

potenciar al máx



capítulo cuatro

¿Cómo el personal sanitario existente

En este capítulo

67	¿Qué se entiende por un correcto desempeño del personal sanitario?
70	¿Qué determina el desempeño de los trabajadores sanitarios?
71	¿Qué influye en el desempeño de los trabajadores sanitarios?
87	¿Cómo se relacionan los instrumentos con las cuatro dimensiones del desempeño del personal sanitario?
89	Conclusiones

El personal de salud de un país se compone de trabajadores sanitarios que se encuentran en etapas muy diversas de sus vidas laborales; trabajan en muchos tipos distintos de organizaciones y lo hacen sujetos a condiciones y presiones en continua evolución. Sean cuales sean

las circunstancias, una estrategia eficaz dirigida a la fuerza laboral debe centrarse en tres objetivos fundamentales: mejorar la contratación, ayudar al personal existente a potenciar su desempeño, y ralentizar el ritmo de abandono de la fuerza laboral. Este capítulo analiza el segundo de estos objetivos: la optimización del desempeño del personal existente.

Las estrategias orientadas a potenciar el desempeño de los trabajadores son fundamentales por cuatro razones:

- Probablemente ofrezcan resultados antes que las dirigidas a incrementar los efectivos.
- Las posibilidades de incrementar el suministro de trabajadores sanitarios serán siempre limitadas.
- Una fuerza de trabajo motivada y productiva alentará la contratación y la retención de trabajadores.
- Los gobiernos tienen para con la sociedad la obligación de garantizar que los recursos humanos y económicos limitados se utilicen de la forma más justa y eficiente posible.

En este capítulo se describen cuatro dimensiones del desempeño de la fuerza de trabajo: disponibilidad, competencia, sensibilidad a las necesidades y productividad, y se analizan los instrumen-

tos disponibles para mejorarlas. Existen muchas formas de mejorar el desempeño, algunas orientadas a los trabajadores sanitarios a título individual y otras dirigidas a las organizaciones en las que trabajan.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR UN CORRECTO DESEMPEÑO DEL PERSONAL SANITARIO?

El desempeño del personal sanitario es fundamental porque repercute de manera inmediata en la dispensación de servicios de salud y, en último término, en la salud de la población. Se entiende por correcto desempeño el de un personal que trabaja de forma sensible a las necesidades, justa y eficiente para lograr los mejores resultados sanitarios posibles dados los recursos y las circunstancias.

Cuadro 4.1 Dimensiones del desempeño del personal sanitario

Dimensión	Descripción
Disponibilidad	Disponibilidad espacial y temporal: comprende la distribución de los trabajadores y su presencia en el lugar de trabajo.
Competencia	Comprende la combinación de conocimientos técnicos, de capacidades y actitudes, y de comportamientos en el trabajo.
Sensibilidad a las necesidades	Alude al trato correcto a las personas, independientemente de que su salud mejore o no, o de quiénes sean.
Productividad	Alude a la producción de servicios de salud eficaces y resultados sanitarios al máximo nivel posible dado el personal disponible, así como a la racionalización del uso del tiempo o las capacidades del personal.

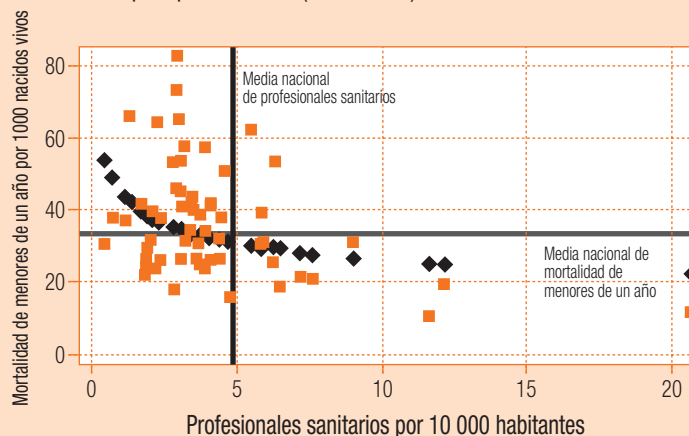
Las evaluaciones del desempeño del personal sanitario basadas en cuánto contribuye éste a la mejora deseada de la salud de la población dejan patente que dicho desempeño puede variar mucho. El recuadro 4.1 ofrece un ejemplo de cómo utilizan los trabajadores sanitarios los recursos económicos disponibles con efectos muy diversos sobre la mortalidad de menores de un año, incluso tras ajustar los datos al nivel de educación y de pobreza de la población. Este método de análisis del desempeño revela áreas en las que una fuerza de trabajo está rindiendo bien y áreas en las que cabría introducir mejoras, pero no explica por qué varía el desempeño o qué se puede hacer al respecto.

Recuadro 4.1 Mortalidad de menores de un año y densidad de trabajadores sanitarios en Viet Nam

Se analizaron las tasas de mortalidad de menores de un año en relación con la densidad de proveedores de atención de salud en 1999. En la figura siguiente, los puntos negros representan las cifras medias en las provincias. En muchas de ellas, representadas con puntos rojos, los resultados eran mejores de lo previsto según su densidad de trabajadores sanitarios – quedan por debajo de la línea negra –, mientras que en otras eran peores. Un análisis más detallado revela que ello obedece, en parte, a diferencias en la disponibili-

dad de recursos económicos, cuantificados como gasto sanitario por habitante. Se calculó un indicador de la eficiencia con la que los trabajadores sanitarios de cada provincia utilizan los recursos económicos disponibles para reducir la mortalidad, con los ajustes pertinentes en función del nivel educativo y de pobreza. La eficiencia está comprendida entre el 40% y el 99%, lo que lleva a preguntarse por qué el desempeño de los trabajadores sanitarios parece ser mejor en algunas provincias que en otras (1, 2).

Mortalidad de menores de un año y densidad de profesionales sanitarios, por provincias (Viet Nam)



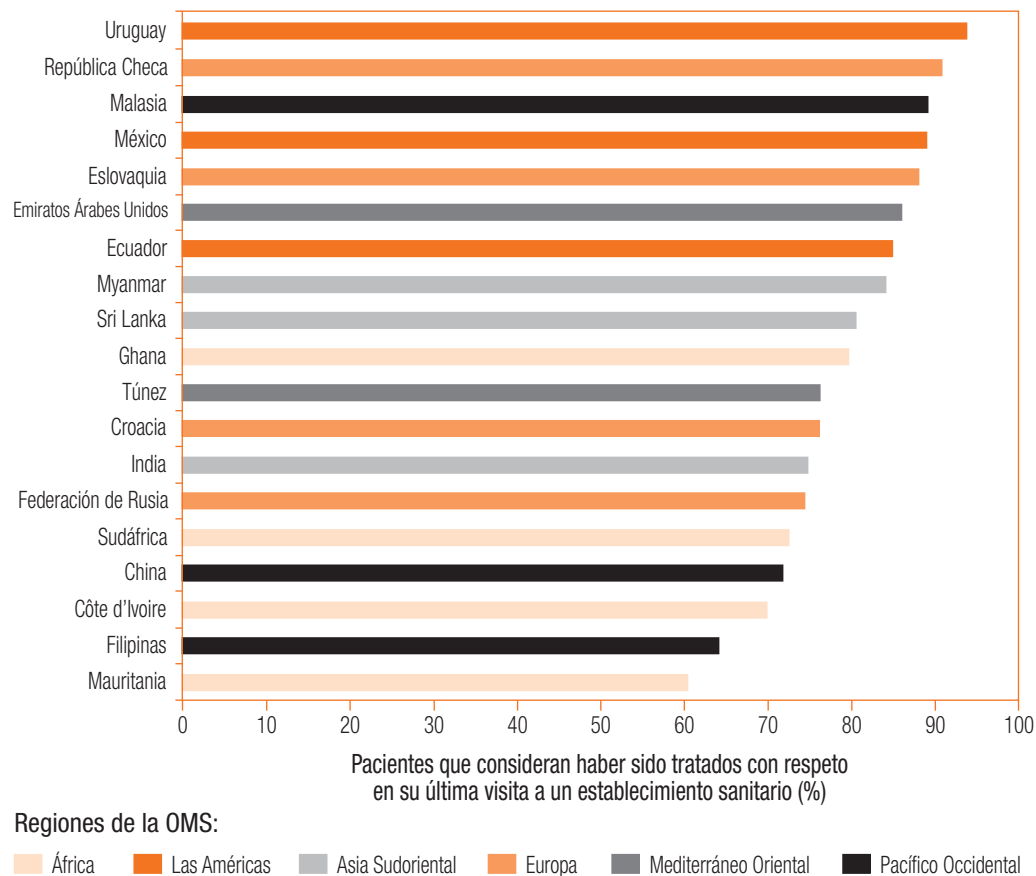
- ◆ Mortalidad provincial de menores de un año prevista en función de los recursos disponibles (basada en un modelo).
- Mortalidad provincial observada en menores de un año.

Otro método consiste en estudiar las cuatro dimensiones del desempeño de la fuerza laboral que se piensa que contribuyen a mejorar la dispensación de servicios y la salud (véase el cuadro 4.1). Considerar el problema desde esta perspectiva puede ayudar a seleccionar áreas en las que actuar.

Esta sencilla descripción determina el alcance de cualquier estrategia dirigida al personal sanitario y ofrece un marco para evaluar si está surtiendo o no los efectos deseados. Dicho marco trasciende la perspectiva tradicional, centrada en los recursos (disponer del número adecuado de trabajadores en el lugar y el momento oportunos, con las aptitudes pertinentes y el apoyo necesario para trabajar (3), y tiene en cuenta los productos y los resultados de la fuerza laboral.

¿Qué se sabe acerca de las diversas dimensiones del desempeño del personal sanitario mostradas en el cuadro 4.1? Ya se ha expuesto en el capítulo 1 lo que se entiende por **disponibilidad** de la fuerza laboral a nivel nacional e internacional. En el presente capítulo se describen las estrategias para aprehender de forma más sistemática algunas de las restantes dimensiones. Sobre todas ellas los datos son escasos, en particular en los países de ingresos bajos. En cualquier caso, para determinar si las políticas dirigidas a su fuerza laboral están teniendo los efectos deseados, los países necesitarán algunos indicadores del desempeño. Tanto en países ricos como en países pobres se han llevado a cabo estudios de **productividad** en el sector sanitario (4). Un estudio reciente estimó que la productividad del personal de dos países africanos podría mejorar hasta un 35% y un 25%, respectivamente (5). Están en marcha iniciativas, desde sencillas hasta

Figura 4.1 Pacientes que consideran haber recibido un trato respetuoso en establecimientos sanitarios de 19 países



sofisticadas, para evaluar en qué medida los trabajadores sanitarios son **competentes** (6–9) y muestran rasgos de **sensibilidad a las necesidades**, como respeto hacia las personas a las que atienden. La figura 4.1 ilustra los resultados de una encuesta realizada en 19 países, según la cual la proporción de pacientes que consideraron que habían sido tratados con respeto cuando acudieron a establecimientos sanitarios iba desde el 60% hasta el 90%.

Al analizar cada dimensión del desempeño del personal sanitario se observan importantes diferencias entre los trabajadores, y es preciso tenerlas en cuenta al elaborar las políticas. El recuadro 4.2 ofrece un ejemplo de ello.

Es difícil medir y vigilar el desempeño y muy sencillo manipular los datos (15). Muchos de los indicadores de recursos humanos y dotación de plantillas se miden sólo en los sistemas con una infraestructura de información relativamente compleja. Es preciso determinar cuáles de los indicadores existentes informarían mejor acerca de las cuatro dimensiones del desempeño de la fuerza de trabajo, pero el cuadro 4.2 ilustra algunas posibilidades. Estas cuatro dimensiones son consecuencia de factores como la rotación y la motivación del personal. Probablemente interese medir también indicadores de los determinantes del desempeño, como las visitas de supervisión y la seguridad en el lugar de trabajo.

Muchas personas consideran la retroinformación sobre el desempeño no sólo una necesidad para la elaboración de políticas, sino también un poderoso instrumento para influir en los comportamientos de los trabajadores y las organizaciones sanitarias si va unida a recompensas y sanciones. Las aplicaciones de la vigilancia del desempeño se comentan más adelante en este capítulo.

¿QUÉ DETERMINA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS?

Para comprender las diferencias en el desempeño de los trabajadores sanitarios es útil analizar los factores que influyen en su trabajo. Durante muchos años se dio por sentado que el desempeño deficiente se debía fundamentalmente a la falta de conocimientos teóricos y prácticos. En los últimos años, esta opinión ha variado y se reconocen ahora tres grandes grupos de factores.

- *Características de la población atendida:* es más sencillo ampliar la cobertura de la inmunización o mejorar la observancia del tratamiento de la tuberculosis o de la infección por el VIH allí donde la población conoce los beneficios y cuenta con la motivación y los recursos necesarios para solicitar servicios.
- *Características de los propios trabajadores sanitarios,* como el origen sociocultural, los conocimientos, la experiencia y la motivación.

Recuadro 4.2 Diferencias de desempeño entre proveedores masculinos y femeninos de servicios de salud

En ocasiones, el personal sanitario masculino y el femenino abordan su trabajo e interaccionan con los pacientes de distinta manera. En un reciente estudio llevado a cabo en Brasil se observó que las mujeres pasaban más tiempo en consulta con cada paciente menor de cinco años (un minuto más, de media) que sus colegas masculinos, incluso tras ajustar los resultados en función de otros determinantes del tiempo disponible, como el cupo de pacientes. La diferencia era más acentuada entre los profesionales formados en los protocolos de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), lo que indica que también la influencia de la formación podría variar según el sexo del médico (11).

En los Estados Unidos era más probable que las mujeres se sometieran a citologías vaginales y mamografías de cribado si eran

vistas por facultativos mujeres, y la diferencia resultaba más patente en el caso de internistas y médicos de familia que en el de obstetras y ginecólogos (12). Las pacientes femeninas, y en particular las que solicitaban consejo ginecológico y obstétrico, dijeron estar más satisfechas con las mujeres médicos que con los hombres (13, 14).

En conjunto, estos resultados indican que, en determinadas circunstancias, ciertos aspectos de la atención prestada por las profesionales sanitarias pueden ser más sensibles a las necesidades de los pacientes que la atención dispensada por médicos varones. Estas diferencias podrían ser importantes para el desarrollo del personal sanitario, pero es preciso conocerlas mejor.

- **Características del sistema sanitario**, y del entorno en general, que determinan las condiciones en las que trabaja el personal sanitario. Comprenden los recursos de los que éste dispone para realizar su trabajo, la forma en que está organizado el sistema de salud, cómo se remunera, supervisa y gestiona a los trabajadores, y factores como la seguridad personal de éstos.

Estos elementos están interconectados. Por ejemplo, muchos autores consideran que la motivación (el grado de esfuerzo y de deseo de trabajar correctamente) es fundamental para el desempeño. Viene determinada tanto por factores propios de los trabajadores como por factores de su entorno laboral y social (17).

¿QUÉ INFLUYE EN EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS?

Se puede recurrir a diversos instrumentos para promover un mejor desempeño, tanto a nivel individual como del conjunto del personal sanitario. De ellos, los principales se distribuyen en un primer grupo *relacionado con el puesto de trabajo*, un segundo grupo relacionado con los *sistemas de apoyo* que todos los trabajadores necesitan para llevar a cabo su trabajo, y un tercer grupo compuesto por los instrumentos que generan y modelan un *entorno laboral favorable*. Es raro hallar una relación directa entre un determinado instrumento y un cambio que se desea lograr. Considerados en conjunto, representan una lista de opciones para los responsables de políticas, de la cual deben seleccionarse diversos elementos y combinarse para hacer frente a retos concretos relacionados con el personal sanitario.

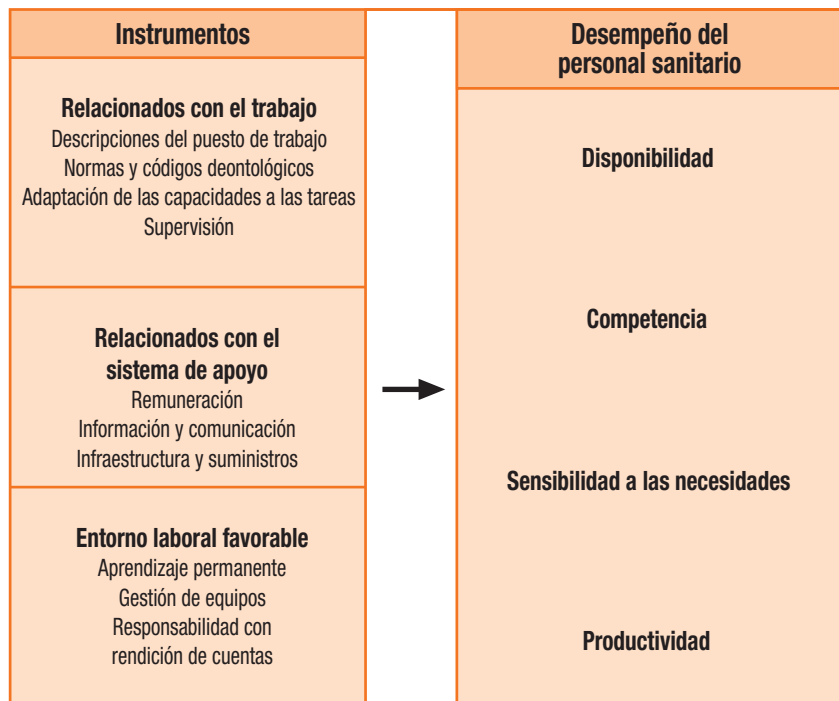
La figura 4.2 resume varios de los instrumentos clave existentes y las características de la fuerza laboral en las que pueden influir colectivamente. Unos han resultado relativamente fáciles de implantar, mientras que otros son más complejos. Unos ofrecen la posibilidad de obtener resultados relativamente rápidos, a diferencia de otros, que actúan a mucho más largo plazo. Unos son baratos y otros caros. Unos no son exactamente instrumentos de políticas, pero afectan a la productividad – por ejemplo, pagar una factura

Cuadro 4.2 Indicadores de recursos humanos para evaluar el desempeño del personal sanitario

Dimensión	Posibles indicadores
Disponibilidad	Proporciones de personal Tasas de ausencia Tiempo de espera
Competencia	Individual: prácticas de prescripción Institucional: tasas de reingreso; nacidos vivos; infecciones cruzadas
Sensibilidad a las necesidades	Satisfacción del paciente; evaluación de la sensibilidad a las necesidades
Productividad	Camas ocupadas; visitas ambulatorias; intervenciones dispensadas por trabajador o servicio

Fuente: (16).

Figura 4.2 Instrumentos que influyen en las cuatro dimensiones del desempeño del personal sanitario



de calefacción para caldear un establecimiento de salud lo suficiente como para que lo utilicen el personal y los pacientes. Y todos ellos han de aplicarse en el marco de una concepción general de la fuerza laboral a medio y largo plazo. Las mejoras en el desempeño y la productividad del personal sanitario suelen ser el resultado de un conjunto de intervenciones interrelacionadas, no de acciones aisladas o sin coordinar (18).

Seleccionar los instrumentos adecuados y determinar cuándo y dónde utilizarlos exige no sólo conocer dichos instrumentos, sino también otros aspectos importantes que pueden influir en su eficacia, como la estructura, la cultura y la capacidad institucional de la organización de la que se trate, así como expectativas y valores sociales más generales. Las acciones tendentes a alentar una mejora del desempeño y la productividad pueden ir dirigidas al individuo, al equipo, a la organización o al sistema en su conjunto (19). Algunos de estos instrumentos pueden incorporarse a un sistema sanitario existente por voluntad de los gestores de establecimientos o servicios locales. Otros, en cambio, requieren que la decisión se tome a niveles más altos o en otros sectores – sobre todo si implican cambios estructurales. Aunque para los gestores es práctico centrarse primero en una o dos cosas sobre las que desean influir directamente y que pueden modificarse con más facilidad, a veces no basta con ello para lograr mejoras de entidad en el desempeño de la fuerza laboral, y probablemente haya que considerar un conjunto más amplio de cambios en materia de gestión y organización.

Los tres apartados siguientes del capítulo resumen los conocimientos actuales sobre la eficacia de los diversos instrumentos. Al abordar cada uno de ellos se consideran cuatro aspectos que preocupan a las instancias decisorias: la firmeza de la base de conocimientos, lo que se sabe acerca de la facilidad de aplicación, el coste, y el tiempo necesario para observar los efectos. De momento se dispone de pocos datos sólidos acerca de qué instrumentos funcionan, pero, dada la crisis de personal sanitario que afrontan muchos países, ello no es excusa para la inacción. Al mismo tiempo, esta falta de pruebas hace que sea fundamental llevar a cabo un seguimiento minucioso de las tendencias y los efectos para poder rectificar la trayectoria cuando sea necesario, y realizar un esfuerzo mucho mayor por evaluar y difundir los datos en el ámbito nacional e internacional.

Instrumentos relacionados específicamente con el puesto de trabajo

Una serie de instrumentos que influyen en el desempeño del personal son específicos de cada empleo o puesto de trabajo, a saber, las descripciones claras de los puestos de trabajo, las normas profesionales y los códigos deontológicos, una correcta adecuación de las aptitudes a las tareas encomendadas, y la supervisión (20–22).

Estrategia 4.1 Elaborar descripciones claras de los puestos de trabajo

Las descripciones de puestos de trabajo en las que se fijan claramente los objetivos, las responsabilidades, la autoridad y los cauces de rendición de cuentas se asocian regularmente a un mejor logro de los objetivos laborales en todos los tipos de trabajadores (23). Además, las medidas encaminadas a elaborar descripciones claras de los puestos de trabajo pueden tener efectos bastante rápidos. Un programa conjunto de la OMS y el Ministerio de Salud de Indonesia ha demostrado que la elaboración de dichas descripciones, unida a una mejor formación en el puesto de trabajo y a normas más claras, puede mejorar la satisfacción laboral y el cumplimiento de dichas normas entre el personal de enfermería y partería (véase el recuadro 4.3). En muchos países, los trabajadores sanitarios carecen todavía de descripciones adecuadas de sus puestos de trabajo, por lo que esta estrategia encierra un gran potencial.

Estrategia 4.2 Normas de apoyo y códigos deontológicos

El desempeño de los trabajadores sanitarios, tanto en lo que se refiere a la competencia como a la respuesta a las necesidades, está influido también por su sentido de la iden-

tividad profesional, la vocación y la deontología. Se dan muchos casos de trabajadores sanitarios que siguen prestando asistencia pese a trabajar en condiciones difíciles, y a veces peligrosas. A continuación se resumen algunas formas de respaldar o, cuando sea necesario, de generar valores, normas y aspiraciones.

En el ámbito de la salud, los conceptos de «profesionalidad» y vocación tienen una larga tradición. Casi todos los médicos y pacientes han oído hablar del Juramento Hipocrático, que es el código deontológico más antiguo de los vigentes. Todavía hoy lo prestan muchos licenciados en medicina. De los trabajadores sanitarios se espera que obren de forma íntegra, apliquen desinteresadamente sus conocimientos técnicos y antepongan los intereses de los pacientes a los suyos propios (30, 31). A menudo, los códigos deontológicos se inculcan por cauces no escritos y tardan en desarrollarse, pero pueden convertirse en una importante fuente de motivación interna.

Una de las funciones de las asociaciones profesionales consiste en impulsar este sentimiento de identidad profesional valorada y, por tanto, de responsabilidad y mayor exigencia moral (32). En el caso de las profesiones más «modernas», como la gestión, las asociaciones profesionales son relativamente nuevas (por ejemplo, la *European Health Management Association* sólo tiene 25 años) y todavía faltan en muchos países. Crear asociaciones profesionales puede ser una estrategia deseable a largo plazo, pero se tarda en ponerlas en marcha. También se ha intentado crearlas para proveedores menos regulados, como los vendedores de medicamentos, con el propósito de que sus actividades se ajusten más a los criterios de buena práctica.

En los países muy pobres, las estrategias de los trabajadores sanitarios para hacer frente a las difíciles condiciones de vida pueden volverse tan frecuentes que pongan en

Recuadro 4.3 Mejora del desempeño del personal sanitario: intervenciones relacionadas con el puesto de trabajo

Elaboración de descripciones claras de los puestos de trabajo: Indonesia

En 2000, una encuesta realizada entre 856 enfermeras y parteras de cinco provincias reveló que el 47,4% de estas profesionales no disponían de descripciones por escrito de sus puestos de trabajo, el 39,8% realizaban tareas distintas de enfermería o partería y el 70,9% no habían recibido formación en el empleo durante los últimos tres años. Se puso en marcha un Sistema de Gestión del Desempeño Clínico que elaboró descripciones claras de los puestos de trabajo con exposición de las responsabilidades y la rendición de cuentas, proporcionó formación en el empleo, basada fundamentalmente en debates reflexivos, e instauró un sistema de vigilancia del desempeño. El personal al que se aplicó el programa informó de que las descripciones de los puestos de trabajo, unidas a las normas de operaciones y procedimientos, les habían imbuido mayor confianza en sus funciones y responsabilidades.

Los hospitales participantes notificaron asimismo que el programa había contribuido a garantizar la calidad y a facilitar la acreditación del centro hospitalario (24).

Mantener los valores profesionales: tensiones y soluciones propuestas desde Cabo Verde y Mozambique

En un estudio acerca de cómo perciben los trabajadores sanitarios la dificultad de mantener los valores profesionales se constató que viven un conflicto entre la imagen que tienen de sí mismos como funcionarios civiles honrados que desean desempeñar correctamente su trabajo y las realidades de la vida que los llevan a traicionar dicha imagen. Por ejemplo, el uso indebido del acceso a los productos farmacéuticos se ha convertido en un elemento clave de las estrategias de supervivencia que algunos trabajadores sanitarios emplean para incrementar sus ingresos. Los autores concluyen que esta ambigüedad es signo de que todavía es posible intervenir, y que habría que hacerlo prontamente, antes de que estas prácticas se enquisten. Para corregir la situación, los encuestados propusieron, por ejemplo, instaurar una gestión más eficaz y rigurosa de las existencias,

mejorar las condiciones de trabajo, informar a la población sobre este tipo de prácticas, y apelar a los valores personales y profesionales de las personas (25).

Adaptar las aptitudes a las tareas: ejemplos de desequilibrios

Un estudio realizado en la República Unida de Tanzania estimó que un funcionario médico de distrito dedicaba el 40%-50% del tiempo a escribir informes y el 20% a acoger misiones (26). En Uganda, los gestores de distrito calcularon que pasaban el 70%-80% del tiempo planificando, redactando informes e impartiendo talleres de formación. Les quedaba poco tiempo para poner en marcha actividades (27). Una encuesta realizada en hospitales de Washington, D.C. (Estados Unidos) mostró que por cada hora de atención a pacientes en un servicio de urgencias había una hora de papeleo (28).

Llevar a cabo una supervisión que ofrezca respaldo: el caso de Ghana

En hospitales cuasipúblicos, la función del supervisor era la piedra angular de la mejora del desempeño: una presión más intensa y su conocimiento de los procesos, percibido por los proveedores de servicios, mantuvieron a éstos alerta; los propios supervisores se sentían presionados más directamente para alcanzar un desempeño o unos resultados buenos (por ejemplo, con miras a conservar el puesto, los incentivos económicos u otras prestaciones). En los hospitales públicos estudiados los supervisores parecían tener menos autoridad y, respecto al desempeño, daba la impresión de que se hacía más hincapié en las manifestaciones de obediencia, puntualidad y respeto que en la correcta realización de labores técnicas. Pueden ser útiles los sistemas que reorientan a los supervisores y evalúan formalmente el desempeño basándose en la productividad de éstos en lugar de hacerlo en la de los proveedores de servicios (29).

«El desempeño de los trabajadores sanitarios está influido por su sentido de la identidad profesional, la vocación y la deontología»

peligro el mantenimiento de la ética profesional. En el recuadro 4.3 se explica cómo perciben el problema los trabajadores de dos países.

Muchos empleadores están introduciendo códigos deontológicos explícitos y escritos para todos sus empleados, en los que se indica, por ejemplo, que deben llegar puntualmente al trabajo, tratar a los pacientes con dignidad y respeto, y proporcionarles toda la información. No se ha documentado la eficacia de estos códigos (y generalmente es sólo un aspecto de un conjunto más amplio de intervenciones de gestión), pero la lógica permite suponer que su eficacia dependerá de en qué medida se comuniquen y se hagan cumplir.

También se utilizan instrumentos más formales para orientar el comportamiento de los trabajadores sanitarios en una determinada dirección. Por ejemplo, un gobierno podría introducir un reglamento por el que no se permitiera a los trabajadores sanitarios del sector público que ejercieran privadamente durante las horas de trabajo en establecimientos públicos. Para que estas normas y reglamentos

obren el efecto deseado, deben difundirse adecuadamente, y en caso de incumplimiento hay que adoptar medidas. También las autorizaciones para el ejercicio y las acreditaciones contribuyen a fomentar criterios de calidad asistencial entre los trabajadores y las instituciones a las que pertenecen. A menudo la eficacia de los reglamentos es limitada por falta de capacidad institucional para velar por su cumplimiento. Este problema se comenta más detenidamente en el capítulo 6.

Estrategia 4.3 Adecuar las aptitudes a las tareas

Tanto en los países ricos como en los países pobres, y en todos los tipos de establecimientos de salud, abundan los ejemplos de situaciones en las que las aptitudes de los trabajadores sanitarios individuales o la combinación de aptitudes del personal en conjunto no se están utilizando de forma eficiente. En general, las razones para ello son, entre otras:

- Las tareas que no se corresponden con las aptitudes individuales de los trabajadores (como en el caso de enfermeras cualificadas haciendo labores de oficina porque no hay personal administrativo en la planta). También se da el caso contrario: por ejemplo, debido a la falta de competencias, el escaso personal médico ha de realizar tareas de gestión pese a no tener formación específica en esas áreas, o personal sin preparación ha de llevar a cabo tareas cualificadas, como la asistencia a partos y otras intervenciones (33, 34).
- Las tareas que consumen demasiado tiempo, como acoger misiones y elaborar informes.
- El hecho de que los trabajadores no siempre estén en su puesto cuando la carga de trabajo es máxima, es decir, cuando sus aptitudes técnicas serían más productivas.

El recuadro 4.3 recoge algunos ejemplos de desequilibrios de las aptitudes.

A menudo es en los países con mayor escasez de recursos humanos donde se da una mayor demanda de tiempo del personal sanitario nacional por parte de organismos externos. Este problema preocupa a los altos responsables de políticas, los gestores y el personal clínico. La Declaración de París sobre eficacia de la ayuda contiene una serie de principios para la armonización y alineación con los sistemas y procedimientos de los países asociados que han sido respaldados por ministerios e instituciones para el desarrollo (35). Muchos organismos y alianzas del ámbito sanitario están analizando cómo llevarlos a la práctica (36). Los organismos externos tienen una oportunidad única de liberar algo de tiempo de trabajo del personal sanitario, por ejemplo, armonizando las misiones de examen y los cursos de formación, o coordinando las solicitudes de elaboración de informes que se solapan.

La organización de los turnos de trabajo y la flexibilidad de horarios podrían ofrecer otro medio de incrementar la productividad de los trabajadores. Esta estrategia posi-

bilitaría una mejor adecuación de los efectivos a la carga de trabajo por un coste limitado, pero casi no hay evaluaciones de países en desarrollo (18).

Por último, la delegación de competencias o el traspaso de tareas es otra forma de incrementar la productividad general de la fuerza laboral a la que se ha prestado mucha atención. La mayor parte de la experiencia real procede de la sustitución de médicos por enfermeras, y de países anglófonos (37). El capítulo 2 ofrece ejemplos de situaciones en las que se está adoptando la delegación de capacidades. En algunos casos, su aplicación puede demorarse por la resistencia de los profesionales y la necesidad de modificar la legislación.

Estrategia 4.4 Llevar a cabo una supervisión que brinde apoyo

Se ha constatado sistemáticamente que la supervisión, sobre todo unida a la auditoría y la retroinformación al personal, mejora el desempeño de muchos tipos de trabajadores sanitarios, desde proveedores hasta gestores (21, 38). La intención de supervisar es casi universal, pero a menudo resulta difícil llevarla a la práctica y se convierte en la primera víctima de la lista de prioridades de unos gestores atareados y con pocos recursos. A menudo, la supervisión se vuelve más difícil, pero aún más importante, en los sistemas sanitarios en proceso de descentralización. Por ejemplo, puede que se considere que los gestores centrales de los ministerios ya no tienen autoridad para supervisar los distritos, o que sus puestos se hayan transferido.

Cuando la supervisión se lleva a cabo, es importante su naturaleza. Si las visitas de supervisión se convierten en actos administrativos estériles o se perciben como centradas en detectar errores y castigar, tienen pocos efectos positivos y pueden tenerlos negativos. Por el contrario, la supervisión que presta apoyo, que es instructiva y coherente y que ayuda a resolver problemas concretos puede mejorar el desempeño, la satisfacción con el puesto de trabajo y la motivación. En Ghana, una buena supervisión marcó la diferencia entre los hospitales públicos y los hospitales cuasipúblicos autónomos en cuanto a motivación y rendimiento del personal (véase el recuadro 4.3).

Las estrategias para mejorar la supervisión tienden a pasar por alto tres grupos, todos los cuales funcionan mejor con supervisión. El primero está compuesto por los propios supervisores; el segundo lo está por los proveedores de atención sanitaria legos, ya se trate de familiares o de agentes de salud comunitarios con funciones más formales, que a menudo trabajan solos; y el último, y no por eso menos importante, es el grupo de los proveedores privados, que en muchos países de ingresos bajos prácticamente no son objeto de ninguna supervisión. El reto consiste en hallar formas de supervisar el desempeño que vayan a ser aceptadas por profesionales independientes y autónomos. La supervisión es un elemento de las diversas estrategias que se están explorando para que proveedores privados y no regulados se incorporen a la dispensación de bienes y servicios. En el ejemplo de los proyectos de franquicias sociales, franquiciados como los vendedores de medicamentos obtienen ciertos beneficios, como suministros subvencionados, y a cambio aceptan, entre otras cosas, ser supervisados por el franquiciador (39).

Sistemas básicos de apoyo

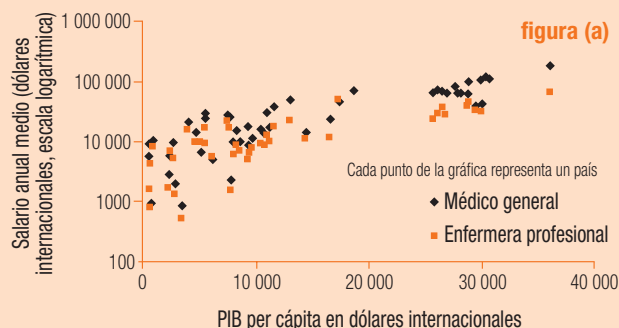
Todos los trabajadores sanitarios necesitan algunos apoyos básicos para realizar su trabajo: remuneración, información e infraestructura, incluidos equipos y suministros. Esta sección no ofrece un análisis general de los sistemas que proporcionan dichos apoyos, sino que se centra en aspectos de especial trascendencia para mejorar el desempeño del personal sanitario.

«La supervisión que presta apoyo y ayuda a resolver problemas concretos puede mejorar el desempeño, la satisfacción con el puesto de trabajo y la motivación»»

Recuadro 4.4 Diferencias salariales entre países, profesiones, sectores y sexos

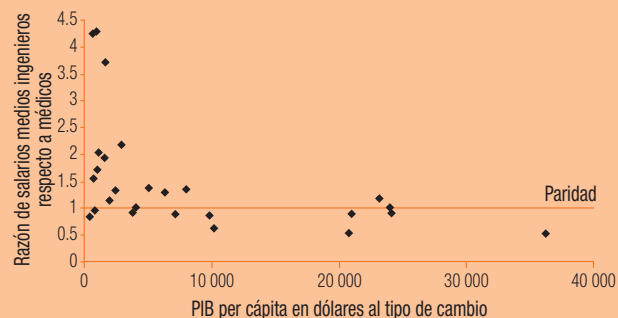
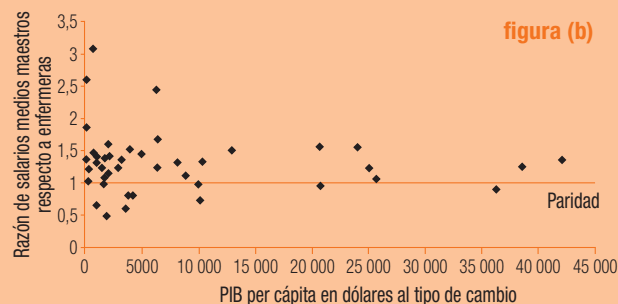
a) Comparaciones de los salarios anuales de médicos y enfermeras entre países

En los países pobres, los médicos y las enfermeras ganan menos que sus colegas de la mayoría de los países de ingresos altos, incluso teniendo en cuenta las diferencias de poder adquisitivo de los sueldos, por lo que tienen ante sí importantes incentivos pecuniarios para emigrar. En la figura (a) se representan los salarios anuales en función del PIB per cápita en dólares internacionales. La mayoría de los datos disponibles se refieren sólo a médicos y enfermeras.



b) Diferencias salariales entre profesiones comparables

Las diferencias salariales de los profesionales sanitarios también varían dentro de los países. Se pueden comparar los salarios entre profesiones equivalentes, entre el sector público y el privado, y entre hombres y mujeres que desempeñan el mismo trabajo. En los países que disponen de datos, el salario mensual de un maestro suele ser entre 1 y 1,5 veces el de una enfermera (véase la figura (b)), aunque en Costa Rica, Estonia y los Estados Unidos las enfermeras ganan más que los maestros. Los ingenieros están mejor pagados que los médicos, a veces mucho mejor, en la mayoría de los países de ingresos bajos, como Bolivia, Côte d'Ivoire y Honduras. En general, este balance es distinto en países con ingresos por habitante superiores a US\$ 10 000 (como Australia, Eslovaquia y los Estados Unidos): en ellos los médicos reciben en promedio mejores salarios.

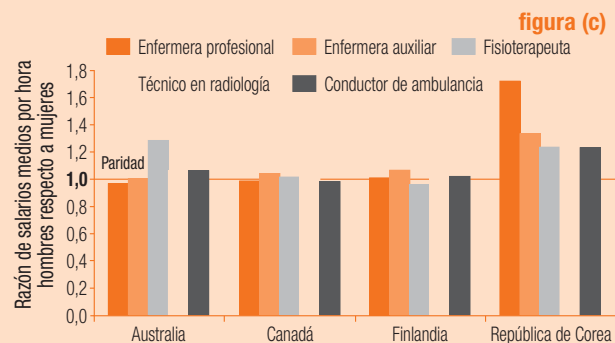


c) Comparaciones salariales entre el sector público y el privado

Estas comparaciones son escasas. Es indudable que no todos los trabajadores del sector privado reciben salarios altos: por ejemplo, en un estudio se constató que en torno al 14% y el 50% de los trabajadores sanitarios del sector privado de Letonia y Georgia, respectivamente, recibían sueldos iguales o inferiores al salario mínimo.

d) Razón de salarios (en US\$ PPA), hombres respecto a mujeres

También son escasos los datos sobre las diferencias entre los salarios masculinos y los femeninos. La figura (c) ilustra las diferencias salariales por sexo en cuatro países de la OCDE: en tres de ellos parece haber paridad entre los cinco empleos estudiados. El estudio más riguroso de comparación entre varios países indica que las pequeñas diferencias que existen pueden explicarse por diferencias en el número de horas trabajadas, el tipo de especialidad y la veterania. Es probable que este resultado general oculte variaciones generales considerables entre unos países y otros.



Fuente: (44–49) Datos correspondientes al último año disponible.

Estrategia 4.5 Garantizar una remuneración adecuada

Tres aspectos de la remuneración influyen en el comportamiento de los trabajadores sanitarios: el nivel y la regularidad del salario, la forma en que se paga a las personas, y los incentivos.

Se debe remunerar razonablemente a los trabajadores sanitarios por la labor que realizan. Han de percibir un salario digno y, además, es preciso que lo consideren acorde a sus responsabilidades y justo comparado con el de otros puestos de trabajo iguales o equivalentes.

Las remuneraciones bajas y la impresión de que existen diferencias injustas menoscaban la productividad y el desempeño (40). Los trabajadores sanitarios del sector público han desarrollado muchas estrategias para afrontar el problema de unos salarios demasiado bajos o intermitentes: el empleo doble o el pluriempleo, las ausencias y los trabajadores fantasmas; las remuneraciones no reguladas; el envío de pacientes al sector privado, y la migración a mercados laborales más favorables (25, 41–43).

Elevar los salarios en el sector público puede ser difícil y costoso. En algunos casos, los ministerios de finanzas fijan techos para el gasto público; puede que comisiones del funcionamiento fijen la escala salarial de todos los funcionarios públicos y consideren injusto o desaconsejable elevar los salarios de un solo sector, o simplemente no tengan la posibilidad de hacerlo. Además, en el caso de algunos trabajadores sanitarios particularmente capacitados y escasos, puede que el sector público sea incapaz de igualar las remuneraciones ofrecidas por el sector privado o por sistemas sanitarios de otros países. Aun así, no todos los trabajadores del sector privado reciben sueldos altos; en algunos países, a una proporción considerable de ellos se les paga el salario mínimo o menos (44). En el recuadro 4.4 se describen varias comparaciones salariales.

Así las cosas, ¿qué puede hacerse? Pese a las dificultades, varios países de ingresos bajos han incrementado espectacularmente la remuneración del personal sanitario del sector público en los últimos años. Por ejemplo, en la República Unida de Tanzania, el plan de Mejora Salarial Acelerada y Selectiva proporcionó a los ministerios la oportunidad de elevar los niveles de remuneración en grupos muy prioritarios (15). En Uganda, durante el año 2004 aumentaron los salarios de todos los trabajadores sanitarios tras una evaluación de los empleos en todos los servicios públicos en la que se utilizó un conjunto normalizado de criterios (como la duración de la formación, el coste de los errores y las horas de trabajo) para clasificar dichos empleos y fijar sus correspondientes escalas salariales. Como consecuencia de ello, los salarios de las enfermeras del nivel más inferior casi se duplicaron y se equipararon a los de un universitario recién licenciado (42). Dado el coste de los salarios, últimamente los organismos externos han ido aceptando cada vez más que a medio plazo habrá que prestar ayuda salarial a los países de ingresos muy bajos (véase el recuadro 2.2).

Algunos países han intentado retirar al personal sanitario de la estructura salarial del funcionamiento civil para disponer de más libertad en la fijación de los salarios y las condiciones del servicio. Zambia fue uno de ellos, pero la iniciativa se encontró con la resistencia de grupos profesionales y terminó por perder impulso. En Ghana se ha logrado desvincular a los recaudadores de impuestos y los empleados bancarios del funcionamiento civil, pero no se ha hecho lo mismo con los trabajadores sanitarios (15).

Los sueldos impagados representan un problema en muchos países, desde Europa oriental a África (50), y pueden provocar absentismo. En ocasiones, dichos salarios no se abonan porque la gestión de los recursos humanos y los sistemas de pago automatizado no funcionan correctamente. No se tienen pruebas firmes de los efectos de invertir en sistemas administrativos que funcionen, pero reforzar este componente básico de la gestión de la fuerza laboral puede resultar más fácil que aplicar otras reformas de personal con mayor carga política, no tiene por qué ser costoso, y podría ofrecer resultados relativamente rápidos e importantes. Una segunda causa del impago de salarios es la falta de fondos. En el Chad se han utilizado eficazmente los fondos de donantes para garantizar el pago puntual a trabajadores sanitarios que venían soportando retrasos de

« Los sueldos impagados representan un problema en muchos países, desde Europa oriental a África »

entre cuatro y siete meses (50).

La forma de pagar a las personas influye mucho en el servicio que éstas dispensan. A los trabajadores sanitarios y a los establecimientos en los que trabajan se los puede remunerar de muy diversas formas. En unos y otros, el pago puede basarse en el tiempo (salarios o presupuestos fijos), en los servicios prestados (honorarios por servicios) o en la población atendida (pagos por capitación o contratos en bloque) (51). Tanto los mecanismos de remuneración basados en los establecimientos como los individuales pueden influir en el desempeño de los trabajadores. La experiencia demuestra que los salarios y los presupuestos fijos inducen a los proveedores a reducir el número de pacientes atendidos y de servicios prestados, mientras que los honorarios por servicios animan a conceder incentivos para que los proveedores atiendan a más pacientes, ofrezcan más servicios

y dispensen éstos a mayor precio. Cada mecanismo de pago tiene también sus propias implicaciones administrativas, desde sencillas hasta más complejas (52). Los sistemas de pago óptimos inducen a los proveedores a dispensar un tratamiento eficaz y de alta calidad, al tiempo que promueven una asignación racional de los recursos (40).

Los países de ingresos medios y altos, como Australia, Hungría, el Reino Unido y los Estados Unidos, han ido abandonando los presupuestos y los salarios basados en los recursos en favor de la remuneración ligada al desempeño y basada en los productos y los resultados (53–55). Van difundiéndose los sistemas mixtos de pago a proveedores para equilibrar los diversos incentivos que genera cada mecanismo. En su estudio sobre las organizaciones de médicos en los Estados Unidos, Robinson constató que aproximadamente la cuarta parte de los médicos son remunerados según criterios puramente retrospectivos (honorarios por servicio), otra cuarta parte lo son según criterios puramente prospectivos (capitación, salario no basado en la productividad) y aproximadamente la mitad lo son según una mezcla de ambos tipos (48). Algunos datos apuntan a que la remuneración ligada al desempeño puede conducir a mejoras en la calidad de la atención prestada (56, 57).

En los últimos tiempos se ha popularizado la idea de introducir una remuneración ligada al desempeño en los países de ingresos bajos, por las mismas razones por las que se aplica en países más ricos. Sin embargo, la experiencia sigue siendo muy limitada. En la mayor parte de los países de ingresos bajos, la mayoría de los trabajadores sanitarios del sector público siguen recibiendo sueldos junto con prestaciones independientes

Recuadro 4.5 Incentivos para mejorar el desempeño del personal sanitario

Tailandia. En la década de 1990, las reformas salariales emprendidas para mejorar la disponibilidad de trabajadores sanitarios en las zonas rurales comprendieron: suplementos a médicos de ocho especialidades y servicios prioritarios que trabajaban en dichas zonas; compensaciones a médicos, dentistas y farmacéuticos por no ejercer privadamente; complementos salariales mensuales para médicos, farmacéuticos, dentistas y enfermeras en hospitales de distrito y centros de salud; y remuneraciones por horas extraordinarias y turnos de noche. Estos complementos se combinaron con otros incentivos no pecuniarios. Con el tiempo, la disponibilidad de trabajadores sanitarios en zonas rurales ha mejorado (64).

Mali. En 1986, el Ministerio de Salud inició una estrategia que aún sigue en activo y cuya finalidad era alentar a los médicos recién graduados a trabajar en zonas rurales. Se contrata a los médicos para trabajar en zonas subatendidas para que dispensen el conjunto mínimo de servicios de salud estipulado en la Política Sanitaria

Nacional, ya sea en el marco de un centro de salud público que no tenga médico o como profesional privado. Los dos sectores tienen mecanismos remunerativos distintos, pero prestaciones no pecuniarias similares: los médicos del sector público reciben un salario más una participación en los ingresos del centro; a los médicos privados se les paga una cantidad por servicio, pero dicha cantidad se basa en la capacidad local de pago. Todos los participantes reciben algo de formación inicial más alojamiento, equipamiento y medio de transporte, si lo necesitan. Además, se espera de todos ellos que se incorporen a la Asociación Médica y se integren en una red de aprendizaje entre profesionales. En el año 2004, 80 médicos (de los 529 que se calcula que hay en Mali) se habían incorporado a este plan y estaban trabajando en zonas rurales, algunos de ellos desde hacía más de cinco años. En una evaluación de 2001 se constató que la cobertura de servicios era mayor en los centros rurales que contaban con un médico que en los que no disponían de él (65).

del desempeño, mientras que en el sector privado es más frecuente el sistema de los honorarios por servicio. El hecho de que este mecanismo esté poco implantado puede obedecer en parte a que, desde el punto de vista administrativo, los métodos de pago que ofrecen incentivos de mayor entidad según la calidad del servicio, la satisfacción del consumidor, la equidad o la eficiencia suelen acarrear más costes y exigen una mayor capacidad (52).

En casi todos los países se recurre a **otras fuentes de ingresos**, como los subsidios, para incrementar el atractivo de los empleos, ya sea de manera general o sólo en áreas subatendidas. Los trabajadores sanitarios valoran los siguientes tipos de remuneraciones complementarias y subsidios: primas por firma de contrato; reembolso de gastos relacionados con el puesto de trabajo (como uniformes y combustible); subsidios para educación, alojamiento, transporte o cuidado de los hijos; seguro médico; acceso a créditos (por ejemplo, hipotecas subvencionadas); dietas durante los cursos de formación; complementos salariales por trabajar en zonas remotas o fuera de horas (horas extraordinarias y turnos de noche), e incentivos por producción en servicios específicos (por ejemplo, por llevar a cabo una inmunización) (58).

A menudo, son los médicos y las enfermeras los principales beneficiarios de las remuneraciones suplementarias. En los Estados Unidos se acostumbra a utilizar el reembolso de matrícula o las primas por firma de contrato para atraer a las enfermeras. En Jamaica es frecuente ofrecerles seguro médico, vacaciones pagadas y transporte (59), mientras que en Botswana las prestaciones consisten en vivienda, créditos para automóviles y asistencia médica (60).

La eficacia de estas medidas depende de cómo se diseñen y apliquen, y de qué otros incentivos se ofrezcan. Es preciso definir objetivos y grupos destinatarios, y en algunos casos hay que negociar los incentivos con los sindicatos; también es importante que sean considerados justos. Puede que con el tiempo lleguen a percibirse no ya como tales incentivos, sino como prestaciones a las que se tiene derecho, y sus efectos cambien (61). Incentivos bienintencionados pueden tener efectos contrarios a los deseados (58, 62). En Ghana, por ejemplo, se fijó una gratificación por horas extras para médicos y enfermeras que contrarió a éstas debido a disparidades percibidas o reales en la retribución, y se piensa que ha contribuido a una mayor migración del personal de enfermería (63).

A menudo hacen falta **conjuntos de incentivos** para equilibrar los diversos efectos de los incentivos pecuniarios (y no pecuniarios) individuales. En Tailandia, por ejemplo, las iniciativas orientadas a mejorar la disponibilidad de médicos en las zonas rurales han incluido varios tipos de remuneraciones adicionales, así como estrategias de carácter educativo, infraestructural y social (32) (véanse dos ejemplos en el recuadro 4.5). Estudios sobre instituciones «atractivas» (es decir, las que logran contratar, conservar y motivar al personal de enfermería) del Reino Unido y los Estados Unidos han mostrado que una buena gestión de los recursos humanos y la calidad de la asistencia son factores esenciales (66). Se comentarán luego más detenidamente. Todos los incentivos han de ser supervisados y adaptados periódicamente a los factores de impulsión y atracción, que cambian constantemente: Tailandia ha empleado instrumentos diferentes en diversas épocas para mejorar y mantener la disponibilidad de trabajadores sanitarios en zonas rurales.

Ningún debate sobre la remuneración estaría completo sin el reconocimiento de que en muchos países, y en todos los continentes, los pagos no regulados representan una fuente importante de ingresos para los trabajadores sanitarios y, por tanto, influyen mucho en su comportamiento con los clientes (42, 67). No hay un método fácil para abordar el problema de los pagos no regulados, pero existen ejemplos alentadores. En el Camerún, el Gobierno introdujo un plan que está ya implantado en todos los estableci-

« Los médicos
y las enfermeras
son a menudo
los principales
beneficiarios de las
remuneraciones
suplementarias »

mientos sanitarios de mayor tamaño. Se compone de los elementos siguientes: disponer un solo punto de pago para los pacientes en el establecimiento; mostrar claramente los honorarios y las normas de pago a los pacientes e indicarles dónde deben notificar cualquier transgresión; utilizar los honorarios para dar primas a los trabajadores sanitarios, pero excluir a éstos del plan de primas si transgreden las normas, y publicar los nombres de quienes hayan merecido las primas y de quienes hayan sido retirados del plan. Para el éxito de esta iniciativa ha sido decisivo contar con gestores de establecimientos que actúan con firmeza y aplican las normas de manera justa (43).

Los puntos citados relativos a la remuneración de los trabajadores sanitarios pueden resumirse como sigue:

- Garantizar el mínimo: ¡un salario digno que se pague a tiempo!
- Cuando se trata del desempeño de los trabajadores, la remuneración importa. Los organismos externos podrían ayudar a mejorarlo en los países de ingresos bajos mediante la aportación de ayuda salarial a medio plazo.
- Siempre que sea posible, debe utilizarse una combinación de sistemas de pago e incentivos. Si la capacidad institucional es limitada, se debe proceder con cautela a la hora de adoptar estrategias con requisitos administrativos complejos.
- Los incrementos salariales, por sí solos, no bastan para mejorar el desempeño. Para impulsar cambios de entidad es preciso combinarlos con otras estrategias.
- Para que los incentivos y las políticas de remuneración produzcan los resultados deseados, siempre hay que someterlos a supervisión y adaptarlos a lo largo del tiempo.

Estrategia 4.6 Garantizar una información y una comunicación suficientes

Es bien sabido que lo que no se puede medir no se puede gestionar. Los datos demuestran que disponer de información ayuda al personal sanitario a desempeñar mejor su trabajo, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones: la información ha de guardar relación con el puesto de trabajo y estar disponible cuando se necesite, y los trabajadores han de tener confianza en su calidad y comprender lo que está «diciendo» (21, 68). A los diversos niveles, los trabajadores sanitarios necesitan distintos tipos de información de muchas fuentes: historias clínicas, informes de actividades de establecimientos, cuentas financieras, inventarios y nóminas de personal sanitario, datos de encuestas poblacionales y bibliografía científica, por nombrar sólo algunas. Un sistema nacional

Recuadro 4.6 Uso de las tecnologías modernas de comunicación para mejorar la calidad de los datos, los servicios y la productividad

En los países ricos, los trabajadores sanitarios utilizan cada vez más las modernas tecnologías de comunicaciones para dispensar atención, y hay estudios que demuestran que con ello ha mejorado su productividad. El uso de teléfonos para recordarles la vacunación antigripal a las personas en situación de alto riesgo (69) y las mamografías a las mujeres que han suscrito un plan de atención sanitaria gestionada incrementó considerablemente la respuesta a estas intervenciones preventivas, sin ningún otro cambio visible de la fuerza laboral (70). Los recordatorios telefónicos generados por ordenador también han resultado eficaces para mejorar la observancia terapéutica y el control de la tensión arterial en los pacientes hipertensos (71).

Hay pruebas de que las historias clínicas informatizadas pueden mejorar la atención, los resultados y los costos. Los sistemas informatizados que recuerdan a los profesionales sanitarios que deben repetir pruebas han reducido el número de pacientes sometidos a pruebas innecesarias, mientras que, comparados con los actuales sistemas basados en localizadores, los sistemas automáticos que

comunican resultados de laboratorio cruciales reducen el tiempo que se tarda en iniciar el tratamiento adecuado (72–74). La necesidad de prestar asistencia crónica a los pacientes afectados por el VIH/SIDA ha dado pie a la investigación de modelos para entornos con pocos recursos que están en fase de pruebas en varios países de ingresos bajos.

Los ordenadores de bolsillo son potentes herramientas de recopilación de datos que permiten un acceso rápido a la información necesaria para prevenir brotes epidémicos o darles respuesta. Pueden proporcionar datos en el punto en el que se necesitan, incluso en ausencia de conexión telefónica o internet. Por ejemplo, gracias a ellos, un equipo de la Cruz Roja que recopilaba datos de una encuesta sobre vacunación antisarampionosa en Ghana procesó diez veces más cuestionarios de lo habitual y remitió los resultados al Ministerio de Salud con una facilidad y una rapidez sin precedentes. Más información en <http://www.satellife.org/ictinhealth.php>.

de información que funcione bien es un elemento clave para mejorar el desempeño de la fuerza laboral.

Todas las labores concretas encaminadas a mejorar la **productividad general** de la fuerza laboral han de basarse en datos fiables sobre la magnitud, distribución y combinación de aptitudes de ésta, unidos a información sobre los factores que se cree que están obstaculizando la mejora del desempeño de los trabajadores sanitarios y sobre las posibles opciones en materia de políticas.

En algunos casos, se ha mejorado la productividad de **proveedores individuales** mediante tecnologías de la comunicación que ayudan a los trabajadores sanitarios a prestar servicios. Cada vez son más numerosos los datos que apuntan a que dichas tecnologías pueden incrementar la productividad del personal de salud al mejorar la forma en que éste dispensa servicios clínicos y de salud pública. En el recuadro 4.6 se ofrecen algunos ejemplos.

Aún persisten muchas barreras organizativas, jurídicas, infraestructurales, sociales y económicas que obstaculizan el uso generalizado de las modernas tecnologías de la información y la comunicación, especialmente en entornos de ingresos bajos (75). En algunos casos, estas tecnologías pueden confundirse con remedios milagrosos para resolver problemas que necesitan soluciones muy distintas. Aun así, será importante mantener un espíritu a la vez crítico y abierto a su potencial: la explosión del uso de los teléfonos móviles en los países de ingresos bajos prueba con qué rapidez puede adoptarse una nueva tecnología en países en los que las infraestructuras de comunicación tradicionales son endeble o inasequibles. También los métodos de comunicación sencillos, como los boletines y los servicios de atención telefónica, tienen su lugar en la mejora del acceso a la información.

Estrategia 4.7 Mejorar las infraestructuras y los suministros

Por motivados y capacitados que estén, los trabajadores sanitarios no pueden desempeñar adecuadamente su trabajo en establecimientos que carezcan de agua limpia, iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos de trabajo y otros suministros (76–78). Dos ejemplos ilustran las consecuencias. En Níger, se informó de que las enfermeras de los centros de salud eran reacias a enviar a los pacientes a hospitales de distrito porque sólo tres de los 33 hospitales prestaban atención quirúrgica, la mayoría no podían dispensar oxígeno o transfusiones de sangre, y los servicios de laboratorio y radiología eran rudimentarios (79). En Kirguistán, los profesionales sanitarios de atención primaria que atienden a pacientes diabéticos señalaron que su trabajo se veía obstaculizado por la falta de tiras reactivas y aparatos para medir la glucemia, el deficiente equipamiento de los laboratorios y el irregular suministro de insulina (77).

«En nuestra búsqueda de fórmulas para mejorar el desempeño, hemos descubierto que lo mejor es hablar con los propios trabajadores sanitarios. Sus ideas son sorprendentes. Saben muy bien lo que hay que hacer»

Directivo del sector público, Benin

Cuadro 4.3 Situaciones relacionadas con el suministro de fármacos en establecimientos públicos de salud de África y Asia Sudoriental

Indicador	África ^a	Asia Sudoriental ^a
Promedio de días del año anterior en los que faltaron existencias de medicamentos básicos	25	19
Porcentaje de establecimientos que cumplían las condiciones básicas de conservación exigidas para mantener la calidad de los medicamentos	75%	75%
Porcentaje de los medicamentos dispensados que se acompañaban de una información suficiente	71%	87%

^a Mediana, siete países en cada región.

Fuente: (80).

La falta de existencias de fármacos es un problema que les resulta familiar a muchos trabajadores sanitarios (véase el cuadro 4.3).

Son muy pocas las pruebas sólidas (81) de que mejorar las infraestructuras y los suministros básicos tenga efectos positivos sobre el desempeño, pero parece muy probable que, una vez aplicadas, estas mejoras reporten beneficios considerables y casi inmediatos. Por ejemplo, pagar una factura de electricidad para que vuelva a funcionar el suministro eléctrico o la calefacción puede mejorar más rápidamente la productividad que cualquier instrumento más específico de gestión del desempeño. Es probable que los costes sean de diversos tipos: algunos consistirán en gastos únicos y otros serán periódicos. Aunque a veces se pasa por alto, una forma sencilla y evidente de determinar qué acciones lograrán las mejoras más amplias e inmediatas consiste en preguntarle al propio personal sanitario.

También es necesario que el entorno físico de trabajo sea seguro, y hay que proporcionarles a los trabajadores atención médica cuando enferman. Los aspectos relacionados con la seguridad se comentan en el capítulo 5.

Los sistemas de apoyo que funcionan han de tener en cuenta al personal de gestión y de apoyo del que se ha hablado en el capítulo 1, como directores de almacén, contables, personal de información, técnicos de equipamiento, administradores de hospital y gestores de personal y adquisiciones. Es frecuente que se pase por alto a estos trabajadores en las discusiones sobre la fuerza laboral, pero son fundamentales para ampliar la dispensación de servicios.

Un entorno laboral favorable

Pueden utilizarse tres tipos generales de instrumentos para fomentar un entorno laboral favorable. La mayoría guardan relación con la cultura de gestión y los planes organizativos en cuyo marco trabajan los proveedores de atención de salud. Se agrupan como sigue: aprendizaje permanente, gestión de equipos y trabajo en equipo, y responsabilidad con rendición de cuentas.

Estrategia 4.8 Fomentar el aprendizaje permanente

Como ya se ha mencionado en el capítulo 3, para que su desempeño sea correcto los trabajadores necesitan contar con conocimientos actualizados. El rápido incremento de éstos y la evolución de los sistemas sanitarios hacen que hoy esta necesidad cobre aún mayor importancia. Todavía es un terreno muy experimental, pero han surgido ya algunos mensajes claros y sencillos.

Las necesidades individuales varían mucho. En materia de aprendizaje, las de los trabajadores de nivel básico con apenas unas semanas de capacitación prelaboral difieren mucho de las de los médicos o las enfermeras con diez años o más de formación y experiencia. Es evidente que las enfermeras de las zonas rurales de Suiza se enfrentan

Recuadro 4.7 ¿Qué tipo de formación resulta más eficaz?

Si el objetivo es modificar el desempeño, los métodos, conferencias y actividades puramente didácticos, sin vertiente práctica, son de poca o nula utilidad (83, 84). Los datos apuntan a que es más probable que se produzca una transferencia de conocimientos y aptitudes al ejercicio diario cuando el curso de formación es interactivo y ofrece la máxima experiencia práctica posible en circunstancias reales. Los cursos interactivos mejoran la forma de prescribir o de prestar asistencia (85–88), perfeccionan competencias clínicas concretas (89–90) e influyen positivamente en el uso de la atención de salud, al tiempo que fomentan una respuesta favorable de los pacientes (91). Se ha constatado la eficacia del aprendizaje activo, el aprendizaje secuencial, el apoyo posterior a la formación, los recordatorios y las

actividades multidimensionales (92, 93). En tres estudios se ha comprobado que la educación a distancia incrementa los conocimientos teóricos (94), las actitudes de búsqueda de conocimiento (95), la confianza en sí mismo (96) y las actitudes positivas, aunque no se observaron cambios en los comportamientos. Cuando se comparó una sesión de formación por videoconferencia con la formación presencial en clase, no se observaron diferencias en cuanto a la acumulación de conocimientos (97). La prueba más convincente en favor de la educación a distancia es un estudio que demuestra que un curso de diez meses, apoyado por uno o dos contactos con tutores, incrementó considerablemente la proporción de casos de diarrea correctamente evaluados (98).

Cuadro 4.4 Enfoques del desarrollo profesional y el desempeño

Formación	Individual	Basada en equipos o en la organización
Intermitente	Cursos de formación	Retiros profesionales
Continua	Desarrollo profesional permanente	Amplia gama de métodos con principios similares pero denominaciones muy diversas, como «instrumentos y técnicas de gestión total de la calidad»
Aprendizaje a distancia	Formación basada en la red y acceso a la bibliografía	Teleconferencia, espacios para el trabajo en colaboración, otras aplicaciones para el trabajo en grupo a través de Internet

a problemas muy distintos a los de las zonas rurales de Malawi. No obstante, algunos principios son comunes a toda iniciativa sólida de desarrollo profesional. El cuadro 4.4 resume algunas estrategias de aplicación a escala individual o de todo el lugar de trabajo.

La experiencia ha demostrado que los cursos convencionales de formación fuera del lugar de trabajo no son muy eficaces para modificar las prácticas de los trabajadores sanitarios. La formación en el puesto de trabajo tiene más probabilidades de modificar el comportamiento de los trabajadores cuando es interactiva, basada en problemas de la vida real y asociada a un apoyo intermitente, pero continuo.

Para ilustrar este hecho cabe mencionar que, aunque el uso de sales de rehidratación por vía oral para la diarrea infantil aumentó mucho en las décadas de 1980 y 1990, tras más de dos mil cursos de formación sobre tratamiento y supervisión de casos entre 1988 y 1993 en más de 120 países, la mediana del porcentaje de niños correctamente rehidratados por los trabajadores sanitarios (según 22 encuestas) apenas llegaba al 20% (21). Unas iniciativas sencillas y de bajo coste, basadas en los principios de una formación interactiva, realista y dotada de un apoyo continuo y suficiente, pueden ser muy eficaces (38). Estas enseñanzas se han materializado en el concepto más abarcador, y a largo plazo, del desarrollo profesional continuo, o aprendizaje permanente. Cabe definirlo simplemente como un «proceso sistemático, permanente y cíclico de aprendizaje autodirigido» para individuos. Un enfoque de este tipo va más allá de la formación e incluye, por ejemplo, trayectorias profesionales, retroinformación de otras

Recuadro 4.8 Garantía de la calidad, supervisión y vigilancia en Uganda

Desde 1994, el Ministerio de Salud de Uganda ha emprendido una enérgica campaña de garantía, supervisión y vigilancia de la calidad en distritos y subdistritos, basada en las iniciativas siguientes:

- creación de un Departamento de Garantía de la Calidad;
- elaboración y difusión de normas y directrices;
- talleres de iniciación para ayudar a administradores, dirigentes políticos y personal clínico a identificar y resolver problemas comunes relacionados con el servicio;
- visitas de apoyo por parte de equipos multidisciplinares;
- visitas de supervisión trimestrales con seguimiento sistemático (de las finanzas y la planificación, por ejemplo) y un área de atención especial, como la malaria o la salud infantil;
- una supervisión que no sea punitiva, sino que respalde y se ejerza en un ambiente de confianza;
- retroinformación verbal e informes en los que se destaquen las cuestiones más importantes y se acuerden planes de acción.

El programa comprende la vigilancia sistemática de indicadores a nivel nacional y en los distritos, y la evaluación comparativa de los avances hacia el logro de los objetivos del plan estratégico nacional. Dicha vigilancia se aplica a los prestadores de servicios públicos

y a las organizaciones no gubernamentales, pero no al sector privado.

Para incentivar las mejoras, el Ministerio de Salud de Uganda ha puesto en marcha un sistema de recompensas denominado Programa Estrella Amarilla (Yellow Star Programme). Los establecimientos de salud distritales que cumplen plenamente los 35 criterios que se consideran los mejores indicadores de la gestión en su conjunto reciben ahora una placa en forma de estrella amarilla de cinco puntas, así como reconocimiento oficial y publicidad. Actualmente participan en el programa cuarenta y siete distritos.

Las iniciativas de Uganda han logrado mejorar la coordinación entre los servicios de salud y los administradores y dirigentes políticos locales. El estudio del sector sanitario en 2003-2004 halló que en algunos distritos el desempeño es mucho mejor que en otros y que, en contra de lo previsto, no siempre los distritos pobres y rurales funcionan mal. En entrevistas llevadas a cabo a través del país, la opinión más extendida era que el buen desempeño deriva, al menos en parte, de una buena gestión, sobre todo en un entorno político que brinde apoyo (112).

fuentes, tutorías y comisiones de servicios (82). Dada la distribución geográfica de los numerosos profesionales sanitarios que necesitan un desarrollo profesional continuo, vale la pena explorar las posibilidades de la educación a distancia. El recuadro 4.7 presenta algunas de las opciones en materia de formación.

La experiencia deja patente que limitarse a difundir directrices no es eficaz. Si se distribuyen pasivamente, pocas personas las leen, aunque vayan seguidas de visitas de recuerdo (99–104). Sin embargo, cuando se distribuyen durante un curso de formación y son respaldadas por grupos de profesionales que debaten sobre su contenido y proporcionan servicios de auditoría y retroinformación a los participantes, o van seguidas de visitas de supervisión, es mucho más probable que se apliquen (105–107).

En los últimos años se ha desviado la atención hacia los conjuntos multidimensionales de mecanismos iterativos de apoyo en el trabajo, con especial atención a las formas de alentar a que los nuevos conocimientos se materialicen en modificaciones de las prácticas. Estos enfoques pueden juzgarse de muy diversas formas, entre ellas por la calidad de los servicios y la productividad. Recientemente, ha surgido una amplia gama de programas con distintas denominaciones, grados de complejidad, instrumentos y técnicas, pero basados en su mayoría en un conjunto similar de principios. Algunos se centran en los individuos y otros abarcan a las organizaciones en su conjunto o se basan en equipos, los cuales pueden consistir en unidades de trabajo compuestas por personal de diversos tipos o por un grupo de profesionales (por ejemplo, gestores) que tienen las mismas responsabilidades, pero en distintos lugares.

El trabajo en equipo y los procesos como el desarrollo conjunto de directrices y la revisión por expertos pueden ser moderadamente eficaces en la mejora del desempeño de los trabajadores sanitarios. Se ha constatado que el trabajo en equipo ofrece beneficios como un mejor bienestar del personal (108, 109) y una atención de más calidad (110). Las pruebas de que las iniciativas que abarcan a las organizaciones en su conjunto logran mejoras sostenidas de los servicios son limitadas. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, las estrategias de gestión total de la calidad han arrojado resultados diversos (111). En los países de bajos ingresos se han aplicado con éxito muchos tipos de proyectos de mejora de la calidad (véase el recuadro 4.8), pero se han realizado pocas evaluaciones rigurosas (21). En última instancia, es indudable que el enfoque más adecuado dependerá de las necesidades y los objetivos concretos de la fuerza laboral.

Estrategia 4.9 Establecer una gestión eficaz de los equipos

Junto con el cambio en la manera de enfocar el desarrollo profesional ha surgido la conciencia de que la respuesta que se le está dando adolece de lagunas importantes. A lo largo de los años se ha prestado atención sobre todo a los conocimientos teóricos y prácticos para los servicios clínicos, y no a competencias más genéricas y necesarias para que los sistemas de salud funcionen, como la gestión, la contabilidad, las adquisiciones y la logística. Algunas aptitudes administrativas más cualitativas, como

Recuadro 4.9 Las nuevas tareas demandan nuevas competencias

En Kirguistán se acostumbraba a asignar fondos a los establecimientos de salud en función del número de camas y de los efectivos de personal. Las reformas introducidas en 1997 sustituyeron ese sistema pasivo de elaboración del presupuesto por otro basado en la adquisición activa o estratégica de servicios de atención de salud personales. Un nuevo organismo, el Fondo Obligatorio de Seguro Médico (Mandatory Health Insurance Fund, MHIF), paga a los establecimientos de atención hospitalaria por cada caso y a los médicos de atención primaria por capitación. Las reformas en el sistema de pago a los hospitales han supuesto implantar procesos completamente nuevos de gestión de la información, de gestión económica y de con-

trol de la calidad para garantizar que se pague a los proveedores contratados y que los servicios ofrecidos sean adecuados y de buena calidad. Una función nueva y fundamental desempeñada por el MHIF es el análisis de la utilización, que supone revisar las reclamaciones para prevenir el fraude y, al mismo tiempo, contribuir a la mejora de la calidad. Ello ha creado la demanda de diversas competencias nuevas: programación informática, tratamiento de datos, análisis de datos clínicos y capacidad de debate y negociación con los proveedores sobre la base de dichos análisis (113).

el desarrollo de equipos y la negociación, también han sido objeto de escasa atención. Como consecuencia de ello, muchos países de ingresos bajos que reciben grandes cantidades de fondos adicionales para ampliar rápidamente los servicios se enfrentan a algunas carencias de competencias básicas en áreas como la contabilidad simple, el control de existencias y almacenaje de fármacos, y la gestión del personal básico. También las reorganizaciones de los sistemas de salud pueden crear la necesidad de nuevas aptitudes. Así ha ocurrido en Kirguistán (véase el recuadro 4.9), mientras que las reformas sanitarias de Chile y el Reino Unido incrementaron la demanda de gestores cualificados (113, 114).

Las personas responden positivamente a muchos incentivos no pecuniarios que pueden agruparse bajo la rúbrica de la buena gestión o la del liderazgo, términos que a menudo se utilizan indistintamente (116). Ya se los considere pertenecientes a una o a otra, estos incentivos benefician a los trabajadores sanitarios en todos los niveles de los sistemas de salud. Pruebas limitadas, pero sólidas, indican que los factores que se enumeran a continuación pueden mejorar el desempeño de los individuos o de las organizaciones (56, 117–123). Los trabajadores sanitarios están más motivados para trabajar bien cuando sus organizaciones y sus gestores:

- les ofrecen una idea clara de la visión y la misión;
- hacen que las personas se sientan reconocidas y valoradas, sea cual sea su trabajo;
- escuchan al personal y potencian su participación en la toma de decisiones – a menudo éste ofrece soluciones;
- alientan el trabajo en equipo, la tutoría y la preparación personalizada;
- fomentan la innovación y una adecuada independencia;
- crean una cultura de evaluación comparativa con competidores;
- proporcionan estructuras profesionales y oportunidades de ascenso transparentes y justas;
- ofrecen retroinformación sobre el buen desempeño y lo recompensan, aunque sea con gratificaciones simbólicas;
- utilizan las sanciones por mal desempeño de forma justa y coherente.

«Estas evaluaciones son una fuente de motivación para nosotros; si obtenemos una buena calificación redoblamos los esfuerzos para mantener el nivel o incluso superarlo»

Directivo del sector público, Benin

Recuadro 4.10 Importancia de la gestión y el liderazgo

Sudáfrica. Se les preguntó a enfermeras de servicios de salud materna cuáles eran las características más importantes del lugar de trabajo y se les presentaron 16 perfiles teóricos de éste. El resultado más significativo fue que la buena gestión (por ejemplo, fijar responsabilidades claramente definidas, mostrar una actitud de apoyo ante los errores, y recompensar la capacidad, no la antigüedad en el servicio) superaba al salario en la lista de preferencias, salvo que la remuneración fuera muchísimo más alta. Estos resultados corroboran los de otras investigaciones que prueban el efecto de una buena gestión en las decisiones de los trabajadores sanitarios relacionadas con el empleo y en su satisfacción con el puesto de trabajo (124).

El programa Liderazgo para el Cambio (Leadership for Change). El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha puesto en marcha un programa para el desarrollo de las enfermeras como líderes y gestores eficaces en un entorno sanitario en constante evolución. La metodología y los objetivos estratégicos fundamentales de Liderazgo para el Cambio buscan ayudar a estas profesionales a escala de países o de organizaciones a participar de manera efectiva en la

elaboración de políticas y la toma de decisiones, a convertirse en líderes y gestoras eficaces de los servicios de salud y enfermería, a preparar a futuras enfermeras con capacidades de gestión y liderazgo para puestos clave, y a influir en las reformas de los planes de estudio de enfermería para que las futuras enfermeras reciban la preparación adecuada.

Mediante su participación en este programa, enfermeras de más de 50 países de ingresos bajos y medios han adquirido los conocimientos teóricos y prácticos y las estrategias que necesitan para asumir funciones de liderazgo en los sistemas de enfermería y salud, establecer alianzas y mejorar la atención sanitaria. Las evaluaciones indican que las profesionales diplomadas asumen diversas funciones de liderazgo en el ámbito de la enfermería, y que la influencia de las enfermeras con dichas funciones está aumentando, al igual que su capacidad para establecer alianzas sostenibles y desarrollar nuevos modelos de enfermería orientados a mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes (125).

Los buenos gestores recompensan a su personal. Los siguientes son algunos ejemplos de recompensas no pecuniarias: té durante los turnos de noche; vacaciones y días festivos; horarios de trabajo flexibles; acceso y apoyo a la formación y la educación; y años sabáticos, permisos de estudios, e interrupciones planificadas de la carrera profesional. En el recuadro 4.10 se mencionan algunos ejemplos de gestión y liderazgo.

Se están popularizando los sistemas de evaluación del desempeño, como el Performance Improvement Review [Análisis de la Mejora del Desempeño] de Zambia y el plan Performance Contract [Contrato de Desempeño] de Malawi. ¿Qué eficacia tienen las auditorías y la retroinformación sobre el desempeño (126)? Hay muchos ejemplos de proyectos que han tenido éxito, pero siguen siendo escasas las pruebas a gran escala de que logran mejorar la calidad del servicio, la productividad o los resultados sanitarios (15). Un importante análisis de la experiencia con las auditorías y la retroinformación en países de ingresos altos concluyó que estos instrumentos pueden mejorar el ejercicio profesional, pero su efecto es pequeño o moderado (127). También se está difundiendo la evaluación del desempeño de los establecimientos, pero la experiencia sigue siendo escasa en los entornos de ingresos bajos.

En lo que se refiere a la aplicación, llevar a cabo las modificaciones mencionadas no tiene por qué ser costoso, pero tampoco es necesariamente sencillo. Por ejemplo, un estudio sobre la gestión del desempeño por parte de gestores sanitarios de distrito de nueve países de América Latina mostró que era difícil introducir el trabajo en equipo en un sistema sanitario que fomenta la estructura jerárquica y se inclina por un estilo de gestión autoritario (128).

Estrategia 4.10 Combinar responsabilidad y rendición de cuentas

Conceder a los gestores locales al menos cierta libertad en la asignación de fondos puede suponer un gran cambio en el desempeño del personal y los establecimientos, ya que con ello dichos gestores se ven capacitados para afrontar rápidamente problemas locales que los gestores de más alto nivel desconocen (129). Los mecanismos que obligan a los trabajadores sanitarios a dar cuenta de sus acciones son otro medio de mejorar la productividad y el desempeño (130).

Los servicios pueden organizarse de muy diversas maneras, pero los gestores no están en situación de gestionarlos adecuadamente si no se les concede cierto control sobre el dinero y el personal. Se han identificado tres hechos que se repiten en los distintos sistemas sanitarios:

- En muchos países se está procediendo a la descentralización. Sin embargo, aunque a menudo se les está asignando a los gestores locales una mayor responsabilidad en la prestación de servicios, no siempre se les otorga también una mayor autoridad sobre el dinero o el personal que necesitan para atender a esas nuevas responsabilidades.
- Con frecuencia son pocos los mecanismos que funcionan correctamente para garantizar la rendición de cuentas respecto al uso del dinero, la contratación de personal o la calidad de los servicios prestados.
- Es habitual que los procedimientos de notificación sean confusos, sobre todo durante los períodos de reorganización. Esto no sólo menoscaba la rendición de cuentas y su utilidad como instrumento para mejorar el desempeño del personal, sino que puede reducir la motivación del personal.

También a la población general le corresponde un papel, consistente en exigir a los trabajadores sanitarios que den cuenta de sus acciones (130). Divulgar lo que los pacientes deben esperar de quienes les prestan atención sanitaria es barato y sencillo, y se ha llevado a cabo con buenos resultados en países de ingresos altos y bajos en lo que se refiere a los derechos de los pacientes y las tablas de los honorarios que éstos

Cuadro 4.5 Una ayuda para reflexionar sobre los posibles efectos de los instrumentos en el desempeño del personal sanitario

	Instrumentos	Dimensiones del desempeño del personal sanitario			
		Disponibilidad	Competencia	Sensibilidad a las necesidades	Productividad
1	Descripciones de los puestos de trabajo	+	+	+	+
2	Normas y códigos deontológicos	++	+	++	+ / ++
3	Adaptación de las aptitudes a las tareas	+	+	+	+++
4	Supervisión de apoyo	+	+++	++	++
5(a)	Niveles salariales	+++	+	+	++
5(b)	Mecanismos de pago	++ / --	+ / -	+ / -	+++ / ----
6	Información y comunicación	0	++	+	++
7	Infraestructura y suministros	++	0	+	++
8	Aprendizaje permanente	+	+++	+	+
9	Trabajo en equipo y gestión	+	+	++	+++
10	Responsabilidad con rendición de cuentas	++	+	++	+++

Signos:

+ = efecto positivo; - = efecto negativo.

+ = algún efecto; ++ = efecto apreciable; +++ = efecto importante.

Mecanismos de pago: los efectos dependerán del mecanismo utilizado.

deben abonar (131). En Uganda, por ejemplo, se califica el desempeño de los distritos sanitarios y los resultados se publican en la prensa. También pueden resultar eficaces los mecanismos convencionales de gestión de las alegaciones de conducta incorrecta del proveedor de asistencia, pero se ha visto que, en la práctica, son difíciles de utilizar eficazmente en entornos de ingresos bajos (132).

¿CÓMO SE RELACIONAN LOS INSTRUMENTOS CON LAS CUATRO DIMENSIONES DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL SANITARIO?

El marco descrito al comienzo del capítulo enumeraba cuatro dimensiones deseables del desempeño del personal sanitario: disponibilidad, competencia, respuesta a las necesidades y productividad. Las pruebas rigurosas son escasas, pero el cuadro 4.5 resume qué instrumentos parecen tener mayor efecto sobre cada una de estas dimensiones. Como es natural, los resultados se verán influidos por el contexto local.

Disponibilidad

Se considera que los instrumentos más eficaces para incrementar la disponibilidad del personal existente son los relacionados con los salarios y los mecanismos de remuneración, así como los materiales para «hacer el trabajo» y cierta independencia concedida a los trabajadores sanitarios a título individual para que dirijan su propio trabajo, ya se

trate de la gestión y el despliegue de personal en el caso de los gestores o de la toma de decisiones clínicas en el de los proveedores de atención de salud. También las descripciones de los puestos de trabajo y los códigos deontológicos pueden ser de ayuda, porque aportan claridad y el sentido de la profesionalidad que a menudo sostiene a los trabajadores sanitarios en circunstancias difíciles.

Competencia

Los instrumentos que parecen influir más en la competencia del personal sanitario (que abarca aquí los conocimientos técnicos, las aptitudes prácticas y los comportamientos) son la supervisión combinada con la auditoría y la retroinformación, y el aprendizaje permanente. Aun así, es importante señalar que es la *manera* de aplicarlos la que es decisiva: las visitas estériles, centradas en detectar fallos, no son eficaces, mientras

Cuadro 4.6 Desempeño del personal sanitario: evaluación provisional de la aplicación y los efectos de los instrumentos

Instrumentos	Aplicación y efectos				
	Pruebas	Facilidad de aplicación	Costo relativo	Posible efecto	Cronología de la repercusión ¹
	1 = teoría 2 = anécdota, ejemplo 3 = algunos estudios formales 4 = pruebas firmes	1 = fácil 2 = moderadamente difícil 3 = difícil	1 = bajo 2 = medio 3 = alto	1 = escaso 2 = moderado 3 = importante	1 = corto plazo 2 = medio plazo 3 = largo plazo
Instrumentos específicos del puesto de trabajo					
Descripciones de los puestos de trabajo	2	1	1	2	1
Normas y códigos deontológicos	2	2	1	2	2,3
Adaptación de las aptitudes a las tareas	1	1,2,3*	1,2	3	1
Supervisión de apoyo	3	2	1,2	2,3	1
Sistemas básicos de apoyo					
Remuneración (niveles salariales)	2	2,3	3	2	1
Remuneración (mecanismos de pago)	3	2,3*	2	3	2
Información y comunicación	2	2	2	2	1,2,3*
Infraestructura y suministros	2	2	2,3*	3	1
Entorno laboral favorable					
Aprendizaje permanente	3	1	1	2	1
Gestión de equipos	3	1,2,3*	1	2	1
Responsabilidad con rendición de cuentas	3	1,2,3*	2	3	1

¹Una vez aplicado.

*Depende de la causa del problema, se incorporan intervenciones específicas.

que la supervisión que brinda apoyo (combinada con la auditoría y la retroinformación) tiene regularmente efectos beneficiosos entre moderados y amplios. Un enfoque institucional que impulse la cultura y la práctica del aprendizaje permanente modifica más eficazmente las prácticas de los profesionales que los cursos de formación fuera del lugar de trabajo.

Sensibilidad a las necesidades

Alude al objetivo de que las personas sean tratadas de forma correcta con independencia de que su salud mejore o no y de quiénes sean. Como ocurre con las otras dimensiones del desempeño, no basta con un instrumento para impulsarla, pero los que parecen más eficaces son los siguientes: las normas y los códigos deontológicos; la supervisión, y servicios básicos, como disponer de intimidad durante las consultas. También las intervenciones basadas en equipos que hacen que los trabajadores sanitarios se sientan valorados y autorizados a innovar pueden mejorar mucho la respuesta a las necesidades.

Productividad

Son muchos los instrumentos que pueden mejorar la productividad, pero destacan tres. Si bien las estrategias orientadas a corregir los desequilibrios de las aptitudes podrían reportar enormes ganancias de productividad, los ajustes en la manera de remunerar a los trabajadores sanitarios, la mejora del trabajo en equipo y la responsabilidad con rendición de cuentas tienen, asimismo, un gran potencial.

CONCLUSIONES

En este capítulo se han descrito los instrumentos que pueden influir en el desempeño del personal sanitario. El cuadro 4.6 resume lo que se conoce sobre la aplicación de las medidas aquí propuestas. Se genera una tensión inevitable entre las perspectivas y los objetivos de los individuos y los de las organizaciones a las que pertenecen. Éstas han de rendir bien y desplegar su personal de la forma que les sea más ventajosa, al tiempo que proporcionan a los individuos lugares en los que progresar. Debe establecerse una supervisión y una gestión continua de esta tensión. Además, por varias razones, gestionar cambios es un proceso sutil y a menudo difícil. Es probable que haya que realizar modificaciones a varios niveles. Quizá sea preciso reformar los marcos jurídicos y normativos, lo que puede resultar complejo y lento. A menudo hacen falta recursos para financiar los cambios. Probablemente lo más importante sea implicar a los interesados, ya que pueden facilitar o, con la misma eficacia, bloquear una reforma que se ha negociado minuciosamente a nivel central (78). Por difíciles que resulten, hay que realizar los cambios necesarios para apoyar un mejor desempeño de los trabajadores sanitarios existentes, porque sin ellos las estrategias de contratación y conservación de los trabajadores en el empleo tendrán efectos limitados. Estos últimos aspectos se comentan en el próximo capítulo.

REFERENCIAS

1. Prasad A, Tandon A, Sousa A, Ebener S, Evans DB. Measuring the efficiency of human resources for health in attaining health outcomes across provinces in Viet Nam (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
2. Viet Nam census 1999. En: *Informe sobre el desarrollo humano 2001*. Madrid, publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo por Mundi-Prensa Libros, SA, 2001.
3. Hall TL, Mejia A. *Planificación del personal de salud : principios, métodos, problemas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
4. Pantoja A. *What is productivity and how can we measure it?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento de trabajo).
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. Figueroa-Munoz J, Palmer K, Dal Poz MR, Blanc L, Bergström K, Raviglione M. The health workforce crisis in TB control: a report from high-burden countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:2 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/2>, consultado el 17 de febrero de 2006).
7. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5.
8. Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *BMJ*, 2003, 326:546–548.
9. Groveman HD, Ganiats TG, Klauber MR, Holden MG. Computer-assisted assessment of family physicians' knowledge about cancer screening guidelines [Health Care Delivery]. *The Western Journal of Medicine*, 1985, 143:541–544.
10. Datos preliminares de la Encuesta Mundial de Salud (<http://www.who.int/healthinfo/survey/whscurrent/en/index.html>) 2002.
11. Adam T, Amorim DG, Edwards SJ, Amaral JA, Evans DB. Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the Integrated Management of Childhood Illness in Brazil. *Health Policy and Planning*, 2005, 20 (Suppl. 1): i49–i57.
12. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, and Margolis, K. Preventive services for women: does the sex of the physician matter? *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:478–482.
13. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education*, 1982, 57:105–112.
14. Lieberman PB, Sledge WH, Matthews DA. Effect of patient gender on evaluation of intern performance. *Archives of Internal Medicine*, 1989, 149:1825–1829.
15. *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Abuja, Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, 2004 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>, consultado el 17 de febrero de 2006).
16. Hornby P, Forte P. *Human resource indicators to monitor health service performance*. Keele, Keele University, Centre for Health Planning and Management, 2002.
17. Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework*. Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnerships for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1).
18. Buchan J. *Increasing the productivity of an existing 'stock' of health worker*. Estudio inédito para el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, 2005.
19. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care. *The Milbank Quarterly*, 2001, 79:281–315.
20. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 2003, 1:10.
21. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
22. Mathauer I, Imhoff I. Staff motivation in Africa: The role of non-financial incentives and quality management tools. Eschborn, German Agency for Technical Cooperation (GTZ), 2005 (proyecto).
23. Franco LM, Bennett S, Kanfer, R. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework, 2002, *Social Science and Medicine*, 54:1255-1266.

24. Dolea C, Zurn P. Mission to evaluate the project of Clinical Professional Development and Management System (CPDMS) for nurses and midwives in hospitals and health centers in Indonesia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
25. Ferrinho P, Omar MC, De Jesus Fernández M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
26. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Fundación Bill y Melinda Gates, McKinsey & Company, 2005.
27. Omaswa F, Organización Mundial de la Salud, comunicación personal.
28. Briley T, Hutson T. *Who will care for you? Washington hospitals face a personnel crisis*. Seattle, WA, Washington State Hospital Association, 2002.
29. Dovlo D, Sagoe K, Ntow S, Wellington E. Ghana case study: staff performance management. In: *Reforming health systems*. 1998 (informe de investigación, <http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/ghana.pdf>, consultado el 17 de febrero de 2006).
30. Blumenthal D. Doctors in a wired world: can professionalism survive connectivity? *The Milbank Quarterly*, 2002, 80:525–546.
31. Miettinen OS. Ideas and ideals in medicine: fruits of reason or props of power? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1999, 5:107–116.
32. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*, 2003, 1:12.
33. Peduzzi M, Anselmi ML. Os pressupostos, o desenho e os resultados da pesquisa de Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. In: Lima de Castro J, ed. *PROFAE – Educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília, Ministerio de la Salud, 2002:149–163.
34. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
35. *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, apropiación, armonización, alineación y resultados y mutua responsabilidad*. París, Foro de Alto Nivel, 2005:1–13.
36. *Best practice principles for global health partnership activities at country level*. Paris, Foro de Alto Nivel, 2005 (Working group on global health partnerships: Report:1-28).
37. Buchan J, Hinton L. Skill mix and new roles in health: what does the evidence base tell us? 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/>).
38. Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/EIP/health systems/2005.1).
39. *Private sector participation in health*. Londres, Institute for Health Sector Development, 2004.
40. Langenbrunner JC, Orosz E, Kutzin J, Wiley MM. Purchasing and paying providers. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Bruselas, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005:236-264.
41. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:177-186).
42. McPake, B., Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, Turinde A. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 1999, 49: 849-865.
43. Ambegaokar M., Ongolo-Zogo P, Aly T, Betsi E, Fouda J, Mubudu L, McPake B. *Incentives and penalties: results of research into the drafting of district contracts*. MSP-DROS/PASS-UE/LSHTM-HPU, Yaounde, 2005.
44. Afford CW. Failing health services. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Population Services International, 2001.
45. Dräger S; Dal Poz MR; Evans D. *Health workers wages: an overview from selected countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de trabajo para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
46. ILO occupational wages around the world (oww) database, 1999–2002. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2005 (<http://www.nber.org/oww/>).
47. Health Data National Correspondents de la OCDE. *Remuneration of doctors and nurses: progress and next steps on data collection*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.

48. Robinson JC, Shortell SM, Rui Li, Casalino LP, Rundall T. The alignment and blending of payment incentives within physician organizations. *Health Services Research*, 2004, 39:1589–1606.
49. Zhang L, Universidad de Harvard, comunicación personal.
50. Zachariah R, Lange L, D'Atilia J. Financing advances on salaries of health workers in Chad: an example of a feasible strategy to sustain the Bamako Initiative. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:332-333.
51. Ensor T, Langenbrunner J. Financing health care. In: Healy J, McKee M, eds. *Health care in Central Asia*. Buckingham, Open University Press, 2002.
52. Wouters, A. *Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery. Primer for policymakers*. Bethesda, MD. PHR, Abt Associates, Inc., 1998.
53. Marsden D. The role of performance-related pay in renegotiating the “effort bargain”: the case of the British public service. *Industrial and Labor Relations Review*, 2004, 57:350–370.
54. Isaac J. Performance-related pay: the importance of fairness. *Journal of Industrial Relations*, 2001, 43:111–123.
55. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6: 44–55.
56. Beaulieu, D and Horrigan DR. Putting smart money to work for quality improvement. *Health Services Research*, 2005, 40: 1318–1334.
57. Rosenthal M, Frank R, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1788–1793.
58. Arrowsmith J, French S, Gilman M, Richardson R. Performance-related pay in health care. Review Article. *Journal of Health Services and Research Policy*, 2001, 6:114-119.
59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. *Workshop on attracting and retaining health workers in east, central and southern Africa*. Johannesburg, Commonwealth Secretariat and South Africa Department of Health, 2003.
61. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs*, 2004, 23:127–141.
62. Dudley RA. Pay for performance research: what clinicians and policy makers need to know. *JAMA*, 2005, 294:1821–1823.
63. Buchan J, Dovlo D. *International recruitment of health workers to the UK: a report for DFID*. 2004 (http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/reports/int_rec/int-rec-main.pdf).
64. Nitayirampong S, Srivanichankorn S, Pongsupap Y. Strategies to respond to manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16:55–72).
65. Desplats D, Koné Y, Razakarison C. Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Tropicale*, 2004. 64:539–544.
66. Buchan J, Ball J, Rafferty AM. A lasting attraction? *The “magnet” accreditation of Rochdale Infirmary*. Informe encargado por el Departamento de Salud, 2003.
67. Gaal P, McKee M. Fee for service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:1445-1457.
68. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems. Ottawa, International Development Research centre, 2004.
69. Brimberry R. Vaccination of high-risk patients for influenza: a comparison of telephone and mail reminder methods. *Journal of Family Practice*, 1988, 26:397–400.
70. Davis NA, Nash E, Bailey C, Lewis MJ, Rimer BK, Koplan JP. Evaluation of three methods for improved mammography rates in a managed care plan. *American Journal of Preventive Medicine*, 1997, 13:298–302.
71. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J et al. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension: impact on medication adherence and blood pressure control. *American Journal of Hypertension*, 1996, 4:285–292.
72. *Transforming health care through information technology*. Report of the US President's Information Technology and Advisory Committee, 2001.
73. Bates DW, Kuperman GJ, Rittenberg E, Teich JM, Fiskio J, Ma'luf N et al. A randomized trial of a computer-based intervention to reduce utilization of redundant laboratory tests. *American Journal of Medicine*, 1999, 106:144–150.

74. Kuperman GJ, Teich JM, Tana sijevic MJ, Ma'Luf N, Rittenberg E, Jha A et al. Improving response to critical laboratory results with automation: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1999, 6:512-522.
75. Tanriverdi H, Iacono CS. Diffusion of telemedicine: a knowledge barrier perspective. *Telemedicine Journal*, 1999, 5:223-244.
76. Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2003, 65:109-118.
77. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J. The human perspective on health-care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:43-61.
78. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, McKee M, Sheaff R. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *BMJ*, 2005, 331:204-207.
79. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/1>).
80. *Survey of public health facilities using WHO Operational Package for Monitoring and Assessing Country Pharmaceutical Situations, 2001-2003*. Realizada por ministerios de salud, universidades y organizaciones no gubernamentales con el apoyo del Departamento de Cooperación Técnica en materia de Medicamentos Esenciales y Medicina Tradicional de la OMS.
81. Kelly P. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in Malawi [Problemas locales, soluciones locales: mejora de la lucha contra la tuberculosis a nivel distrital en Malawi]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111-117 (resumen en español).
82. *Developing through partnership – Continuous professional development portfolio for healthcare managers*. Londres, Institute of Healthcare Management, 2004.
83. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 1995, 274:700-705.
84. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 1999, 282:867-874.
85. Hadiyono JE, Suryawati S, Danu SS, Sunartono, Santoso B. Interactional group discussion: results of a controlled trial using a behavioral intervention to reduce the use of injections in public health facilities. *Social Science and Medicine*, 1996, 42:1177-1183.
86. Ratanajamit C, Chongsuvivatwong V, Geater AF. A randomized controlled educational intervention on emergency contraception among drugstore personnel in southern Thailand. *Journal of American Medical Womens Associations*, 2002, 57:196-199, 207.
87. Herbert CP, Wright JM, Maclure M, Wakefield J, Dormuth C, Brett-MacLean P et al. Better Prescribing Project: a randomized controlled trial of the impact of case-based educational modules and personal prescribing feedback on prescribing for hypertension in primary care. *Family Practice*, 2004, 21:575-581.
88. Garcia P, Hughes J, Carcamo C, Holmes KK. Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial [Entrenamiento de trabajadores de farmacia en el reconocimiento, manejo y prevención de las ETS: estudio controlado, aleatorizado por distritos]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:806-814 (resumen en español).
89. Gormley GJ, Steele WK, Stevenson M, McKane R, Ryans I, Cairns AP et al. A randomised study of two training programmes for general practitioners in the techniques of shoulder injection. *Annals of Rheumatic Diseases*, 2003, 62:1006-1009.
90. Roberts I, Allsop P, Dickinson M, Curry P, Eastwick-Field P, Eyre G. Airway management training using the laryngeal mask airway: a comparison of two different training programmes. *Resuscitation*, 1997, 33:211-214.
91. Clark NM, Gong M, Schork MA, Evans D, Roloff D, Hurwitz M et al. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*, 1998, 101:831-836.
92. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practitioners*, 1999, 49:699-703.
93. Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodriguez C, Lado E, Caamano F et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *Medical Care*, 2001, 39:158-167.

94. Stewart M, Marshall JN, Ostbye T, Feightner JW, Brown JB, Harris S et al. Effectiveness of case-based on-line learning of evidence-based practice guidelines. *Family Medicine*, 2005, 37:131–138.
95. Abdolrasulnia M, Collins BC, Casebeer L, Wall T, Spettell C, Ray MN et al. Using email reminders to engage physicians in an Internet-based CME intervention. *BMC Medical Education*, 2004, 4:17.
96. Harris JM Jr, Kutob RM, Surprenant ZJ, Maiuro RD, Delate TA. Can Internet-based education improve physician confidence in dealing with domestic violence? *Family Medicine*, 2002, 34:287–292.
97. Van Boxell P, Anderson K, Regnard C. The effectiveness of palliative care education delivered by videoconferencing compared with face-to-face delivery. *Palliative Medicine*, 2003, 17:344–358.
98. Flores R, Robles J, Burkhalter BR. Distance education with tutoring improves diarrhea case management in Guatemala. *International Journal of Quality in Health Care*, 2002, 14(Suppl. 1):47–56.
99. Hunskaar S, Hannestad YS, Backe B, Matheson I. Direct mailing of consensus recommendations did not alter GPs' knowledge and prescription of oestrogen in the menopause. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1996, 14:203–208.
100. Butzlaff M, Vollmar HC, Floer B, Konecny N, Isfort J, Lange S. Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial. *Family Practice*, 2004, 21:183–188.
101. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Family Practice*, 2002, 19:529–536.
102. Kim CS, Kristopaitis RJ, Stone E, Pelter M, Sandhu M, Weingarten SR. Physician education and report cards: do they make the grade? Results from a randomized controlled trial. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:556–560.
103. Hall L, Eccles M, Barton R, Steen N, Campbell M. Is untargeted outreach visiting in primary care effective? A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Public Health Medicine*, 2001, 23:109–113.
104. Watson M, Gunnell D, Peters T, Brookes S, Sharp D. Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial. *Health Services Research and Policy*, 2001, 6:207–213.
105. Veninga CC, Lagerlov P, Wahlstrom R, Muskova M, Denig P, Berkhof J et al. Evaluating an educational intervention to improve the treatment of asthma in four European countries. Drug Education Project Group. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1999, 160:1254–1262.
106. Onion CW, Bartzokas CA. Changing attitudes to infection management in primary care: a controlled trial of active versus passive guideline implementation strategies. *Family Practice*, 1998, 15:99–104.
107. Trap B, Todd CH, Moore H, Laing R. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:273–280.
108. Howie JG, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42:181–195.
109. Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service*. Informe final presentado al Departamento de Salud, 2000.
110. Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1990 (documento EUR/ICP/HMD 159).
111. Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. *The Milbank Quarterly*, 2003, 81:415–439.

112. Egger D, Ollier L. *Strengthening Management in Uganda: What can be learned?* Country case study report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/SPD/OMH).
113. Jakab M, Kutzin J, Chakraborty S, O'Dougherty S, Temirov A, Manjieva E. *Evaluating the Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Health Financing*. Policy research paper 31, MANAS Health Policy Analysis Project. Bishkek, Kirguistán, 2005.
114. Buchan J. Health sector reform and the regulation and management of health professionals: a case study from Chile 2000. *Human Resources Development Journal*, 2000. 4:64–72 (<http://www.who.int/hrh/hrdj/en>).
115. Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*, 2004, 2:6 (<http://www.human-resources-health.com>).
116. Zaleznik A. Managers and leaders. Are they different? *Havard Business Review*, 1977, 82:74–81.
117. Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:533–542.
118. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burani CB. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33:271–283.
119. 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.
120. Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:421–439.
121. Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.
122. Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 1999, 8:361–371.
123. Mathauer I, Imhoff I. *The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya*. Eschborn, German Technical Cooperation (GTZ), 2004.
124. Blaauw D, Penn-Kekana L. Socio-Economic Inequalities and Maternal Health in South Africa. Presentation to the 22nd Conference on Priorities in Perinatal Care in Southern Africa, 2003.
125. Oulton J, Consejo Internacional de Enfermeras, comunicación personal.
126. Shaw C. Managing the performance of health professionals. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005: 98-115.
127. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003. Issue 3. Art. No.: CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.
128. Diaz-Monsalve SJ. Measuring the job performance of district health managers in Latin America. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2003, 97:299-311.
129. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems. Ottawa, International Development Research centre, 2004.
130. George A. *Accountability in health services. Transforming relationships and contexts*. Cambridge, MA, Harvard Center for Population and Development Studies, 2002 (Working Paper Series, Vol 13, No. 1).
131. Averill R. Public dissemination of provider performance comparisons in the United States. *Hospital Quarterly*, 1998, 1:39-41.
132. Bhat R. Regulating the private health care sector: the case of the Indian Consumer Protection Act. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:265–279.