gestores tienen que mantener un diálogo activo con los trabajadores sanitarios, prestar atención a sus necesidades y justificar la pertinencia de reformar los servicios actuales y de establecer una nueva forma de trabajo basada en datos fundamentados. El

Figura 2.3 Distribución mundial de los psiquiatras



reto para los trabajadores sanitarios consiste en apostar por el cambio como una oportunidad para continuar aprendiendo y poder desarrollarse a nivel personal y profesional, dada su preocupación legítima por su situación personal y sus ingresos.

### Estrategia 2.6 Fomentar la colaboración

Una característica del nuevo paradigma de la atención es la gran importancia concedida a la colaboración y el trabajo de equipo entre el trabajador sanitario y el paciente. Se ha observado a menudo que crear una relación que valore al paciente como colaborador en su propia asistencia hace que mejoren el comportamiento en materia de salud y los resultados clínicos. Hay muchas pruebas de que las intervenciones destinadas a promover la función de los pacientes en la prevención y gestión de las enfermedades crónicas pueden contribuir a mejorar los resultados (31, 35, 36). Lo que los pacientes y sus familias hacen a diario por sí mismos, como mantenerse activos físicamente, comer bien, evitar el consumo de tabaco, dormir de forma regular y respetar los planes de tratamiento, influye considerablemente en su salud. Los trabajadores sanitarios ayudan a los pacientes a adoptar nuevos comportamientos y a tratar sus afecciones de forma más eficaz, por lo que hay que prestar mucha atención a sus facultades para comunicar (33).

Es necesario seguir un enfoque de equipo no sólo para tratar a las personas con afecciones crónicas, sino también para abordar de forma más amplia esos problemas de salud pública. En general, la atención de las enfermedades crónicas es mejor si desarrollan una labor conjunta los especialistas de la salud pública, los planificadores de políticas y servicios, los investigadores, los diseñadores de tecnología y el personal de apoyo. En el ámbito de la salud mental el equipo multidisciplinario incluye a psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos generales, terapeutas ocupacionales y trabajadores comunitarios y sociales, que pueden compartir su experiencia y ayudarse mutuamente (37).

« Los estudios demuestran que los errores en la atención sanitaria no sólo son frecuentes, sino que constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad »

### Estrategia 2.7 Promover el aprendizaje continuo para garantizar la seguridad del paciente

A medida que los servicios de salud que tratan las afecciones crónicas han ido evolucionando, también ha variado su complejidad. Muchas cosas han mejorado, pero el gran volumen de información y de medicamentos disponibles y la existencia de un amplio abanico de dispensadores han provocado toda una serie de consecuencias no previstas. Por ejemplo, se pueden dar casos de errores en la dosificación de los medicamentos, identificación equivocada de los pacientes, prácticas insalubres o antihigiénicas por lo que respecta al lavado de manos o equipo y seguimiento inadecuado de los pacientes. Los estudios demuestran que los errores en la atención sanitaria no sólo son frecuentes, sino que constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad (33).

Aunque tomar conciencia de los errores y las prácticas no seguras constituye un importante primer paso para afrontar las complejidades de la asistencia sanitaria, también es necesario concebir medios basados en datos fundamentados para combatir esos errores y prácticas con mayor eficacia, como programas de gestión de riesgos, iniciativas centradas en los pacientes y medidas

## Recuadro 2.5 Seguridad de los pacientes

Una cantidad cada vez mayor de datos de investigación indica que las prácticas asistenciales no seguras son muy comunes en los sistemas asistenciales del mundo entero. Ningún país, ni rico ni pobre, puede afirmar que esté solucionando totalmente el problema.

La atención al paciente entraña una compleja interacción de personas, tecnologías, aparatos y medicamentos. Los trabajadores sanitarios deben adoptar muchas decisiones y emitir muchas opiniones a diario, por lo que las cosas pueden salir mal y, de hecho, salen mal.

La experiencia en el terreno de la atención sanitaria y otras industrias de alto riesgo demuestra que los errores y equivocaciones a menudo están provocados por sistemas que no funcionan bien. Las deficiencias en el diseño de los sistemas pueden crear problemas a muchos niveles: a nivel del médico práctico, del equipo de asistencia sanitaria, de la organización y del sistema de atención de salud. Esas deficiencias pueden consistir en una falta de protocolos claros para tratar a los pacientes, un déficit de conocimientos y experiencia por parte de los trabajadores sanitarios, una mala supervisión del personal con menos experiencia, una información fragmentada sobre los pacientes o una coordinación insuficiente.

Probablemente es imposible que exista un entorno asistencial sin riesgo alguno. No obstante, se puede hacer mucho para mejorar la experiencia en materia de errores del personal de primera línea. En particular, los trabajadores sanitarios con una buena formación y acostumbrados a trabajar bien en equipo pueden reducir los riesgos para los pacientes y para ellos mismos. A continuación se indican tres requisitos básicos por lo que respecta a conocimientos y desempeño.

- Comunicar de forma eficaz y honesta con los pacientes y sus familiares para informarles de los riesgos de las intervenciones sanitarias, sobre todo cuando las cosas salen mal. En los casos de daños involuntarios a pacientes, la situación a menudo se agrava por la actitud defensiva que muchas organizaciones de asistencia sanitaria adoptan con respecto a los pacientes y sus familiares después de un incidente grave. En algunos países, el secretismo por parte de esas organizaciones está relacionado con una mayor cantidad de litigios.
- Determinar los riesgos y los peligros que hay en el entorno asis-

tencial y tomar las medidas oportunas para reducir las posibilidades de que los pacientes resulten afectados. La medida más sencilla es establecer mecanismos para que el personal pueda notificar los riesgos y los hechos que se producen en la organización de la atención de salud. La notificación de problemas debe ser considerada un medio de aprender, no de achacar culpas, aunque de nada sirve si no se toman medidas al respecto. Por lo tanto, es fundamental adoptar estrategias para minimizar los riesgos y peligros observados.

- Trabajar en condiciones seguras como parte de un equipo. Incluso cuando los recursos humanos son limitados, un trabajo en equipo eficaz puede favorecer una comunicación productiva, una buena disposición a intercambiar información y unas relaciones interpersonales provechosas. Cada vez se reconoce en mayor medida que un intercambio adecuado de información entre los trabajadores sanitarios contribuye considerablemente a mejorar la seguridad de los pacientes. Los problemas en un equipo pueden provocar retrasos en los diagnósticos y una mala gestión de incidentes potencialmente mortales para el paciente.

Es fundamental velar por que la seguridad del paciente sea un componente clave de los planes de estudios, los programas de capacitación y los cursos de iniciación. Las organizaciones tienen la responsabilidad de establecer los sistemas adecuados y de ofrecer el apoyo necesario para que su fuerza de trabajo adquiera y aplique los conocimientos teóricos y prácticos oportunos para garantizar la seguridad del paciente. En este sentido es importante que exista una sólida dirección institucional.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, puesta en marcha en octubre de 2004, está guiando la labor mundial en materia de seguridad del paciente. La Alianza facilita la colaboración y la adopción de medidas a nivel internacional para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en el mundo entero. Esas medidas incluyen actividades de educación y capacitación sobre seguridad del paciente. Para más información, véase: [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety).

Fuentes: (39, 40).

para potenciar la capacidad de acción de los pacientes (38) (véase el recuadro 2.5).

Para mejorar la calidad de la atención a largo plazo de forma general, es necesaria una formación continuada en gestión de enfermedades crónicas. El aprendizaje permanente es fundamental para mantenerse bien preparado para la práctica sanitaria y está estrechamente relacionado con la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes (25, 28).

## MOVILIZACIÓN PARA SUBVENIR A LAS NECESIDADES DE EMERGENCIA: DESASTRES NATURALES Y BROTES EPIDÉMICOS

Al menos 40 países del mundo entero corren el riesgo de verse afectados por graves desastres naturales, y ningún país está libre de sufrir un brote de una enfermedad muy contagiosa. Las catástrofes repentinas pueden superar rápidamente la capacidad de los sistemas de salud locales y nacionales, sobre todo la de aquellos que ya adolecen de escasez de personal o falta de fondos. Cuando se producen desastres, las comunidades locales son las primeras en aportar una respuesta, seguidas de los gobiernos locales y nacionales. Ninguna sociedad dispone de suficientes recursos para estar debidamente preparada en todo momento, por lo que ninguna nación puede hacer frente por sí sola a un desastre importante o un brote epidémico grave. Por lo general se necesita la ayuda de personal sanitario internacional calificado y con experiencia (véase el recuadro 2.6).

Además, cuando la prioridad inmediata de la asistencia humanitaria es salvar vidas, los actores externos a menudo consideran que colaborar con las instituciones locales y fortalecerlas constituye un obstáculo y retrasa la prestación de socorro. Pocas veces se piensa que la inversión temprana en el personal nacional es un componente necesario de las respuestas de emergencia. El África subsahariana, la región del mundo más afectada por desastres naturales y provocados por el hombre, es especialmente vulnerable a este respecto (42). Todavía no se ha organizado de forma sistemática una fuerza de trabajo internacional para intervenir en situaciones de emergencia. Por lo tanto, la falta de recursos humanos sigue siendo un gran obstáculo para obtener mejores resultados humanitarios y sanitarios.

### Utilidad de los planes de preparación

La pérdida de vidas y las enfermedades provocadas por brotes epidémicos y otros desastres naturales se pueden reducir si existen planes de preparación que se pongan

## Recuadro 2.6 Respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas – SRAS

La Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS tiene su sede en Manila (Filipinas). Con objeto de responder con rapidez a la amenaza del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), creó un equipo de preparación y respuesta a brotes. Para ello recurrió en un principio a la experiencia del personal de la OMS en la región, pero pronto contó con la colaboración de expertos en epidemiología, control de infecciones, diagnósticos de laboratorio e información pública.

Los equipos de epidemiólogos y expertos en control de infecciones de la OMS se repartieron por toda la región y visitaron China, Filipinas, Hong Kong (China), Singapur y Viet Nam. Además, desde Manila se envió equipo para controlar la infección, como mascarillas y batas, a los países que acababan de verse afectados y a los que se consideraba que eran vulnerables a un ataque.

La región tuvo la suerte de contar con una red llamada Red Mun-

dial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, establecida en 2000, antes de verse afectada por el SRAS. Esa red fue muy importante, pues permitió proporcionar equipos de apoyo operacional con cometidos concretos, desde coordinar actividades hasta movilizar recursos, incluidos recursos humanos. El apoyo de la OMS a los países consistió en facilitar directrices técnicas, aportar conocimientos especializados sobre el terreno y movilizar recursos. Un hecho importante fue que los conocimientos aportados se correspondieron con las necesidades de cada país. Entre las lecciones aprendidas cabe destacar la necesidad de contar con un punto focal para coordinar a los asociados que comparten un compromiso y objetivos comunes, y la necesidad de políticas transparentes y de un compromiso político a nivel nacional.

Fuente: (41).

«La pérdida de vidas y las enfermedades provocadas por brotes y otros desastres naturales se pueden reducir si existen planes de preparación»»

en marcha con facilidad y rapidez. La preparación para situaciones de emergencia pasa por contar con una base de datos actualizada sobre las competencias del personal sanitario, saber cómo informar de los riesgos de forma eficaz, y disponer de un sistema para priorizar las necesidades de formación y las políticas y medidas destinadas a garantizar la seguridad del personal sanitario.

Los planes de preparación amplios deben incluir componentes relacionados con la manera en que el sistema de salud ha de reaccionar y componentes relacionados con la preparación de la respuesta global de la fuerza de trabajo. Tres respuestas generales son de importancia crítica durante una situación de desastre o un brote: adopción de un «enfoque de mando y control», colaboración entre los distintos sectores y comunicación de los riesgos. A su vez, los planes relativos a la respuesta de la fuerza de trabajo sanitaria deben prever actividades de capacitación del personal pertinente, asignación adecuada de tareas en función de la preparación y protección de los trabajadores sanitarios.

### **Estrategia 2.8 Adoptar un enfoque de «mando y control»**

Es fundamental adoptar una estrategia de gestión de «mando y control» para que los recursos se encaucen a tiempo. La coordinación y el trabajo en equipo son esenciales, pero una vez se ha llegado a un consenso, las intervenciones se pueden acelerar si se toman las medidas oportunas con decisión. Es preciso establecer canales de retroinformación, de forma que se puedan tomar medidas correctivas si durante una crisis se producen nuevos hechos que obliguen a modificar el rumbo de las actividades. Contar con instrumentos de gestión sencillos para ofrecer al personal supervisión de apoyo con indicadores igualmente sencillos facilita el intercambio de información en esas situaciones. Este enfoque requiere la integración de los recursos disponibles, para evitar la duplicación de tareas y el desvío innecesario de los recursos humanos. Asimismo, requiere la planificación de todos los recursos, así como la previsión de apoyo adicional e hipótesis de respuesta en caso de pérdida de recursos o de un aumento repentino de la demanda de éstos.

Otra medida fundamental para evitar que cunda rápidamente el temor y el pánico cuando se produce un brote epidémico es informar acerca de los riesgos, lo cual significa informar sobre los riesgos de infección a los trabajadores sanitarios, la población en general y los medios de comunicación de forma transparente, honesta, creíble y comprensiva (43).

### **Estrategia 2.9 Contribuir a eliminar las fronteras del sector**

Para poder dar una respuesta exhaustiva a una situación de desastre o un brote epidémico es necesario eliminar las fronteras entre los trabajadores sanitarios de los diferentes sectores. Cuando se prepara a la fuerza de trabajo de todos los niveles del sistema y se coordinan las actividades de los diversos sectores, disminuye considerablemente el impacto de la emergencia. La colaboración entre los sectores permite sacar el mayor provecho posible de los recursos existentes, evita la frecuente confusión de las etapas iniciales de intervención y hace posible aplicar con rapidez medidas para salvar vidas. La planificación de las tareas y funciones del personal del ejército y del sector de los transportes y la educación minimiza la confusión y refuerza al máximo el papel de los escasos recursos humanos. Además, como se observó en el caso del tsunami en diciembre de 2004 y del terremoto de Asia meridional en octubre de 2005, es necesario movilizar y coordinar el apoyo de otros países.

A nivel internacional, la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)<sup>1</sup> ofrece un marco operacional que vincula a redes e instituciones internacionales y mantiene a la comunidad internacional alerta sobre la amenaza de brotes y lista para aportar una respuesta.

<sup>1</sup> <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/>.

## Estrategia 2.10 Capacitar al personal sanitario adecuado para la respuesta de emergencia

Para organizar una respuesta inmediata y eficaz a desastres tan variados como terremotos, tsunamis, huracanes e inundaciones y brotes como el SRAS y la gripe aviar, es necesario contar con una fuerza laboral ágil y altamente especializada. Eso significa que los trabajadores deben tener capacidad para realizar con rapidez actividades de diagnóstico, vigilancia, organización y logística, contención y comunicación e intervenciones quirúrgicas de emergencia, así como para crear servicios temporales. Ahora bien, la preparación para situaciones de emergencia va más allá de determinar las aptitudes que son necesarias; hay que establecer programas e instituciones de capacitación en que se adquieran y actualicen esas aptitudes (véase el recuadro 2.7).

Un punto débil observado en muchos países es la falta de capacidad de planificación y gestión, tanto para organizar la preparación para situaciones de emergencia como para hacer frente a éstas cuando se producen. Numerosos países, sencillamente, no cuentan con suficientes planificadores y gestores de recursos humanos, por lo que hay que encontrar nuevos medios para producirlos y movilizarlos cuando surge la necesidad. Una manera de alcanzar ese objetivo es proporcionar formación suplementaria sobre manejo de emergencias a los gestores que ocupan puestos clave en organismos u organizaciones con probabilidades de intervenir en una respuesta de emergencia. Por lo general, esas organizaciones son hospitales, ministerios de salud, gobiernos locales, el ejército y las entidades encargadas de los sectores del transporte y las comunicaciones, la protección civil, el bienestar social, etc. La organización de la formación suplementaria puede estar a cargo del gobierno nacional o de organismos no gubernamentales.

También habría que dar prioridad a la formación de nuevos cuadros especializados en planificación y gestión de situaciones de emergencia dentro de los distintos organismos e instituciones encargados de gestionar las emergencias. Esos cuadros se podrían formar participando en actividades de capacitación, ejercicios de evaluación de la capacidad y simulaciones y aprovechando las emergencias para aprender de la

### Recuadro 2.7 Respuesta de Tailandia a epidemias y desastres

Tailandia es un país de ingresos medios (con un PIB por habitante de US\$ 2000), que en los últimos años se ha visto afectado por el SRAS, el maremoto de diciembre de 2004 y la gripe aviar. Cuando se produjo la epidemia de gripe aviar, se sacrificó a 60 millones de pollos y el Gobierno pagó a los agricultores US\$ 120 millones en indemnizaciones. En enero de 2005, el Consejo de Ministros aprobó un plan vertical para la gripe aviar por valor de US\$ 120 millones para tres años, con un componente muy importante de recursos humanos. Con motivo de la reciente epidemia, Tailandia apeló a sus 800 000 voluntarios de salud de las aldeas para que ayudaran a vigilar a las aves. Las aldeas de Tailandia cuentan con esos voluntarios desde el inicio de la atención primaria de salud. El país también recurrió a su red de 100 000 centros de salud, 750 hospitales públicos, 95 hospitales provinciales y 1330 equipos de los distritos, que permanecieron de guardia 24 horas al día.

Para articular una respuesta rápida en los casos de enfermedades infecciosas y de desastres es muy importante que la distribución de los trabajadores sanitarios sea equilibrada. Si esa distribución es desigual, y los trabajadores se concentran en los centros urbanos, es difícil que la respuesta sea eficaz. Durante el maremoto se pudo reclutar a trabajadores sanitarios de los distritos en torno a la capital, porque estaban distribuidos de forma equilibrada. Los incentivos son importantes para promover ese equilibrio: los médicos recién graduados reciben US\$ 1500 al mes cuando se trasladan a los distritos más aislados, lo cual supone un enorme aliciente para trabajar en esas regiones.

También es importante reforzar la especialización limitada de los «epidemiólogos sobre el terreno», ya que son el primer grupo que se desplaza a las zonas afectadas por los desastres. El Programa de Formación en Epidemiología sobre el Terreno de Tailandia se puso en marcha en 1980 para capacitar a epidemiólogos con interés en la salud pública y mejorar la capacidad epidemiológica de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública. El programa consiste en tres años de capacitación una vez terminados los estudios de medicina. Las personas que lo han seguido han participado hasta la fecha en intervenciones de respuesta rápida a 353 amenazas para la salud, y el Gobierno tiene previsto duplicar el número de plazas del programa.

Los epidemiólogos sobre el terreno de Tailandia fueron movilizados cuando el maremoto azotó el país en diciembre de 2004. Se encargaron activamente de la vigilancia de enfermedades en todos los distritos afectados. Para ello se acopiaron datos a partir de todos los centros médicos, de dos refugios para personas desplazadas y de dos centros de identificación forense. Los alumnos del Programa de Formación en Epidemiología sobre el Terreno visitaron todos esos sitios a diario y reunieron formularios individuales de notificación de casos con información sobre el síndrome patológico, la edad, el sexo y la nacionalidad de las personas afectadas. Esos equipos analizaron los datos disponibles y señalaron las esferas en que era necesario adoptar medidas adicionales. Dada la amenaza de pandemias, los gobiernos tienen que invertir ahora en sus recursos humanos, antes de que lleguen las epidemias.

«*En la respuesta a graves desastres naturales o brotes epidémicos es fundamental contar con equipos especializados en coordinación de situaciones de desastre, sobre todo para gestionar la gran cantidad de voluntarios capacitados que se despliega en esas situaciones*»

práctica. Estas actividades deberían formar parte de una estrategia nacional de desarrollo de la capacidad acorde con los diferentes riesgos y niveles de preparación de cada país.

A nivel mundial, las iniciativas de capacitación de equipos interinstitucionales y nacionales en los países deben hacer hincapié en la importancia de trabajar de forma eficaz, eficiente y segura y siguiendo criterios y normas convenidos. A tal efecto, la OMS y otros miembros del Comité Permanente entre Organismos están creando una red de respuesta sanitaria de emergencia<sup>1</sup>, uno de cuyos componentes es un curso de formación especializada destinado a mejorar la preparación del personal humanitario que trabaja sobre el terreno. El curso permite adquirir conocimientos científicos, técnicos y tecnoprácticos, aprender actitudes y modos de actuación adecuados y familiarizarse con los procedimientos operativos normalizados y las plataformas de apoyo.

### **Estrategia 2.11 Establecer una estrategia para la distribución de los distintos tipos de trabajadores sanitarios en las situaciones de emergencia**

Las estrategias para la distribución de los distintos tipos y cuadros de trabajadores sanitarios con tareas y funciones concretas durante los periodos de crisis es un componente fundamental de los planes de preparación para emergencias. En esos planes se debe prever la asignación de tareas a los trabajadores sanitarios en función de sus conocimientos y capacidad y de acuerdo con las intervenciones de salud previstas. En el cuadro 2.1 se presentan los distintos tipos de trabajadores sanitarios que el sistema público de atención de salud de Turquía desplegó durante el reciente brote de gripe aviar. Además del personal sanitario de los ministerios de salud, es preciso movilizar a los trabajadores de otros sectores.

En la respuesta a graves desastres naturales o brotes epidémicos es fundamental contar con equipos especializados en coordinación de situaciones de desastre, sobre todo para gestionar la gran cantidad de voluntarios capacitados que se despliega en esas situaciones. Dada la falta de trabajadores preparados y la aplastante demanda de éstos, es indispensable realizar una selección eficaz. Traspasar las tareas más sencillas a los miembros adecuados de la fuerza de trabajo y evitar desaprovechar la preparación de los trabajadores altamente cualificados son principios esenciales de una distribución eficaz de la fuerza de trabajo sanitario durante las situaciones de emergencia.

### **Estrategia 2.12 Aportar un apoyo adecuado a los trabajadores de primera línea**

La labor de los trabajadores que se ocupan de emergencias debe estar respaldada por medios de transporte, suministros y equipo de comunicaciones adecuados. Todo ello debe estar especificado en el plan de respuesta a emergencias. En el caso de las pandemias, ofrecer acceso a medidas de prevención y tratamiento a los trabajadores sanitarios constituye una prioridad (46). Además, hay que proporcionar periódicamente a esos trabajadores información sobre las medidas de control de las infecciones. Por otra parte, es preciso establecer directrices claras, según las cuales se proporcionarán medicamentos o vacunas a los trabajadores de primera línea.

Las emergencias exigen dedicar horas de trabajo extraordinarias, que a menudo provocan agotamiento físico y mental (21). Es necesario que existan incentivos y recompensas, tanto financieros como personales, para resarcir a los trabajadores sanitarios por los esfuerzos adicionales realizados. Esas medidas contribuyen a levantar el ánimo y a mantener el mayor nivel de compromiso posible con respecto a las tareas que se han de realizar. La planificación de las pérdidas mejora aún más la preparación (47).

<sup>1</sup>Para más información, véase: <http://www.who.int/hac/techguidance/training/hearnet/en>.

**Cuadro 2.1** Distribución del personal sanitario del sector público en respuesta al brote de gripe aviar en Turquía

Competencias necesarias en caso de brote de gripe aviar	Tipo de profesional sanitario en el contexto laboral													
	MS (central)	Dirección de atención de salud de distrito			Atención secundaria y terciaria de salud (hospitales)				Atención primaria de salud (centros de salud)					
		ESP/ MG/ E/EP	ESP	MG	E/EP	EEI	OE	MG	E	ESP	OE	MG	E/EP	TS
Gestión de operaciones														
Vigilancia														
Identificación de casos														
Verificación de casos	*													
Aislamiento de nuevos casos														
Tratamiento de nuevos casos						**	**							
Cuarentena de los contactos														
Gestión de la información del personal sanitario														
Comunicación de riesgos														
Gestión de los medios de comunicación y la información pública	***													
Control veterinario (sacrificio de pollos)														
Cuestiones intersectoriales (transporte, turismo)														

\* Por parte de los laboratorios centrales nacionales de referencia.

\*\* En Turquía sólo los especialistas en enfermedades infecciosas están facultados para recetar Tamiflu.

\*\*\* Salvo los funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud, nadie tiene autorización para hablar con los medios de comunicación.

E (enfermera): cuatro años de formación en escuela secundaria o universidad; no existen diferencias en cuanto el empleo o las funciones, pero en los hospitales hay más egresados de la universidad.

EEI (especialista en enfermedades infecciosas): egresado de la facultad de medicina con una formación de cuatro a cinco años.

EP (enfermera/partera): lo mismo que enfermera, pero con una formación específica para prestar servicios de salud materno-infantil, en particular para atender partos a domicilio.

ESP (especialista en salud pública): egresado de la facultad de medicina con una formación de tres a cuatro años en medicina comunitaria y salud pública. TSA (técnico en salud ambiental): 4 años de educación secundaria centrada en cuestiones de salud ambiental.

MG (médico general): egresado de la facultad de medicina (seis años de estudios) con licencia para ejercer.

MS: Ministerio de Salud

OE (otros especialistas): en medicina interna, pediatría, etc.: egresado de la facultad de medicina con una formación de cuatro a cinco años.

TS (técnico de sanidad): lo mismo que enfermera, pero se refiere sólo a los egresados de la escuela secundaria.

TSA (técnico en salud ambiental): 4 años de educación secundaria centrada en cuestiones de salud ambiental.



« Los conflictos a menudo causan daños graves y duraderos a la fuerza de trabajo sanitaria »

## TRABAJO EN SITUACIONES DE CONFLICTO Y POSCONFLICTO

Los conflictos causan a menudo daños graves y duraderos a la fuerza de trabajo sanitaria. Los trabajadores cualificados pueden resultar muertos o ser obligados a abandonar su empleo. Cuando los conflictos se prolongan, surgen una serie de tendencias destructivas. Los trabajadores civiles huyen de los centros de salud y los hospitales de las zonas peligrosas y los establecimientos de las zonas más seguras se encuentran con un exceso de personal. Los sistemas de gestión se vienen abajo, el entorno laboral se deteriora y los valores profesionales se debilitan (48). Los trabajadores sanitarios que están desesperados por ganarse la vida pueden llegar a aceptar sobornos o sustraer medicamentos. En los conflictos largos, los distintos organismos de socorro, cuyo principal objetivo suele ser encontrar personal que se ocupe de los refugiados, pueden verse en una situación de competencia para conseguir los pocos trabajadores sanitarios disponibles. En esos casos, los servicios públicos locales son casi siempre los perdedores (49).

Las crisis graves, sobre todo si son prolongadas, pueden distorsionar radicalmente la composición de la fuerza de trabajo sanitaria y disminuir su competencia. Los cursos intensivos destinados a preparar a los trabajadores sanitarios para hacer frente a las epidemias de enfermedades infecciosas y a la violencia sexual durante la fase aguda de una crisis suelen ser insuficientes. Por lo general, la capacitación improvisada prosigue durante la fase de reconstrucción posconflicto, pues se pasa por alto la complejidad que entraña formar a personal sanitario y se adoptan iniciativas apresuradas (por ejemplo cursos acelerados) para hacer frente al déficit de trabajadores clave, como médicos y enfermeras. Esas distorsiones – que entorpecen la recuperación del sector de la salud una vez terminados los conflictos y a menudo requieren estrategias agresivas, sostenidas y bien financiadas para ser corregidas – se pueden minimizar con una rectoría eficaz.

### Estrategia 2.13 Reunir y mantener información estratégica

En el entorno en constante transformación de las emergencias complejas, quienes desempeñan funciones de dirección en el sector de la salud han de dedicar esfuerzos desde un principio a obtener y actualizar información estratégica sobre la fuerza de trabajo sanitaria. Eso supone averiguar cuántos trabajadores sanitarios hay, dónde se encuentran y qué preparación tienen. Esas evaluaciones, realizadas sobre la base de información cuantitativa y cualitativa, deben englobar a todas las categorías de trabajadores sanitarios, sea cual sea su situación o cualificaciones (y no sólo a los del sector público). Un error que se comete a menudo es poner en marcha ambiciosos y detallados estudios o inventarios sobre el terreno que llevan demasiado tiempo para resultar útiles y entrañan grandes costos de oportunidad. Las actividades destinadas a obtener información estratégica han de ser pragmáticas y promover la adopción de medidas. Esa información, aunque esté incompleta, puede contribuir a que se continúe prestando atención a los recursos humanos en planes e iniciativas sectoriales más amplios.

### Estrategia 2.14 Invertir en planificación anticipada e intervenciones focalizadas

El establecimiento de un centro de coordinación de alto nivel de los recursos humanos para la salud en el ministerio de salud – como en el Afganistán, en que se creó a nivel de dirección general – o en el organismo que actúe como autoridad sanitaria puede constituir un elemento útil de confluencia y de referencia (50). Con esa medida hay más probabilidades de que se estudien planes anticipados para la rehabilitación de los recursos humanos cuando se examinan las prioridades de gastos y la gestión del gasto público. Por ejemplo, Mozambique preparó planes sobre los recursos humanos para la salud antes de que concluyera el conflicto en su territorio y pudo introducir medidas correctivas a tiempo (51). Por otra parte, las medidas que se adopten deben ajustarse a

circunstancias concretas. En las fases agudas de los conflictos se debe conceder suma importancia a la protección de los recursos humanos. Asimismo, en los casos de conflictos prolongados, la reparación es fundamental, al igual que la rehabilitación en las fases de transición.

### **Estrategia 2.15 Proteger lo que funciona**

Durante las fases agudas de los conflictos se debe centrar la atención en mantener y respaldar lo que funciona. En el recuadro 2.8 se pone de relieve la importancia de proteger los sistemas y servicios de salud durante los conflictos. La fuerza de trabajo se debe organizar de manera que preste apoyo a las islas institucionales que proporcionan de forma fiable servicios críticos, sobre todo a los almacenes de suministros médicos y los hospitales. Mantener una serie de centros en que se siga una práctica clínica y de gestión adecuada es fundamental para salvaguardar el concepto de lo que realmente significa un hospital, un centro de salud o un distrito que funciona bien. Los fondos de los donantes se deben canalizar a las estructuras que todavía funcionan, a fin de mantenerlas y abastecerlas adecuadamente. Esto es mejor que utilizarlas de forma precipitada para introducir nuevos métodos de intervención, como clínicas móviles, o poner en marcha campañas de inmunización de la población. Todo marcha mejor si se cuenta con la plena participación de organizaciones no gubernamentales y organismos humanitarios y se adoptan perspectivas de planificación a corto plazo, como el ciclo de 90 días utilizado en Darfur (Sudán) y en Liberia.

Incluso en países en crisis, muchos profesionales trabajan sin descanso sobre el terreno, a menudo sin sueldo alguno. Si se pretende hacer progresos, lo primero que se necesita es dinero en efectivo para que las instituciones funcionen, para que quienes trabajan en ellas puedan alimentarse, y para evitar que se recurra a cobrar a los usuarios o hurtar suministros. Pagar sueldos dignos a trabajadores locales es mucho más barato que emplear a voluntarios extranjeros.

### **Estrategia 2.16 Reparar y preparar**

En los casos de conflictos prolongados y emergencias complejas es necesario centrar la atención inicialmente en la reparación y en lograr que las cosas funcionen, y no en la reforma. Para poder prestar servicios de salud mínimos en las zonas rurales es preciso reforzar de inmediato el sistema de atención sanitaria y la fuerza de trabajo. Éste es

«*Incluso en países en crisis, muchos profesionales trabajan sin descanso y a menudo sin sueldo alguno*»

## Recuadro 2.8 Protección de los sistemas de salud y la práctica biomédica durante los conflictos

El uso y abuso de los conocimientos biomédicos y de salud pública en tiempos de guerra o conflicto armado son comunes. En países como Bosnia y Herzegovina, Camboya, la Alemania nazi y Rwanda se han cometido delitos y crímenes de salud pública y médicos, como desvío de suministros médicos y recursos humanos, maltratos y torturas, asesinatos médicos en nombre de la ciencia y eugenesia con fines sociales, con la complicidad de profesionales médicos y sanitarios. Sin embargo, son mucho más frecuentes los casos en que los profesionales de la salud son las propias víctimas. El ataque contra el hospital de Vukovar en vísperas de la guerra en la ex Yugoslavia, en 1991, pone de relieve la extrema vulnerabilidad de los establecimientos sanitarios y del personal médico que trabaja en las zonas en conflicto.

Desde que con el Código de Nuremberg se concluyera el proceso de los médicos – uno de los procesos subsiguientes al juicio principal de Nuremberg – y se fundara la bioética como disciplina independiente en 1947, decenas de tratados vinculantes, declaraciones y otros textos han establecido disposiciones muy precisas que prote-

gen a la población en general y a los profesionales de la biomedicina de sufrir daños (y tratan de impedir que los provoquen) tanto en tiempos de paz como de guerra. Por ejemplo, en junio de 1977 se añadieron 27 artículos, conocidos como los «principios de neutralidad médica» en tiempos de guerra, al cuerpo del derecho internacional humanitario, esto es, los Protocolos Adicionales de los Convenios de Ginebra. La reformulación más reciente de las competencias y funciones del personal de asistencia humanitaria en tiempo de conflicto y desastres provocados por el hombre se recoge en el Manual Esfera, un documento destinado a mejorar la calidad y promover una gestión más responsable del sistema de ayuda humanitaria.

Para evitar que los sistemas de salud y la práctica biomédica sufran daños es necesario un compromiso universal. Como requisito previo al cumplimiento de ese compromiso, habría que incorporar progresivamente en los planes de estudio oficiales de los profesionales de la salud asignaturas sobre bioética, derechos humanos y derecho humanitario.

un proceso difícil de gestionar y depende en parte de que se encuentren incentivos (monetarios o en forma de perspectivas de carrera) para animar a los trabajadores sanitarios a aceptar puestos en lugares poco atractivos.

Conceder atención a la reparación y preparación significa:

- redistribuir a los trabajadores sanitarios región por región o distrito por distrito (en lugar de programa por programa), de forma pragmática y flexible;
- ofrecer protección y apoyo a los trabajadores sanitarios;
- adoptar medidas tempranas para evitar la comercialización del sector de la salud, pues el cobro de tarifas a los usuarios resulta ineficaz y tiene efectos negativos;
- recabar el compromiso de la comunidad de donantes y de los principales agentes para llegar a un consenso con respecto a los criterios de planificación de los recursos humanos y las normas relativas al apoyo a las redes existentes, las escalas de sueldos, los contratos y las directrices esenciales en materia de medicamentos.

### **Estrategia 2.17 Rehabilitar el sistema de salud cuando comienza la estabilidad**

Cuando una situación de crisis empieza a estabilizarse, lo primero que hay que hacer es adoptar medidas para corregir las distorsiones del mercado laboral, lo cual consiste en:

- Establecer mecanismos para evaluar el nivel de competencia de los trabajadores sanitarios al salir de la crisis, además de analizar las categorías, las descripciones de funciones y los programas de capacitación que han surgido durante la crisis.
- Organizar actividades de readaptación profesional para colmar las lagunas de conocimientos. Los trabajadores sanitarios que han recibido sobre todo formación en aulas deberán recibir formación clínica y, a su vez, las personas que han recibido capacitación práctica habrán de adquirir en clase los conocimientos necesarios para tener más autonomía.
- Poner más límites a la expansión no regulada de la fuerza de trabajo. Si la fuerza de trabajo es demasiado grande, se deberá congelar la contratación y las actividades de formación previas al servicio e invertir en capacitación en el servicio. Habrá que considerar si es preferible formar a personal adicional o conceder prioridad a la readaptación del personal disponible que tiene una preparación limitada.
- Conceder gran atención a la educación de médicos y enfermeras lo antes posible una vez terminados los conflictos, para restablecer un buen nivel educativo y evitar así que se forme mal a una gran cantidad de médicos y enfermeras.
- Proseguir la redistribución del personal y establecer redes de atención sanitaria en las zonas que han estado desatendidas.
- Ampliar el suministro de servicios de salud, ofrecer acceso a todos, independientemente de la capacidad de pago, y establecer medidas de protección contra las posibles consecuencias financieras de la atención de salud.

## **CONCLUSIONES**

Los desafíos que se han descrito en el presente capítulo muestran la amplia gama de necesidades a las que se espera que atienda la fuerza de trabajo sanitaria. Analizar esos desafíos desde la perspectiva de la fuerza de trabajo contribuye a definir las oportunidades y dificultades que se plantean. Las evaluaciones realizadas a tal efecto ponen de relieve que hay un sinfín de elementos diferentes, pero también muchos objetivos comunes (coordinación entre los sectores, simplificación de tareas, prestación de apoyo adecuado a los trabajadores sanitarios, etc.).

Muy importante para el tema en que se centra este informe es el imperativo de aunar esfuerzos a que se alude reiteradas veces. La necesidad de que los distintos sectores colaboren para tratar enfermedades crónicas y hacer frente a situaciones de emergencia, de aprovechar las sinergias entre los distintos programas destinados a

alcanzar los ODM y de reunir a los diferentes interesados para llegar a un consenso sobre estrategias que protejan las iniciativas que funcionan bien en las situaciones de conflicto demuestran sobradamente lo imprescindible que es aunar esfuerzos.

Cuando se analiza cada uno de esos objetivos desde la perspectiva de la fuerza de trabajo se llegan a conocer aspectos importantes no sólo acerca de las necesidades, sino también sobre innovaciones interesantes. Los esfuerzos por integrar la gestión clínica de las enfermedades de adultos y el traspaso de competencias relacionado con el nuevo paradigma de la gestión de las enfermedades crónicas constituyen innovaciones importantes en el ámbito de la capacitación y la distribución de la fuerza de trabajo. Aprovechar y alimentar esos conocimientos e innovaciones ha de ser un objetivo clave de una planificación más sistémica de la fuerza de trabajo sanitaria.

Un mensaje clave que se desprende de este capítulo es la necesidad de planificar la fuerza de trabajo sanitaria teniendo en cuenta esos desafíos fundamentales y la relación entre ellos. Como se ha indicado, en las situaciones de conflicto y posconflicto, la evaluación de los recursos humanos es un importante primer paso. Cuando se sabe que hay un déficit de trabajadores sanitarios en relación con la prestación de determinados servicios, se pueden organizar respuestas debidamente ampliadas (en contraposición a incrementales). Los resultados de la citada evaluación ayudan a formarse una idea más realista y general de las necesidades del sector de la salud.

No obstante, esos análisis concretos apuntan a la necesidad de una planificación más global de la fuerza de trabajo siguiendo el modelo de entrada – etapa laboral – salida (Panorama general). La necesidad de nuevos tipos de cualificaciones y trabajadores, de una mayor uniformización de los conocimientos y de nuevos programas y actividades de readaptación impone grandes exigencias a las instituciones de formación de trabajadores sanitarios. Este tema se aborda de forma más detallada en el capítulo 3. La importancia de un manejo eficaz de las aptitudes del personal con respecto a las tareas que hay que desempeñar y de la información sobre los resultados y el uso de distintos métodos de gestión, desde la delegación de tareas hasta la colaboración y las funciones de mando y control, se encuentran entre los elementos que hay que tener en cuenta para optimizar el rendimiento de la fuerza de trabajo in situ (véase el capítulo 4). Por último, la necesidad de garantizar la salud de la fuerza de trabajo y de realizar una planificación adecuada de los periodos de descanso, e incluso las defunciones, de los trabajadores son aspectos importantes que hay que tener en cuenta para responder a las pérdidas de personal (véase el capítulo 5).

## REFERENCIAS

1. Travis P, Bennet S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
2. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:267–276.
3. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
4. The Joint Learning Initiative. *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2004.
5. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yémadji N, Mills A. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (Working Paper 01/04).
6. Haines A, Cassels A. Can the Millennium Development Goals be attained? *BMJ*, 2004, 329:394–397.
7. Kober K, Van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 2004, 364:103–107.
8. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

9. *Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region. Final draft.* Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2004.
10. *Global health partnerships: assessing country consequences.* Fundación Bill y Melinda Gates/McKinsey & Company, 2005.
11. Palmer D. *Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programmes.* DFID-Malawi, diciembre de 2004.
12. Molyneux D. Lymphatic Filariasis (Elephantiasis) Elimination: a public health success and development opportunity. *Filaria Journal*, 2003, 2:13.
13. Chowdhury AMR, Cash RA. *A simple solution: teaching millions to treat diarrhoea at home.* Dhaka, University Press, 1996.
14. *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos el rumbo de la historia.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
15. Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources [Eradicación de la poliomielitis: movilización y gestión de los recursos humanos]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268–273 (resumen en español).
16. *Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH\\_ART\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf)).
17. Gove S, Celletti F, Seung KJ, Bitalabeo A, Vansson M, Ramzi A et al. *IMAI operational package for integrated management of HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector.* Documento presentado en la 14a Conferencia Internacional sobre el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual en África, 4–9 de diciembre de 2005, Abuja (Nigeria).
18. Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community [Diagnóstico del paludismo en una zona remota de Filipinas: comparación de distintas técnicas y de su aceptación por los agentes de salud y por la comunidad]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79(10):933–941 (resumen en español).
19. Cho-Min-Naing, Gatton ML. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.
20. Sibley M, Sipe A, Armelagos GJ, Barrett K, Finley EP, Kamat V et al. *Traditional birth attendant training effectiveness: a meta-analysis.* Washington, DC, Academy for Educational Development, 2002 (documento inédito del Proyecto SARA).
21. Kinoti S, Tawfik L. *Impact of HIV/AIDS on 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/documents/en/>).
22. *Preventing chronic diseases: a vital investment.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
23. *Improving medical education: enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula.* Washington, DC, National Academies Press for the Institute of Medicine, 2004.
24. *Human resources and training in mental health. WHO mental health policy and service guidance package.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
25. O'Neil EH, Pew Health Professions Commission. *Creating health professional practice for a new century.* San Francisco, CA, Pew Health Professions Commission, 1998.
26. *Human resources and national health systems: shaping the agenda for action.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
27. *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994.
28. Griner P. The workforce for health: response. In: *2020 vision: health in the 21st century.* Washington, DC, National Academies Press for the Institute of Medicine, 1996:102–107.
29. *Physician concerns: caring for people with chronic conditions.* Baltimore, MD, Partnership for Solutions, 2003 (<http://www.partnershipforsolutions.com>, consultado el 26 de enero de 2006).
30. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*, 2005, 330:637–639.

31. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership as a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 2000, 320:525–527.
32. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*, 2000, 320:572–575.
33. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 2001.
34. Organización Mundial de la Salud. *Mental health atlas 2005* ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/), consultado el 30 de enero de 2006).
35. Lorig KR, Ritter P, Stewart A, Sobel D, Brown B, Bandura A et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.
36. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen YE, Zhu L, Yang H et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial [Aplicación y evaluación cuantitativa del programa de automanejo de enfermedades crónicas en Shanghai (China): ensayo controlado aleatorizado]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:174–82 (resumen en español).
37. *Pulling together: the future roles and training of mental health staff*. Londres, The Sainsbury Centre for Mental Health, 1997.
38. Adams O, Dolea C. *Social valuation of the medical profession*. Documento presentado en el Congress on health-related professions as a social risk, Albert Schweitzer Centre, Torino, 31 de enero de 2004. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
39. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework* (<http://www.safetyandquality.org/framework0705.pdf>, consultado el 30 de enero de 2006).
40. *World alliance for patient safety. Forward programme 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
41. Nukuro E. *Engaging stakeholders for health workforce issues. Lessons from pandemic influenza outbreak in the Western Pacific Region*. Documento presentado en el WHO Forum on Combating the Global Health Workforce Crisis, 26–28 de octubre de 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
42. Liese B, Blanchet N, Dussault G. *The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
43. Covello V, Allen F. *Seven cardinal rules of risk communication*. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, Office of Policy Analysis, 1988.
44. Limpakarnjanarat K, International Emerging Infections Program (IEIP), Thailand, MOPH–US CDC Collaboration. Comunicación personal, 25 de octubre de 2005.
45. Wibulpolprasert S. WHO Forum on Combating the Global Health Workforce Crisis, 26–28 de octubre de 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 [comunicación personal].
46. Organización Mundial de la Salud. *Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos* (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/es/index.html>, consultado el 30 de enero de 2006).
47. Wilson N, Baker M, Crampton P, Mansoor O. The potential impact of the next influenza pandemic on a national primary care medical workforce. *Human Resources for Health*, 2005, 3:7.
48. Pavignani E. The impact of complex emergencies on the health workforce. *Health in Emergencies*, 2003, 18:4–6.
49. Van Lerberghe W, Porignon D. Of coping, poaching and the harm they can do. *Health in Emergencies*, 2003, 18:3.
50. Smith JH. *Issues in post-conflict human resources development*. Documento presentado en REACH–Afghanistan, Management Sciences for Health, Ginebra, 12 de septiembre de 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
51. Health service delivery in post-conflict states. Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. París, 14–15 de noviembre de 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/HealthServiceDelivery.pdf>, consultado el 30 de enero de 2006).