

Colaboremos por la salud

Informe sobre la salud en el mundo 2006

Notas de orientación sobre políticas



Organización
Mundial de la Salud



Colaboremos por la salud

Informe sobre la salud en el mundo 2006

Notas de orientación sobre políticas



Organización
Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2006 : colaboremos por la salud : notas de orientación.

1.Organización Mundial de la Salud. 2.Política de salud. 3.Educación médica. 4.Personal de salud. 5.Recursos humanos. I.Título. II.Título: Colaboremos por la salud : notas de orientación. III.Título: Notas de orientación.

ISBN 92 4 359424 9

(Clasificación NLM: W 21)

ISBN 978 92 4 359424 8

© **Organización Mundial de la Salud, 2006**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

1.	Estrategias para fortalecer la información y la investigación sobre el personal sanitario	1
2.	Invertir en educación para aumentar la capacidad y lograr un aprendizaje permanente	7
3.	Potenciar al máximo el personal sanitario existente	11
4.	Hacer frente a los complejos retos de la migración de trabajadores sanitarios	15
5.	Tender puentes entre los trabajadores sanitarios de distintos programas de salud pública	19
6.	Financiar el desarrollo del personal sanitario	23

Estrategias para fortalecer la información y la investigación sobre el personal sanitario

Información general

Una acción eficaz, ya sea urgente o sostenida, para hacer frente a la creciente crisis del personal sanitario exige una información sólida, investigaciones científicas fiables y una firme base de conocimientos. La investigación puede ayudar a los responsables de políticas a definir y hallar respuestas a cuestiones cruciales relativas a la situación de este colectivo, su nivel de desempeño y los problemas que afrontan los trabajadores sanitarios.

Hoy día, todos los países forman parte de un mercado caracterizado en cierta medida por una mayor movilidad interna e internacional de los trabajadores sanitarios. Además, las reformas del sector de la salud, las transformaciones demográficas y epidemiológicas y la introducción de nuevas tecnologías y modelos asistenciales inéditos contribuyen a la creciente necesidad de estos trabajadores en todo el mundo. Por tanto, los gobiernos precisan de información exacta y puntual y de las investigaciones más recientes para evaluar el impacto de estas transformaciones en su fuerza de trabajo, trazar estrategias que respondan a las necesidades y adoptar acciones oportunas y eficaces.

Sin embargo, la fragmentación de la información sobre el personal sanitario, la dispersión de responsabilidades entre ministerios y organismos, y la escasez de recursos humanos, así como la falta de infraestructuras, han limitado hasta el momento la capacidad de los países de obtener, compilar y analizar los datos sobre la fuerza de trabajo. A ello se añade que, incluso cuando la cantidad y la calidad de los datos son suficientes, su aplicación en la elaboración de políticas se ve limitada, debido en gran medida a la ausencia de indicadores básicos del personal sanitario y a problemas de definición relacionados con las clasificaciones de las ocupaciones.

La investigación en recursos humanos para la salud es endeble, irregular y en su mayor parte descriptiva. Hay pocos análisis sistemáticos de soluciones eficaces y recopilaciones de prácticas óptimas relacionadas con éstas. El papel que podrían desempeñar la información y la investigación científica sobre el personal sanitario en la formulación de políticas y en la acción también se ve afectado por la falta de colaboración entre los organismos pertinentes, lo que trae consigo que se dupliquen los esfuerzos y se infrutilicen los conocimientos prácticos y las bases de datos.

Esta nota de orientación sobre políticas presenta estrategias que pueden ayudar a desarrollar sistemas de información eficaces y a crear una sólida base de conocimientos sobre el personal sanitario con miras a orientar, acelerar y mejorar la acción en los países.

Estrategias de actuación

Es preciso mejorar rápidamente la base de conocimientos sobre el personal sanitario con objeto de que las decisiones de políticas a nivel local, nacional e internacional puedan basarse en pruebas científicas y sean sensibles a la creciente necesidad de trabajadores sanitarios y a las dificultades para cubrirla. Para que los sistemas de información y las investigaciones científicas sobre personal sanitario resulten eficaces:

- deben ser propiedad de los países y estar dirigidos por ellos;
- deben basarse en la labor coordinada de ministerios, instituciones académicas y otros asociados pertinentes;
- necesitan el apoyo económico y técnico de instituciones internacionales.

Las estrategias que se describen a continuación deben considerarse complementarias entre sí, pero para que su impacto sea máximo han de aplicarse simultáneamente.

Garantizar la obtención, el acceso y el uso de la información sobre el personal sanitario

Aunque ningún dato puede, por sí solo, revelar toda la complejidad de las cuestiones relacionadas con los recursos humanos en salud, se pueden consultar varias fuentes de fácil acceso para obtener información básica sobre las dimensiones, las características y la dinámica de la fuerza de trabajo en el ámbito sanitario. Dichas fuentes comprenden:

- documentos administrativos (de los ministerios de salud, educación e inmigración, por ejemplo, y registros de las asociaciones profesionales y los organismos de reglamentación sanitaria);
- encuestas en establecimientos de salud;
- encuestas de población activa u otras encuestas domiciliarias;
- censos nacionales de población y vivienda.

Debe hacerse un uso óptimo de los datos de estas fuentes, pero los usuarios han de tener presentes las limitaciones de cada una de ellas y buscar estrategias alternativas cuando sea necesario. La mayoría ofrece una panorámica incompleta del personal sanitario y los datos se obtienen a menudo a intervalos irregulares o largos, lo que limita su utilidad para la formulación de políticas. A la postre, la estrategia a largo plazo de los países podría consistir en desarrollar un sistema específico que garantice la obtención, la compilación y el procesamiento regulares de información sobre el personal sanitario y las instituciones en las que se forma.

Invertir en tecnologías de la información

Para utilizar de forma óptima los datos disponibles ahora o en el futuro es importante que los países doten a los organismos que corresponda de medios tecnológicos suficientes. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en 2004 por la Oficina Regional de la OMS para África mostró que el 22% de los departamentos de personal sanitario de los ministerios de salud de la región no disponían de equipos informáticos, el 45% no tenían acceso al correo electrónico, y sólo el 32% de los departamentos encuestados disponían de fax. En estas circunstancias, incluso una inversión modesta podría reportar beneficios considerables.

Desarrollar los conocimientos teóricos y prácticos locales

Dado que, en muchos casos, los países que más necesitan fortalecer su personal sanitario son también los que cuentan con una menor capacidad de seguimiento, la cooperación técnica y la formación son especialmente importantes para ellos. Es preciso ampliar el aumento de la capacidad a los ministerios, las asociaciones profesionales y los organismos de reglamentación profesional pertinentes. En lo que respecta al contenido, la formación debe ser multidimensional e impartir enseñanzas prácticas en áreas tan fundamentales como la identificación y obtención de datos sobre personal sanitario, la gestión de bases de datos, la elaboración de análisis y la redacción de informes. El desarrollo de la capacidad ofrece ventajas tales como la posibilidad de obtener y analizar de forma continua los datos de interés a nivel local y nacional y de disponer de ellos para planificar y tomar decisiones oportunamente.

Armonizar la clasificación del personal sanitario

Obtener datos sobre el personal sanitario, compilarlos y analizarlos exige disponer de un sistema de clasificación uniforme y coherente. Es preciso trabajar a nivel local e internacional para mejorar las definiciones y la clasificación de las profesiones sanitarias; ello puede incluir la creación, por acuerdo internacional, de un sistema de clasificación del personal sanitario que refuerce la vigente Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), elaborada por la Organización Internacional del Trabajo. Además de garantizar el óptimo uso de los datos disponibles, una mayor armonización contribuirá a mejorar la obtención de datos y simplificará las comparaciones entre fuentes, países y periodos.

Utilizar indicadores uniformes

Sólo merece la pena mantener bases de datos sobre personal sanitario si se utilizan para generar información y pruebas científicas que respalden las decisiones en materia de políticas. El uso de indicadores básicos puede facilitar esta conversión de los datos en información y pruebas. Aunque el indicador que es adecuado utilizar en cada contexto depende de las cuestiones concretas de políticas y de la naturaleza y el tipo de datos disponibles, es importante que los países utilicen un conjunto uniforme de indicadores que faciliten la comparabilidad.

Aunque aún quedan por desarrollar y acordar indicadores básicos que sean sencillos de aplicar, pero lo bastante generales como para que faciliten la comparabilidad y capten cuestiones que incumben a una amplia gama de partes interesadas, los que se enumeran a continuación resultan de utilidad:

- número total y densidad de trabajadores sanitarios (por 10 000 habitantes);
- proporción de médicos respecto de enfermeros u otros trabajadores sanitarios;
- composición geográfica y sociodemográfica del personal sanitario;
- distribución institucional (pública, privada y no gubernamental) del personal sanitario;
- tasa de desempleo e incidencia del empleo doble en el personal sanitario;
- diferencias relativas de ingresos entre profesionales sanitarios y no sanitarios, entre médicos y enfermeras, o entre profesionales sanitarios hombres y mujeres.

Otros indicadores de interés, relacionados en concreto con las entradas, la generación de fuerza de trabajo y las instituciones de docencia sanitaria, son los siguientes: número de estudiantes matriculados o licenciados en dichas instituciones, flujos migratorios internacionales e interregionales, jubilaciones y defunciones entre el personal sanitario, y número de centros educativos por tipos de programas de formación.

Esta relación es sólo orientativa; los países deben investigar otros indicadores y relaciones que pudieran ser de interés para sus necesidades y circunstancias concretas.

Promover una investigación operativa que sea innovadora

Los sistemas de información eficaces pueden proporcionar datos fiables y puntuales sobre las características del personal sanitario y facilitar la evaluación de las tendencias y la comparabilidad a lo largo del tiempo. Actualmente son muy escasos los estudios de investigación operativa y de evaluación de impacto referidos al personal sanitario, debido en parte a las limitaciones de financiación. Es fundamental incrementar las inversiones, como reconocieron los delegados asistentes a la Cumbre Ministerial sobre Investigación Sanitaria celebrada en octubre de 2004 en Ciudad de México. Los responsables de políticas deben fomentar la realización de estudios en los países y en el marco de una estrategia nacional de investigación de los sistemas sanitarios que contemple las prioridades de la referida al personal sanitario.

Los países deben alentar una investigación que:

- se desarrolle y evolucione desde estudios puramente descriptivos hacia la investigación conceptual, el análisis de políticas y la evaluación del impacto;
- promueva los estudios de carácter internacional y comparativo y, con este fin, considere proyectos de investigación destinados a llevarse a cabo en varios centros, niveles y países para mejorar la comparabilidad y transferibilidad de los datos, como el estudio africano sobre migración o el estudio europeo sobre abandono anticipado del ejercicio de la enfermería;
- se integre en las intervenciones en curso o planificadas y en procesos como las reformas del sector sanitario, para así poder extraer enseñanzas de las experiencias de diversos países, compararlas y comunicarlas;

- evalúe las cuestiones relacionadas con el personal sanitario en el contexto de programas dirigidos a enfermedades concretas y financiados por iniciativas sanitarias mundiales, y documente el impacto de dichas iniciativas en el personal sanitario y otros programas, como los de salud materno-infantil. Para los países también es útil investigar los vínculos entre los resultados sanitarios (o la producción de salud) y la densidad de recursos humanos.

Crear redes, fortalecerlas y sostenerlas

El desarrollo de conocimientos y de una base de datos sobre personal sanitario requiere la labor coordinada de varios sectores - sanidad, educación, trabajo, administración pública y sector privado - y del sistema de reglamentación sanitaria, la oficina nacional de estadística, las instituciones académicas y otras partes interesadas. Por tanto, es importante implantar y fortalecer mecanismos que pongan en contacto a los productores y a los usuarios de la información y la investigación científica sobre personal sanitario a nivel nacional, regional e internacional.

Estas redes ofrecen, como posibles beneficios, unos datos de mejor calidad y más armonizados, y una mayor capacidad de obtener, analizar y difundir información y estudios sobre personal sanitario. Son ejemplos de redes eficaces los observatorios de personal sanitario de la Región de las Américas y el Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria. El observatorio africano propuesto para ser habilitado por la Oficina Regional de la OMS para África y sus asociados es otra iniciativa conveniente que necesita el pleno apoyo internacional.

También deberían crearse, fortalecerse y mantenerse redes similares para acercar a quienes generan investigación científica y a quienes la utilizan. Una de ellas es la Evidence Informed Policy Network (EVIPNet), iniciativa encabezada por la OMS y orientada a respaldar la interacción entre responsables de políticas, investigadores y representantes de la sociedad civil para transformar la información científica en políticas sanitarias. La EVIPNet identifica los problemas y prioridades importantes en materia de políticas y materializa los resultados de los estudios en documentos de propuestas de políticas estructurados de manera sencilla.

Los responsables de políticas deben, asimismo, tender la mano a los investigadores de sus países con miras a reunir una masa crítica de especialistas en investigaciones sobre personal sanitario e incrementar la producción y el acceso a estudios de elaboración local. También es fundamental promover el acceso a la investigación externa a través de las redes de investigación y la creación de bibliotecas de prácticas recomendadas.

Bibliografía complementaria

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.

Black, N. Health care workforce: how research can help. Editorial. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):S1-2.

Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (14 April 2003).

Dubois C-A, Mckee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59-78.

Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, Zhong X, Salmela R, Panisset U, Pang T. *EVIPNet: translating the spirit of Mexico*. *The Lancet*, 2005, 19 November, 366(9499):1758-1760.

Hasselhorn H-S, Müller BS, Tackenberg P, eds. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work*. Nurses Early Exit Study – NEXT. NEXT Scientific Report. Wuppertal, University of Wuppertal, July 2005.

Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. *Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 2004, 364:1451–1456.

Human Resources of European Health Systems: Final Report. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health providers in sub-Saharan Africa*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Ministerial Summit on Health Research: Mexico City, Mexico. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities. Geneva, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2004 (available at: <http://www.who.int/rpc/summit/en/>).

Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E, Dal Poz MR, Rigoli F. *Human resources for health: options for analysis and monitoring*. Unpublished manuscript, 2005

Report of the Task Force on Health Systems Research. Geneva, World Health Organization, 2005 (available at: http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, accessed on 12 February 2006).

Report on WHO workshop on formulating a global research agenda for human resources for health. Cape Town, 6-8 September 2004. Geneva, World Health Organization, 2004.

Rigoli F, Arteaga O. *The experiences of the Latin America and Caribbean observatory of human resources in health, 2004* (<http://www.lachsr.org/Observatório/eng/pdfs/arteagaObservatoryHR.pdf>).

Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcome. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Working together for health: the world health report 2006. Geneva, World Health Organization, 2006.

Invertir en educación para aumentar la capacidad y lograr un aprendizaje permanente

¿Por qué centrarse en la educación y la formación?

Ningún sistema de salud puede permitirse el riesgo de impartir a sus trabajadores una educación deficiente. Ni puede tampoco funcionar bien si la formación de su personal no se corresponde con las necesidades sanitarias de la población. Sin embargo, en muchos países la educación se descuida y se reforma con lentitud, y ello pese a que las necesidades de la población en materia de salud están cambiando rápidamente.

Hay tres razones acuciantes para prestar una atención renovada a la formación de los trabajadores del sector sanitario.

- En primer lugar, el mundo necesita más personal de salud. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* señala un déficit mundial de 4,3 millones de trabajadores sanitarios. Para generar estos efectivos las instituciones docentes tendrán que ampliar su capacidad.
- En segundo lugar, muchos sectores sanitarios necesitan más tipos de trabajadores: no sólo más médicos y enfermeros, sino también más gestores y profesionales de la salud pública, y agentes de salud comunitarios. En el mundo son mucho más numerosas las instituciones docentes orientadas a la producción de personal médico (más de 1600) y de enfermería (unas 6000) que las que forman a especialistas en salud pública (unas 375 escuelas). Para producir una fuerza de trabajo con una gama más amplia de capacidades, el sector de la docencia sanitaria deberá impartir una formación más amplia y variada.
- En tercer lugar, los trabajadores del sector sanitario operan en un mundo que está en constante evolución. Los riesgos planteados por las enfermedades evolucionan y los protocolos de tratamiento se revisan. Las estructuras de gestión se modernizan. Los individuos, las familias y las comunidades conocen cada vez mejor su propia salud y el tratamiento que desean. Para producir trabajadores sanitarios capaces de responder adecuadamente a su entorno en evolución, las instituciones docentes han de formar a profesionales con las competencias pertinentes y capacidad para aprender de forma permanente.

¿Qué hay que hacer?

Evaluar a priori y a posteriori los programas para los trabajadores sanitarios

Para saber qué cambios es preciso hacer, los responsables de políticas deberán evaluar la formación que se ofrece a sus trabajadores sanitarios y compararla con las necesidades del sector de la salud. Ello supondrá reunir la información que permita responder a algunas preguntas clave como las siguientes:

- ¿Qué instituciones de formación prelaboral y laboral pueden capacitar a nuestra fuerza de trabajo? ¿En qué áreas temáticas pueden ofrecer formación? En la actualidad, ¿cuántos graduados pueden producir anualmente? ¿Dónde están situadas? ¿En qué idioma imparten la formación?
- ¿Cuáles son las necesidades actuales y previstas del sector sanitario? ¿Qué capacidades y competencias se necesitan y se necesitarán en el personal sanitario? (Deben considerarse no sólo las capacidades médicas de carácter técnico, sino también otras como las relacionadas con la gestión y la salud pública, y atributos personales, como la aptitud lingüística.) ¿Hacen falta nuevos profesionales, como enfermeros practicantes, asistentes médicos o agentes de salud comunitarios?

- ¿Dónde radican los desfases? ¿En qué medida puede el país contar con escuelas nacionales, regionales o internacionales? ¿Cuánto dinero es preciso gastar, y cómo, para mejorar la formación del personal sanitario?

Velar por que existan las instituciones y los programas de formación adecuados, y controlar la calidad de su trabajo

Los responsables de políticas que buscan mejorar la formación prelaboral y laboral ofrecida a los trabajadores sanitarios tienen varias soluciones a su disposición. La opción adecuada variará según el lugar. Algunos países invertirán en una gama completa de instituciones de formación nacionales. Otras optarán por una combinación de formación nacional e internacional. En algunas regiones con idiomas de trabajo comunes, los países podrán optar por coordinar sus iniciativas de modo que uno de ellos disponga de una facultad de medicina y su vecino, de una escuela de salud pública.

Es fundamental que, sea cual sea la opción elegida, los responsables de políticas velen por que se instauren mecanismos de control de la calidad. La acreditación de las instituciones docentes (y también, en algunos lugares, la de sus formadores) es un medio de evaluar el desempeño y determinar qué mejoras son necesarias. Es llevada a cabo por órganos gubernamentales u organizaciones creadas por grupos de escuelas profesionales, y exige a las instituciones que demuestren cómo están cumpliendo sus objetivos de formación. Una encuesta reciente realizada en facultades de medicina muestra que los programas de acreditación están irregularmente distribuidos en el mundo. También se necesita trabajar para ampliar la acreditación más allá de los centros docentes de medicina y de enfermería, a otras instituciones de formación en profesiones sanitarias.

Prestar atención a las infraestructuras

Edificios con dedicación exclusiva, laboratorios especializados, medios adecuados sobre el terreno y materiales docentes de alta calidad son algunos de los requisitos infraestructurales de las instituciones de docencia sanitaria. La carencia de infraestructuras adecuadas puede limitar el número de estudiantes a los que se puede formar y la capacidad de la institución para expandirse.

El acceso a libros de texto de alta calidad y otros materiales docentes representa un problema importante para muchos países de ingresos bajos y medios. Se han ideado algunas soluciones, como las siguientes: en países de América Latina y el Caribe, el programa PALTEX realiza una selección basada en la calidad y ofrece descuentos por volumen en una amplia gama de libros de texto e instrumental básico de diagnóstico a más de 600 instituciones; el programa HINARI, creado por la OMS en colaboración con importantes editoriales, permite a instituciones académicas y científicas, oficinas gubernamentales y hospitales docentes de países en desarrollo acceder a una de las colecciones más amplias del mundo de publicaciones biomédicas y sanitarias. Más de 3200 revistas a texto completo y otros recursos están hoy día a disposición de las instituciones sanitarias de 69 países sin cargo alguno, y a muy bajo costo en otros 44 países.

Velar por que se disponga de financiación para diversos tipos de estudiantes

Para ingresar en la mayoría de los programas de formación de profesiones sanitarias se exige haber terminado la educación secundaria, pero muchos países adolecen de una financiación insuficiente a este nivel, factor que limita drásticamente el número de personas que pueden incorporarse a dichos programas. Por otra parte, las características de los estudiantes que ingresan en éstos raramente reflejan la diversidad social, lingüística y étnica del país, ya que predominan desproporcionadamente los procedentes de las clases sociales altas y los grupos étnicos dominantes de la sociedad. Cada vez se tiene mayor conciencia de la importancia de los aspectos socioculturales y lingüísticos en la dispensación de asistencia, lo que ha llevado a prestar una atención renovada a los desequilibrios de la diversidad en los procesos de ingreso. Además de velar, por ejemplo, por que los proveedores de atención de salud hablen el idioma de los grupos de población a los que atienden, probablemente haya que instituir becas dirigidas a objetivos concretos.

Gestionar las modificaciones en el programa de estudios y cambiar a una docencia centrada en el paciente y basada en la práctica

El programa de estudios refleja los conocimientos teóricos y prácticos que han de impartirse a los distintos tipos de trabajadores sanitarios. Incluir una nueva materia en un programa de estudios confiere legitimidad a un tema y puede inducir cambios que deriven en la aparición de nuevas disciplinas, departamentos, escuelas y tipos de trabajadores sanitarios, y tengan un impacto masivo en el ejercicio asistencial. Por ejemplo, en los últimos 40 años, la epidemiología clínica ha pasado de la periferia de la medicina a encabezar la transformación, basada en pruebas científicas, de la salud y la atención sanitaria.

Gestionar modificaciones de los programas de estudios puede ser complicado. Es preciso evaluar si los programas vigentes son adecuados, ya que cualquier recomendación de cambio puede percibirse como una amenaza para los límites y las jerarquías profesionales vigentes. Los cambios importantes pueden exigir nuevas capacidades del personal docente, nuevos materiales de aprendizaje o nuevos lugares de formación, y esto a su vez puede tener consecuencias en la asignación de recursos.

Hay sólidas pruebas de que la docencia basada en la práctica (en la que los estudiantes deben aplicar lo aprendido en los libros a situaciones reales) es muy eficaz. Las evaluaciones han puesto de manifiesto una y otra vez que este enfoque de la educación produce profesionales sanitarios con mejores capacidades, actitudes y comportamientos que los formados con otros tipos de programas. Prestar más atención a la docencia basada en la práctica supondría una mejora útil de los programas de estudio de las profesiones sanitarias. De igual modo, incorporar la formación en salud pública a las disciplinas clínicas podría contribuir al desarrollo de enfoques integrados de la salud de los individuos y las comunidades.

Cualesquiera que sean los cambios previstos en el diseño del programa de estudios o los métodos de enseñanza, el personal docente necesitará un apoyo permanente para aplicarlos y mantener actualizadas sus capacidades. Además, un programa continuo de apoyo al personal docente que esté vinculado al desarrollo profesional no sólo mejorará el desempeño de estos profesionales, sino que contribuirá a motivarlos y conservarlos. Probablemente haya que prestar especial atención a garantizar la igualdad de oportunidades para las mujeres.

Hacer hincapié en los métodos de aprendizaje autodirigido y basado en problemas para producir profesionales que aprendan durante toda la vida

El ritmo de cambio del sector sanitario y la generación constante de nuevos conocimientos no dan pie a esperar que los programas de formación enseñen a las personas todo lo que necesitarán saber a lo largo de su ejercicio profesional. En lugar de ello, los centros docentes deben ayudar a los estudiantes a «aprender a aprender». La capacidad de adquirir nuevas habilidades y conocimientos a lo largo de toda la vida es, en sí misma, una competencia básica que el programa de estudios debe cultivar. Los educadores, tanto de la formación prelaboral como de la continua, reconocen este hecho y están desplazándose de la «enseñanza didáctica» hacia el aprendizaje centrado en el estudiante y basado en problemas, prestando mayor atención a la idea de «saber cómo» que a la de «saber todo». Hay pruebas de que los estudiantes están muy satisfechos con este cambio y al personal docente le gusta el método de aprendizaje basado en problemas. Aun así, hacen falta nuevos estudios para conocer mejor la eficacia y los costos del aprendizaje basado en problemas en diversos entornos de todo el mundo.

Conclusiones

La formación del personal sanitario es crucial para que el mundo pueda hacer frente a los principales retos sanitarios, como alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, prevenir y tratar enfermedades crónicas y responder a las emergencias. Los responsables de políticas de todo el mundo deben centrarse en ampliar la capacidad de formar y educar a los futuros profesionales sanitarios. El mundo necesita un personal de salud adaptable y adecuadamente capacitado, integrado por profesionales que

estén aprendiendo durante toda la vida y sepan cómo hallar y aplicar nuevas informaciones y competencias. Los costos de crear esta fuerza de trabajo del futuro serán considerables.

Bibliografía complementaria

Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(10):966–968.

Butler R, Inman D, Lobb D. Problem-based learning and the medical school: another case of the emperor's new clothes? *Advances in Physiology Education*, 2005, 29:194–196.

Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:1017–1021.

Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. New York, NY, University of California Press, New York, and Milbank Memorial Fund, 2005.

Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 2005, 39:732–741.

Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *International Journal of Health Services*, 2003, 33(1):85–98.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) [The Expanded Textbook and Instructional Materials Program]. Washington, DC, Pan American Health Organization and Pan American Health and Education Foundation, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltex>).

Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the strategic partnership to improve medical education. Geneva, World Health Organization/Copenhagen, World Federation for Medical Education, 2005 (<http://www.wfme.org>).

Potenciar al máximo el personal sanitario existente

¿Por qué centrarse en mejorar el desempeño de los trabajadores?

Una fuerza de trabajo que funciona bien es sensible, justa y eficiente, y logra los mejores resultados sanitarios posibles, dados los recursos a su alcance y las circunstancias. Si el mundo no hace buen uso de los trabajadores sanitarios, no podrá superar los retos a los que se enfrenta en el ámbito de la salud, pero hay pruebas de que los responsables de políticas podrían ayudar a estos profesionales a rendir mucho más si facilitarían que los gestores pudieran mejorar los puestos de trabajo y las condiciones laborales.

Hay tres razones para que los responsables de políticas y los gestores emprendan ahora acciones dirigidas a mejorar el desempeño del personal sanitario. En primer lugar, es probable que tal mejora tenga un efecto más rápido que las inversiones en lo que respecta a ampliar las dimensiones de este colectivo. En segundo lugar, aunque aumente el número de trabajadores, siempre será limitado y los responsables de políticas deberán hacer un uso óptimo de estos recursos restringidos. En tercer lugar, las acciones dirigidas a mejorar el desempeño del personal se asocian también a una mayor motivación, y una fuerza de trabajo motivada probablemente signifique una mayor capacidad de conservar a los trabajadores y un mayor número de nuevas incorporaciones. Las dimensiones del desempeño de la fuerza de trabajo se resumen en el recuadro 1.

Recuadro 1. Dimensiones del desempeño de la fuerza de trabajo

Disponibilidad	Disponibilidad de espacio y tiempo: comprende la distribución y presencia de los trabajadores existentes, así como su número acorde con las necesidades.
Competencia	Comprende la combinación de conocimientos técnicos, de capacidades y actitudes, y de comportamientos en el trabajo.
Sensibilidad	Alude al correcto trato a las personas, independientemente de su situación social, económica o sanitaria, de quiénes son o de que su salud mejore o no.
Productividad	Alude a la producción de servicios de salud eficaces y resultados sanitarios al máximo nivel posible dado el personal existente, así como a la racionalización del uso del tiempo o las capacidades del personal y de otros recursos complementarios.

¿Qué se puede hacer?

Los contextos de la gestión del sector sanitario difieren mucho entre unas zonas del mundo y otras; por ejemplo, entre los países con mayor y menor nivel de desarrollo, entre el sector público y el privado, entre las zonas urbanas y las rurales o remotas, y entre la atención primaria y la de enfermos agudos. En todos los ámbitos, los principales instrumentos de gestión que pueden contribuir a mejorar el desempeño comprenden un grupo de instrumentos relacionados con el puesto de trabajo, instrumentos relacionados con los sistemas de apoyo que todos los trabajadores necesitan para llevar a cabo su labor, e instrumentos que conforman y generan un entorno laboral favorable. Es raro hallar una relación directa entre un instrumento concreto y un cambio deseado. No todos ellos operan en todos los entornos, pero en conjunto representan una lista de comprobación de opciones para responsables de políticas.

Instrumentos relacionados con el puesto de trabajo

Descripciones de los puestos de trabajo. Las descripciones de puestos de trabajo que fijan claramente objetivos, responsabilidades, autoridad y cauces de rendición de cuentas se asocian

regularmente a un mejor logro de los objetivos laborales en todos los tipos de trabajadores. Su elaboración puede, además, tener efectos bastante rápidos. En muchos países, los trabajadores sanitarios carecen todavía de descripciones adecuadas de los puestos de trabajo, por lo que esta estrategia encierra un gran potencial.

Normas y códigos de conducta. Muchos empleadores están introduciendo ahora códigos de conducta escritos y explícitos para todos sus empleados en los que se indica, por ejemplo, que deben acudir puntualmente al trabajo, tratar a los pacientes con dignidad y respeto, y proporcionarles una información completa. La eficacia de estos códigos depende probablemente de la medida en que los profesionales sanitarios y los gestores los comuniquen y velen por su cumplimiento. Los códigos de deontología profesional, como el Juramento Hipocrático de los licenciados en medicina, pueden convertirse en una fuente importante de motivación interna para un correcto desempeño.

Competencias acordes con las necesidades. Reorganizar los turnos de trabajo y flexibilizar más los horarios puede ser otra forma de incrementar la productividad de los trabajadores. Esta estrategia podría conseguir, con un costo limitado, que los efectivos de personal fueran más acordes a la carga de trabajo. También la delegación de competencias y la alternancia de tareas aumentan la productividad general de la fuerza de trabajo, porque transfieren la responsabilidad de algunas actividades de los enfermeros a los agentes comunitarios, o de los médicos a los enfermeros.

Supervisión. Se ha comprobado regularmente que la supervisión, sobre todo asociada a la auditoría y la retroinformación del personal, mejora el desempeño de muchos tipos de trabajadores sanitarios, desde proveedores hasta gestores. La naturaleza de la supervisión es importante. Si las visitas se convierten en actos administrativos estériles o se perciben como procesos cuyo fin es buscar errores y castigar, sus efectos positivos son escasos. Por el contrario, la supervisión que presta apoyo, es instructiva y coherente, y ayuda a resolver problemas concretos puede mejorar el desempeño, la satisfacción con el puesto de trabajo y la motivación.

Instrumentos relacionados con el apoyo

Remuneración. 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 otros incentivos. Los trabajadores sanitarios deben recibir un salario razonable por el trabajo que realizan. Necesitan percibir un salario digno y, además, creer que es acorde a sus responsabilidades y justo comparado con el de otros puestos de trabajo iguales o equivalentes. Los organismos externos podrían ayudar a mejorar el desempeño de los trabajadores en los países de ingresos bajos mediante la prestación de apoyo salarial a medio plazo. Además, siempre que fuera posible debería utilizarse una combinación de sistemas de pago y otros incentivos.

Información y comunicación. Todo esfuerzo concreto por mejorar la productividad general de la fuerza de trabajo debe basarse en datos fiables sobre el nivel, la distribución y las combinaciones de capacidades de la fuerza de trabajo, unidos a información sobre los factores que se piensa que están poniendo trabas a un mejor desempeño del personal sanitario y sobre las posibles opciones en materia de políticas. Un sistema de información eficaz es un componente clave de la estrategia para mejorar el desempeño del personal.

Infraestructuras y 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. Son muy pocas las pruebas firmes de que mejorar las infraestructuras y los suministros básicos tenga efectos beneficiosos sobre el desempeño, pero parece muy probable que, una vez aplicadas, estas mejoras generen beneficios considerables y casi inmediatos. Una forma sencilla y evidente, pero a veces olvidada, de determinar qué acciones lograrán las mejoras más amplias e inmediatas consiste en preguntar a los propios trabajadores sanitarios. Por otra parte, hacer frente a los riesgos de violencia e

intimidación en los lugares de trabajo del sector de la salud podría mejorar la motivación y el compromiso.

Instrumentos relacionados con el lugar de trabajo

Aprendizaje permanente. Los trabajadores sanitarios necesitan disponer de conocimientos actualizados para desempeñar su labor correctamente. El rápido incremento de los conocimientos y los cambios en los sistemas de salud subrayan la necesidad de un desarrollo profesional permanente a lo largo de toda la trayectoria laboral de este colectivo. El desarrollo profesional permanente puede definirse sencillamente como «un proceso sistemático, continuo y cíclico de aprendizaje autodirigido» para los individuos. Un planteamiento como éste va más allá de la formación e incluye, por ejemplo, trayectorias profesionales, información de retorno de otras fuentes, tutorías y comisiones de servicios. Dada la distribución geográfica de los muchos profesionales sanitarios que necesitan un desarrollo profesional permanente, también merece la pena explorar más a fondo la educación a distancia en sus diversas modalidades.

Trabajo en equipo. El trabajo en equipo y procesos como el desarrollo conjunto de directrices y la revisión por expertos pueden mejorar moderadamente el desempeño de los trabajadores sanitarios. Se ha observado que aportan beneficios como un mayor bienestar del personal y una asistencia de mejor calidad. Las pruebas de que las iniciativas emprendidas a nivel de toda la organización logran una mejora continua de los servicios son limitadas. Aun así, las personas responden positivamente a muchos incentivos no económicos que pueden agruparse bajo el epígrafe de buena gestión o liderazgo de equipos de trabajo. Consisten en transmitir una visión clara de la actividad profesional, reconocer a las personas y valorar su trabajo, escuchar al personal y potenciar su participación en la toma de decisiones, alentar la innovación, crear una cultura de evaluación comparativa con competidores, proporcionar estructuras profesionales y oportunidades de ascenso, ofrecer información de retorno sobre el correcto desempeño y utilizar las recompensas y las sanciones de manera justa y coherente.

Responsabilidad con rendición de cuentas. Los servicios pueden organizarse de muchas maneras, pero los gestores no pueden 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 primer lugar, pese a un intento generalizado de descentralizar, a los gestores locales se les asigna a menudo la responsabilidad nueva de dispensar servicios sin atribuirles ningún control sobre el dinero y el personal necesarios para este fin. En segundo lugar, es frecuente que se disponga de pocos mecanismos operativos que garanticen la rendición de cuentas respecto al uso del dinero, la contratación del personal o la calidad de los servicios dispensados. En tercer lugar, es habitual que las líneas de mando sean confusas, sobre todo durante los periodos 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 de éste. Conceder a los gestores locales al menos cierta libertad en la asignación de fondos puede suponer un gran cambio en el funcionamiento del personal y los servicios, ya que aquéllos se ven capacitados para abordar rápidamente los problemas locales. Los mecanismos que obligan a los trabajadores sanitarios a dar cuenta de sus acciones son otro medio de mejorar la productividad y el desempeño.

Conclusiones

Mejorar el desempeño de los trabajadores no se reduce a aplicar las medidas de gestión descritas aquí. El desempeño también depende de las características de la población atendida y de los propios trabajadores sanitarios (como la formación, la experiencia y la motivación personal). Aun así, las condiciones relacionadas con el puesto de trabajo, el apoyo y el lugar de trabajo son importantes. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* pone de manifiesto que los datos científicos sobre la eficacia relativa de los métodos aquí descritos son contradictorios. Es patente la necesidad de nuevos estudios sobre la gestión del personal sanitario. Con todo, los responsables de políticas podrían hacer un uso más racional de la fuerza de trabajo de que disponen si crearan un entorno de mayor capacidad de

gestión para el uso de los instrumentos relacionados con los recursos humanos del sector sanitario e invirtieran en la formación y el desarrollo de las instancias de gestión.

Bibliografía complementaria

- Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service*. Final report submitted to the Department of Health, 2000. London, Department of Health, 2000.
- 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.
- Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.
- Buchan J. Increasing the productivity of an existing 'stock' of health workers: Unpublished review for United Kingdom Department for International Development, 2005.
- De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems*. Ottawa, International Development Research Centre, 2004.
- Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Policies and Operations, 2005 (Making health systems work. Working Paper No. 1).
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- Developing through partnership – Continuous professional development portfolio for healthcare managers*. London, Institute of Healthcare Management. 2004.
- Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Kelly P. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111–117.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Stekelenberg J, Kyanamina S S, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2002, 65:109–118.
- 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.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.

Hacer frente a los complejos retos de la migración de trabajadores sanitarios

Durante la última década, la migración de los trabajadores sanitarios cualificados se ha hecho más compleja, más generalizada en todo el mundo y más preocupante para los países que pierden a trabajadores sanitarios muy necesarios. Las personas tienen derecho a trasladarse y a buscar el mejor empleo que puedan lograr, pero con la salvaguarda de este derecho algunos países sufren desproporcionadamente los efectos negativos de la migración. Cuando un número considerable de médicos y enfermeros migra al extranjero, los países que financiaron su formación terminan proporcionando a regañadientes una especie de «subsidio anómalo» a los países más ricos que reciben a estos profesionales. Sin embargo, la consecuencia más lesiva no es la pérdida económica. Si un país tiene un sistema sanitario frágil, la pérdida de parte de su fuerza de trabajo incrementa la presión; las consecuencias son especialmente graves en las zonas rurales y subatendidas, que a menudo son las más castigadas por la emigración.

La migración de profesionales cualificados genera anualmente miles de millones de dólares en remesas (dinero enviado por los migrantes a sus países de origen) para los países de bajos ingresos, por lo que se ha asociado a una disminución de la pobreza. Sin embargo, la migración de trabajadores sanitarios puede afectar al derecho de todas las personas a recibir atención de salud y debe considerarse un caso especial que justifica una respuesta de políticas distinta a la que es apropiada para otros trabajadores cualificados.

Curiosamente, todas las encuestas realizadas, incluso en momentos de migración acelerada, han puesto de relieve que la mayoría de los trabajadores sanitarios preferirían trabajar en sus países de origen, siempre y cuando dispusieran de un salario digno y cierto grado de estabilidad económica y política.

Políticas para gestionar la migración

Tanto los países de origen como los de acogida pueden elaborar políticas y acuerdos bilaterales que afectarán a los movimientos de trabajadores sanitarios cualificados. Un requisito básico de la formulación de políticas es disponer de datos suficientes sobre existencias y flujos, incluidos la contratación y las pérdidas de personal.

Países de origen

Invertir para producir más trabajadores sanitarios. Reconociendo las posibilidades de perder personal, algunos países están estudiando producir más trabajadores sanitarios de los que necesitarían en condiciones normales; puede que también estudien estrategias de exportación de dichos trabajadores. Aunque hasta ahora no se han evaluado sistemáticamente las consecuencias de llevar adelante una estrategia de exportación, es una opción para los países cuya emigración profesional es apreciada.

Una de las razones de que los trabajadores sanitarios migren radica en la aparente paradoja de que, en algunos países, coexistan una escasez de personal de salud y altas tasas de desempleo entre este mismo personal. Asimismo, deben incrementarse las oportunidades de trabajo de los licenciados, ya sea a través del sector público (en la medida en que lo permitan las limitaciones fiscales) o del privado. En algunos lugares se ha constatado que invertir en personal local cuyo plan de formación se oriente también a cuestiones locales favorece la permanencia de los profesionales en las zonas rurales y el descenso de la migración.

Un acuerdo contractual por el que los profesionales licenciados aceptan trabajar para un empleador durante un periodo determinado se conoce como vinculación. Pese a ser una práctica muy difundida,

se sabe poco de su eficacia, y no es factible cuando la formación es privada. La experiencia con ella es diversa: garantiza la cobertura, pero está estrechamente asociada a un bajo rendimiento de los trabajadores y a altas tasas de rotación.

Mejorar las condiciones de trabajo. Por sí solos, unos salarios mejores en los países de origen no cambiarán en esencia la estructura de la migración debido a la gran diferencia salarial entre dichos países y los de acogida, pero abonar los salarios regular y puntualmente es vital. También se necesita un conjunto completo de reformas en el lugar de trabajo que aborden cuestiones relacionadas con las condiciones laborales, el transporte, la vivienda y la educación de los trabajadores sanitarios y sus familiares. Las oportunidades de desarrollo y potenciación profesional son factores motivadores que favorecerán la permanencia de los profesionales en sus países de origen. La gestión y la supervisión tienen una gran capacidad de fomentar la satisfacción laboral o, si por el contrario se llevan a cabo incorrectamente, de desmotivar a los trabajadores y contribuir a su pérdida.

Alentar a los trabajadores migrantes a regresar. Una gestión institucional activa de los migrantes puede fomentar el bienestar de éstos no sólo en el extranjero, sino también cuando regresan. Por su parte, unos servicios especiales de migración para trabajadores sanitarios contribuirán a que se mantengan relaciones productivas con centros sanitarios locales mientras los trabajadores permanezcan en el extranjero.

Países de acogida

Invertir para producir más trabajadores. Una planificación mejor de la fuerza de trabajo en los países de acogida, que garantice que el ritmo de incorporación de trabajadores extranjeros esté en consonancia con el de pérdidas, cambiará la naturaleza del mercado de trabajo y la demanda de trabajadores sanitarios que se desplacen de los países más pobres a los más ricos.

Instaurar prácticas de contratación responsables. Muchos países de acogida han intentado utilizar medios más responsables de contratar trabajadores sanitarios procedentes de sistemas de salud vulnerables, por ejemplo mediante códigos deontológicos o acuerdos bilaterales. Negociar con las instituciones docentes y los ministerios de salud o las unidades de planificación de la fuerza de trabajo ayudará a evitar reclamaciones de «caza furtiva» de profesionales y otros procedimientos de contratación censurables.

Una conducta responsable supone también garantizar un tratamiento justo de los trabajadores migrantes: han de ser contratados en las mismas condiciones que el personal local y se les deben dar oportunidades para la orientación cultural.

Desarrollar los recursos humanos para la salud en los países de origen. Muchos países de acogida son también proveedores de ayudas al desarrollo relacionadas con la salud en otros países. Esta ayuda podría estar dirigida más específicamente a ampliar los efectivos de personal sanitario, no sólo para aminorar el impacto de la emigración, sino también para superar el obstáculo que suponen las restricciones en materia de recursos humanos sanitarios para el logro de los ODM relacionados con la salud.

Prestar a los países de origen ayuda directa en forma de recursos humanos para la salud. La ayuda directa puede brindarse a través de personal de salud voluntario o del trabajo de ONG internacionales. El hermanamiento directo entre centros sanitarios de países ricos y pobres, que es una forma muy común de ayuda al desarrollo, supone también flujos considerables de trabajadores sanitarios en ambas direcciones. Un esfuerzo más sistemático por comprender la experiencia colectiva de estos programas podría potenciar los beneficios a corto y largo plazo tanto para los países de origen como para los de acogida.

Iniciativas internacionales

Lograr la coherencia internacional. La necesidad de buscar un equilibrio entre los derechos de los trabajadores sanitarios migrantes y las cuestiones de equidad que suscita la necesidad de un personal sanitario suficiente en los países de origen ha llevado a redactar directrices éticas internacionales para

la contratación y códigos deontológicos. En los últimos cinco años han surgido muchos instrumentos elaborados por autoridades nacionales, asociaciones profesionales y organismos internacionales. Aunque no son legalmente vinculantes, fijan normas importantes de conducta entre los agentes clave implicados en la contratación internacional de personal sanitario. Queda por ver si estas normas serán suficientemente efectivas.

Establecer acuerdos bilaterales. Los acuerdos bilaterales sobre prestadores de servicios de salud pueden brindar un marco explícito y negociado para gestionar la migración. Dada la complejidad de los patrones migratorios - los países pueden recibir trabajadores sanitarios de muchos países y también enviarlos a muchos otros -, se plantean cuestiones de envergadura en torno a la factibilidad, para un país dado, de gestionar numerosos acuerdos bilaterales.

Conclusiones

En la mayoría de los países del mundo falta personal sanitario cualificado. Esta escasez se ha remediado fundamentalmente con la migración en lugar de recurrir a estrategias para favorecer la permanencia y la contratación, por lo que, en un futuro próximo, con el agravamiento de la escasez se incrementarán las migraciones. En la actualidad, los costos de la movilidad mundial los soportan mayoritariamente los países de origen más pobres, mientras que los beneficios se concentran en los países de acogida.

Ofrecer unos salarios similares a los de los países de acogida queda generalmente fuera del alcance de los países en desarrollo, pero crear un sistema de atención sanitaria eficaz depende simplemente de «un mejor funcionamiento económico, una situación política estable y un entorno laboral tranquilo»; sin embargo, con demasiada frecuencia estas metas no sólo son difíciles de alcanzar, sino que, en un clima en el que la «buena gobernanza» se ha convertido casi en un mantra mundial, de hecho van alejándose.

Dado que no es posible poner fin a la migración y los países de origen necesitarán tiempo para llevar a cabo un cambio de políticas importante que mejore el número y la situación de sus propios trabajadores sanitarios, se ha ido trasladando a los países de acogida la responsabilidad de convertirse en productores y contratadores responsables. Ha llegado el momento de dotar de cierto fundamento práctico al concepto de «migración gestionada» - otro mantra nuevo -.

Bibliografía complementaria

Allen H, Aggergaard Larsen J. *"We need respect" - experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London, Royal College of Nursing, 2003 [<http://www.rcn.org.uk>].

Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Connell J, Brown R. *Remittances in the Pacific: an overview*. Manila, Asian Development Bank, 2005 [<http://www.adb.org>].

Global economic prospects: economic implications of remittances and migration. Washington, DC, World Bank, 2005.

Healers abroad: Americans responding to the human resource crisis in HIV/AIDS. Fitzhugh Mullan, Claire Panosian, Patricia Cuff, editors. Washington, DC, Institute of Medicine Committee on the Options for Overseas Placement of US Health Professionals, Institute of Medicine, 2005.

Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: Ijumba P, ed. *South African Health Review*, 2002. Durban, Health Systems Trust, 2003 [<http://www.hst.org.za>].

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., Dal Poz, M. (2004) Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):595-600.

World migration report: costs and benefits of international migration. Geneva, International Organization for Migration, 2005.

Tender puentes entre los trabajadores sanitarios de distintos programas de salud pública

Introducción

Los retos a los que se enfrenta el sector sanitario son muchos y variados, pero sólo hay una fuerza de trabajo para hacer frente a todos ellos. Armonizar la formación, las tareas, los planes de trabajo, los incentivos y la supervisión de los trabajadores sanitarios para las numerosas prioridades del sector podría reducir el despilfarro de tiempo y la duplicación de esfuerzos. Lograrlo exigirá la colaboración entre programas de salud prioritarios y un enfoque unificado por parte de la comunidad internacional de donantes a nivel de los países. Exigirá también, como elemento crucial, un liderazgo fuerte y centralizado. Organismos y agentes tendrán que colaborar para ayudar a los ministerios o los departamentos de salud de los gobiernos en esta función de rectoría.

Esta nota de orientación de políticas aborda los retos a los que se enfrentan los gestores de programas de todos los niveles para hacer un uso óptimo del personal de que disponen. En concreto, trata de las situaciones que surgen cuando programas prioritarios intentan conseguir los objetivos utilizando su poder económico para atraer hacia ellos los recursos humanos de otros programas prioritarios competidores.

¿Por qué es necesaria la armonización?

El personal de salud debe responder al amplio espectro de necesidades en materia de promoción, prevención y atención. Por tanto, los trabajadores sanitarios han de hacer frente a la carga creciente de enfermedades crónicas, responder a las emergencias - como catástrofes naturales, conflictos civiles, guerras y sus consecuencias - y realizar un esfuerzo especial para contribuir al logro de las metas sanitarias de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, en muchos lugares el personal de salud está fragmentado y se lo retira de las tareas que persiguen un determinado objetivo sanitario para que se dedique al siguiente, lo que acarrea duplicaciones de esfuerzos y despilfarro de recursos.

Los ODM, por sí solos, han dado origen a varias resoluciones e iniciativas, como la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que a su vez han derivado en un fortalecimiento de los programas prioritarios en los países. Dentro de cada país, los programas y proyectos fijan sus propios objetivos y metas, con exigencias en cuanto a dispensación de servicios y recursos humanos. Pero la dotación de personal de salud es limitada. Las intervenciones sanitarias compiten por unos recursos escasos, utilizando a menudo como «gancho» unos sueldos más altos u otros incentivos. En respuesta a ello, el personal se mueve entre distintos proveedores de atención de salud e iniciativas. Además, en muchos distritos y establecimientos sanitarios la planificación integrada de los recursos humanos es escasa o nula. El resultado es que los trabajadores están abrumados por las exigencias de cumplir los requisitos de cada programa.

El problema afecta también a la formación y la supervisión. Todos los años se imparten miles de cursos de formación para prestar una mejor atención a problemas de salud concretos. Cada curso retira temporalmente de sus puestos a cierto número de trabajadores, lo que supone la pérdida de cientos de miles de días de atención a pacientes y de actividades de prevención. A menudo, el contenido de unos cursos se solapa con el de otros y se pierde un tiempo precioso en impartir las mismas enseñanzas prácticas. Por su parte, la supervisión está fragmentada. Las visitas de supervisión de los diversos programas se suceden unas a otras, cuando podrían realizarse simultáneamente de forma integrada y de resultados de una planificación coordinada.

Los programas nacionales dirigidos a mejorar problemas sanitarios concretos, cada uno con sus propios objetivos, se crearon con las mejores intenciones, pero han conducido a las ineficiencias descritas más arriba y a una competencia improductiva entre programas sanitarios por el tiempo de los trabajadores. Al cabo, es muy probable que estos problemas obstaculicen el logro de los propios objetivos de los programas.

En cuanto a la preparación para el despliegue de personal sanitario en situaciones de emergencia, es limitada o en algunos lugares ni siquiera existe. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* ha identificado estrategias de recursos humanos para ayudar a lograr los ODM, hacer frente a enfermedades crónicas y responder a las emergencias. Para evitar los problemas de fragmentación y duplicación de esfuerzos será preciso coordinar y armonizar los recursos humanos de los diversos programas y planificar las necesidades en materia de emergencias.

¿Qué se debe hacer y cómo hacerlo?

Coordinar mejor la capacitación en el servicio y, siempre que sea posible, descentralizar la formación

Los miembros de la comunidad docente sanitaria, junto con los gobiernos, los organismos internacionales y las ONG, deben analizar los módulos de formación centrados en necesidades sanitarias concretas para armonizar sus contenidos. Se podría elaborar un plan de estudios que reflejara todas las tareas de las diversas prioridades programáticas en las que el personal sanitario está trabajando a diario. Emular la estrategia por la que se pasó de la lucha contra las enfermedades diarreicas al tratamiento integrado de las enfermedades de la infancia, por ejemplo, podría reducir considerablemente el tiempo en el que el personal no ocupa su puesto porque está recibiendo formación. También deben sondearse otras posibilidades, como una formación más descentralizada, impartida durante el servicio o a distancia, incluidos cursos de ciber salud, para reducir las ausencias del puesto de trabajo.

Integrar la supervisión

Es preciso organizar departamentos nacionales de salud para agrupar en ellos los programas prioritarios y así lograr una supervisión menos fragmentada. A las autoridades sanitarias de los distritos se les debe conferir la capacidad de actuar como un «embudo» para la supervisión integrada de varios programas de salud prioritarios. Autorizar a un supervisor a que combine las tareas que lleve a cabo durante sus visitas sobre el terreno podría mejorar la eficiencia.

Por ejemplo, las visitas a las aldeas para supervisar las actividades relacionadas con la salud materno infantil podrían combinarse con otras intervenciones prioritarias sobre el terreno (como distribuir mosquiteros y tratarlos con insecticida), pero la planificación de estas labores incumbe a menudo a gestores de programas individuales que puede que no estén autorizados a colaborar entre sí. De la misma forma, los vehículos suministrados para tareas concretas podrían utilizarse también para actividades combinadas, pero es probable que los gestores locales no tengan permiso para autorizar ese uso. Se necesitarán apoyos de todos los niveles, incluida la comunidad internacional de donantes, para lograr el objetivo de una supervisión unificada.

Armonizar la remuneración y los incentivos

Para lograr sus metas programáticas, los gestores de programas de salud prioritarios reciben a menudo fondos destinados a ofrecer al personal incentivos especiales, como remuneraciones suplementarias. La intención suele ser buena - ayudar a que los trabajadores reciban unos ingresos suficientes con miras a motivarlos -, pero los pagos de este tipo pueden desmotivar a otros trabajadores que estén trabajando junto a los que reciben la remuneración extra. La armonización de las políticas de incentivos entre todos los programas de salud prioritarios y la incorporación de todo el personal de los

establecimientos y otros niveles del sistema puede ayudar a reducir la sensación de injusticia y, así, a incrementar la motivación.

Reconsiderar las actividades de servicio y las responsabilidades

Podría resultar útil aplicar dos normas para ayudar al personal sanitario a atender las muchas exigencias que soporta: simplificar las tareas y delegar responsabilidades. La simplificación de todas las tareas básicas es el primer elemento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, por ejemplo. Todos los recursos humanos disponibles, desde voluntarios no cualificados a trabajadores de alta cualificación, y tanto pertenecientes al sector sanitario como ajenos a él, se consideran «vacunadores» potenciales y agentes de vigilancia.

Además, algunos servicios pueden ser dispensados por personal de menor nivel. Por ejemplo, se ha comprobado que delegar el diagnóstico de la malaria en agentes de salud voluntarios que utilizan un microscopio ubicado en la aldea es fiable y mejora el tratamiento de la enfermedad. En muchos entornos, varias labores de servicio podrían pasar de los hospitales a la atención primaria.

Colaborar con los pacientes

Abundan las pruebas de que las intervenciones encaminadas a promover el papel de los pacientes en la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas pueden mejorar los resultados sanitarios y ahorrarle tiempo al personal. Lo que los pacientes y sus familias hacen a diario por sí mismos

- practicar ejercicio físico, alimentarse correctamente, evitar el tabaco, dormir con regularidad y cumplir los planes de tratamiento - influye considerablemente en su salud. Por ejemplo, la iniciativa «tres millones para 2005» de la OMS ha demostrado que las personas que viven con el VIH/SIDA pueden hacer importantes contribuciones a los servicios de prevención, tratamiento y atención de esta infección.

Plan para emergencias

Es posible reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por brotes epidémicos y catástrofes naturales si existen planes de preparación y pueden activarse con facilidad y rapidez. La preparación para las emergencias exige contar con una base de datos actualizada de las competencias reales del personal sanitario disponible y con un plan de despliegue que evite las duplicaciones en el uso de dicho personal. Para que, ante una emergencia, los países estén en disposición de adoptar una estrategia de «mando y control», probablemente necesiten también desarrollar una capacidad específica de gestión en varios sectores (como la sanidad, las comunicaciones y los transportes).

Bibliografía complementaria

Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268–273.

Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:933–941;

Cho-Min-Naing, Gatton M.L. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.

Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstadt H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.

Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region. Final draft. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.

Nair VM, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Changing roles of grass-root level health workers in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):171–179.

Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 2005, 330:637–639.

Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf)

Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(5):293–302.

Financiar el desarrollo del personal sanitario

¿Por qué es importante encontrar recursos suplementarios?

El mundo se enfrenta a una crisis mundial del personal de salud. En la mayoría de los países, ya sean ricos o pobres, grandes o pequeños, los trabajadores sanitarios escasean, ofrecen una combinación de capacidades inadecuada o están mal distribuidos. En la actualidad, cargas nuevas y urgentes, como pandemias o poblaciones que envejecen o se amplían, están poniendo en evidencia en muchos países un largo periodo de inversiones insuficientes en el sector de la salud. La situación es especialmente grave en los países en desarrollo. Sin los necesarios recursos humanos, es muy posible que los planes del sector sanitario vinculados a los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se queden en nada. Por tanto, la crisis del personal sanitario es un factor limitante para el logro de indicadores clave del desarrollo.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* estima que se necesitan unos 4,3 millones de trabajadores sanitarios más en 57 países con escasez crítica de personal, muchos de ellos del África subsahariana y Asia. Superar esta escasez exigirá compromisos económicos considerables para formar y pagar a los trabajadores sanitarios adicionales. El *ISM 2006* demuestra que el costo de una ampliación muy rápida de la formación dirigida a corregir únicamente el déficit de médicos, enfermeros y comadronas para 2015 (fecha fijada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio) está en torno a US\$ 136 millones anuales en precios de 2004 para un país medio.

El costo adicional de pagar a estos trabajadores sanitarios una vez corregido el déficit está algo por encima de los US\$ 311 millones por país en los actuales niveles salariales. Suponiendo, en cambio, que la ampliación se realice a lo largo de 20 años, la inversión necesaria en formación ascendería a US\$ 88 millones anuales por país. Una vez cubiertos todos los puestos de trabajo necesarios, los costos salariales adicionales serían más elevados en esta situación hipotética (porque la población aumentará considerablemente entre 2015 y 2025, y también lo hará la necesidad de trabajadores sanitarios): superarían los US\$ 400 millones por país. Para cubrir los costos de inversión que lleva aparejados la formación durante 20 años, un país medio necesitaría incrementar cada año su nivel general de gasto en salud por habitante en US\$ 1,60 aproximadamente. En 2025 se necesitará un incremento mínimo de US\$ 8,30 por habitante para pagar los salarios de la fuerza de trabajo.

Este cálculo de costos, promediado para todo el planeta, es sólo indicativo. Hay diferencias notables entre países y regiones, si bien no cabe duda de que ampliar el personal sanitario a lo largo de 10 o de 20 años exigirá una financiación exclusiva de gran envergadura. Y éste es sólo uno de los costos asociados al desarrollo de la futura fuerza de trabajo sanitaria. Otras iniciativas necesarias, como mejorar los incentivos para hacer frente a la mala distribución del personal, crear nuevos puestos allí donde se necesiten para obtener una combinación adecuada de capacidades, e incrementar los salarios y las prestaciones para conservar a los trabajadores, acarrearán costos suplementarios.

¿De dónde llegarán los fondos?

Los fondos adicionales destinados al personal sanitario deberán proceder de iniciativas nacionales y, en el caso de los países en desarrollo, de la ayuda internacional. A nivel nacional, y en términos generales, los países tienen tres posibilidades: asignar una parte mayor del gasto a la salud, mejorar la eficiencia del gasto sanitario y localizar otras fuentes de ingresos para la atención de salud.

Nivel nacional

Incrementar la proporción del gasto total asignada al personal sanitario

Tanto argumentos morales como políticos respaldan la naturaleza especial del personal sanitario. Sin una población sana el crecimiento económico de un país está menoscabado, y sin el personal de salud necesario no se pueden alcanzar los principales objetivos de desarrollo relacionados con la salud. Los

gastos recurrentes que entraña dicho personal, como los sueldos, no deben considerarse sólo un gasto de consumo en el presupuesto, sino también una verdadera inversión en mejorar la productividad general de la economía nacional.

En muchos países, los gobiernos tienen margen para dedicar una mayor proporción de sus recursos internos al sector sanitario. Sin embargo, los elementos políticos ligados a la transferencia de recursos gubernamentales procedentes de otros sectores constituirán un factor importante a la hora de determinar si los países llevarán adelante su compromiso de conceder prioridad al sector sanitario. Los dirigentes de éste deben dialogar y negociar para obtener el respaldo a las inversiones necesarias. Por ejemplo, incrementar la financiación de la educación puede exigir una negociación entre distintos inversores, tanto públicos como privados. El reto consiste en defender la inversión basándose en pruebas de que un aumento del gasto reportará mayores beneficios, entre ellos el crecimiento económico.

Mejorar la eficiencia

La argumentación en pro de incrementar la financiación para los recursos humanos del sector sanitario saldrá fortalecida en el ruedo político si mejora la eficiencia. Un uso más eficiente de los recursos permitirá también una mayor difusión de los fondos. Sin embargo, hay pruebas de que en muchos países el sistema sufre «pérdidas» de envergadura. Por ejemplo, una encuesta de rastreo del gasto público para evaluar el comportamiento de los funcionarios públicos de los sectores educativo y sanitario de algunos países halló que, en este último, el 2,4% del personal remunerado por el Estado eran trabajadores fantasmas. Se descubrió, asimismo, que el absentismo era un problema muy importante: el 39% del personal faltaba al trabajo sin causa justificada, lo que suponía una pérdida de productividad del 10% del tiempo total de trabajo del personal. Eliminar los trabajadores fantasmas y el absentismo, y reducir los costos mediante la externalización, podría mejorar la eficiencia.

Identificar nuevas fuentes de financiación

- **Impuestos dirigidos:** Para la financiación de la atención de salud por parte del sector público no debe considerarse a los impuestos generales como única fuente de recursos. Se pueden destinar al gasto sanitario gravámenes especiales, como los aplicados al tabaco o al alcohol. Otra posible fuente de ingresos son las loterías especiales relacionadas con la salud.
- **Planes de seguro:** La seguridad social, el seguro privado de enfermedad, el seguro de enfermedad comunitario y las cuentas de ahorro médico son posibles medios de financiación del sector sanitario.
- **Sector privado:** Los empleadores del sector privado probablemente tengan capacidad para contribuir más a los costos sanitarios, sobre todo a los asociados a necesidades de salud y seguridad.

Nivel internacional

En los países en desarrollo, la movilización de los considerables fondos necesarios para financiar la expansión del personal sanitario debe llevarse a cabo mediante una combinación de presupuestos gubernamentales mejorados, unida a la asistencia internacional para el desarrollo. Se atisban algunos signos prometedores de ayuda internacional a los recursos humanos del sector sanitario. Por ejemplo, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) presupuestó recientemente US\$ 500 millones a lo largo de cinco años para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios; algunos donantes bilaterales están financiando iniciativas de emergencia relacionadas con el personal sanitario.

Aunque la mejor forma de proceder es elaborar presupuestos para planes de emergencia según un enfoque «ascendente», hacen falta directrices de financiación que garanticen que la respuesta sea acorde a las necesidades y la comunidad internacional pueda movilizarse en torno a ella. En lo que respecta a los flujos totales de la asistencia internacional para el desarrollo sanitario (aproximadamente US\$ 12 000 millones en el año 2004), el ISM 2006 recomienda aplicar el principio 50:50, es decir, que el 50% de esta financiación se destine a fortalecer los sistemas de salud, y que al menos la mitad de

ella se dedique a apoyar planes de emergencia para el personal sanitario. La justificación de esta inversión proporcional es doble: el personal sanitario depende de que haya sistemas de salud funcionantes y las estrategias relacionadas con dicho personal requieren una financiación propia.

¿Qué ocurre con los límites de la financiación pública?

En un intento de preservar la estabilidad macroeconómica y la sostenibilidad fiscal, las instituciones financieras internacionales y los ministerios de finanzas utilizan criterios como la razón entre el gasto público y el producto interior bruto para fijar techos.

Las consecuencias más visibles para el sector sanitario son los techos de contratación y el estancamiento de los salarios del personal de salud en el empleo público. Las moratorias a la contratación están limitando la expansión de los servicios de salud y generando desempleo entre el personal sanitario de algunas regiones. Las estrategias de reducción de la pobreza, por ejemplo, a menudo aluden explícitamente a estas restricciones. Por tanto, los poderes públicos de muchos países están dejando de contratar a trabajadores sanitarios porque no pueden encontrar una forma de obviar estas estipulaciones.

Se reconoce la necesidad de ampliar el espacio fiscal para la salud (es decir, de dedicar una mayor proporción del presupuesto al gasto sanitario), que lleva aparejada la petición de un estatuto especial para la financiación pública de la salud y el personal sanitario. La negociación de salvaguardas del espacio fiscal para dicho personal exigirá de toda la comunidad dedicada al desarrollo sanitario que colabore productivamente con los ministerios de finanzas, las instituciones financieras y los principales interesados internacionales.

Parte de la preocupación por la financiación pública de la ampliación del personal sanitario guarda relación con la capacidad de los gobiernos de pagar a los trabajadores durante toda su trayectoria profesional. Dado que los países son reacios a exponerse a una deuda pública potencialmente insostenible, necesitan que el respaldo de los donantes sea predecible a largo plazo. Sin embargo, los fondos de donantes son expresiones de las prioridades de los gobiernos en ese momento, por lo que en general no cabe esperar mecanismos que ofrezcan seguridad ni garantías de ayuda a largo plazo.

Así pues, las dificultades que entraña financiar la ampliación del personal sanitario a largo plazo no pueden segregarse del problema más general que plantea la movilización de recursos para la salud. Unos compromisos audaces y unos mecanismos nuevos pueden ayudar a que los flujos de ayuda internacional sean más predecibles, y éstos deben complementarse con estrategias nacionales orientadas a lograr la financiación sostenible del sector sanitario.

Bibliografía complementaria

- A summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva, World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health, CMH Support Unit, 2001.
- Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector*. Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, accessed 26 February 2006).
- G8 Summit. *The Gleneagles communiqué*. Gleneagles, Scotland, July 2005.
- Government of Zambia. *Human resources for health strategic plan 2006–2010*. Lusaka, Ministry of Health Zambia, 2005.
- Health financing revisited* (forthcoming). Washington, DC, World Bank, 2006.
- Heller P. Back to basics: fiscal space, what it is and how to get it. *Finance and Development*, 2005, 42(2) (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>, accessed 21 March 2006).
- HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response 2004*. Geneva, International Labour Organization, 2004.
- Is there a single best system of health insurance?* Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/features/qa/35/en>, accessed 27 March 2006).
- Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation*. Paper prepared for the Second Consultation Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva, 29–30 October, 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, accessed 26 February 2006).
- Summary of meeting on fiscal space, social expenditure and aid effectiveness*. October 11, 2005. Washington, DC, World Bank, 2006.
- Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health*. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper prepared for *Working together for health: the world health report 2006*; available at: <http://www.who.int/hrh/en>).
- Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector*. Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, accessed 12 February 2006).

Estas notas de orientación sobre políticas, ofrecidas como complemento del *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, se han ideado para ayudar a quienes, en todo el mundo, tienen la responsabilidad de elaborar y aplicar políticas. Las notas abordan los temas siguientes:

- Estrategias para fortalecer la información y la investigación sobre el personal sanitario
- Invertir en educación para aumentar la capacidad y lograr un aprendizaje permanente
- Potenciar al máximo el personal sanitario existente
- Hacer frente a los complejos retos de la migración de trabajadores sanitarios
- Tender puentes entre los trabajadores sanitarios de distintos programas de salud pública
- Financiar el desarrollo del personal sanitario

Tras describir el problema, las notas proponen formas de abordarlo, muchas de ellas derivadas de la experiencia en los países. Se han concebido para alentar su adaptación a las necesidades y las lenguas locales.

Pruebas Científicas e Información para las Políticas
Departamento de Recursos Humanos para la Salud
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27
Suiza
E-mail: <mailto:hrh@who.int>
Sitio web: <http://www.who.int/hrh>

ISBN 92 4 359424 9



9 789243 594248