

Colaboremos por la salud

Informe sobre la salud en el mundo



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud

Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud

1. Salud mundial - tendencias. 2. Personal de salud - educación. 3. Educación médica.
4. Recursos humanos en salud. 5. Programas nacionales de salud - organización y administración.
6. Organización Mundial de la Salud. I. Título. II. Título: Colaboremos por la salud.

ISBN 92 4 356317 3

(Clasificación NLM: WA 530.1)

ISBN 978 92 4 356317 6

ISSN 1020-6760

© 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; e-mail: 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; e-mail: 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 OMS 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.

Se puede solicitar información sobre esta publicación a:

World Health Report

Organización Mundial de la Salud

1211 Ginebra 27, Suiza

E-mail: whr@who.int

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: bookorders@who.int.

Este informe ha sido preparado bajo la dirección general de Tim Evans (Subdirector General de Pruebas Científicas e Información para las Políticas). Los autores principales son Lincoln Chen, David Evans, Tim Evans, Ritu Sadana, Barbara Stilwell, Phyllida Travis, Wim Van Lerberghe y Pascal Zurn, que han contado con la ayuda de Christie Aschwanden y Joanne McManus. La supervisión organizacional del informe corrió a cargo de Manuel M. Dayrit y Carmen Dolea. El Editor de Edición fue Thomson Prentice.

Realizaron valiosas aportaciones (contribuciones, exámenes por homólogos, sugerencias y críticas) la Oficina del Director General y las siguientes personas: Maia Ambegaokar, Dina Balabanova, James Buchan, Gilles Dussault, Martin McKee y Barbara McPake. Otras aportaciones relevantes al trabajo analítico fueron las de Mario Dal Poz, Sigrid Draeger, Norbert Dreesch, Patricia Hernandez, Yohannes Kinfu, Teena Kunjumen, Hugo Mercer, Amit Prasad, Angelica Souza y Niko Speybroek. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también proporcionaron ayuda y asesoramiento. Otros colaboradores fueron Sabine Ablefoni, Taghreed Adam, Alayne Adams, Chris Afford, Alan Leather, Fariba Aldarazi, Ghanim Al'Sheick, Ala Alwan, Sarah Barber, Kisalaya Basu, Jacques Baudouy, Robert Beaglehole, Habib Benzian, Karin Bergstrom, Isa Bogaert, Paul Bossyns, Jean-Marc Braichet, Hilary Brown, Paul Bunnell, Francisco Campos, Eleonora Cavagnero, Xuanhao Chan, Améline Chaouachi, Ottorino Cosivi, Nadia Danon-Hersch, Khassoum Diallo, Alimata Diarra, Marjolein Dieleman, Dela Dovlo, Nathalie Drew, Sambe Duale, Steeve Ebener, Dominique Egger, JoAnne Epping-Jordan, Marthe-Sylvie Essengue, Edwige Faydi, Paulo Ferrinho, Noela Fitzgerald, Martin Fletcher, Helga Fogstad, Gilles Forte, Kathy Fritsch, Michelle Funk, Charles Godeu, Sandy Gove, Alexandre Griekspoor, Steffen Groth, Anil Gupta, Piya Hanvoravongchai, Hande Harmanci, Remo Meloni, Nata Menabde, Phillipa Mladovski, Dominic Montagu, Jean Moore, Krishnan Natarajan, Mwansa Nkwane, John Norcini, Ezekiel Nukoro, Isabelle Nuttal, Jennifer Nyoni, Cornelius Oepen, Judith Oulton, Francis Omaswa, Mary O'Neill, Ariel Pablos-Mendez, Fred Peccaud, Margie Peden, Galina Perfilieva, Bob Pond, Raymond Pong, Amit Prasad, Usha Raman, Tom Ricketts, Robert Ridley, Arjanne Rietsema, Felix Rigoli, Barbara Rijks, Salif Samake, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Robert Scherpier, Lee-Martin Shook-Pui, Kit Sinclair, Alaka Singh, Ronald Skeldon, Susan Skillman, Ajay Tandon, Tessa Tan-Torres Edejer, Linda Tawfik, Michel Thieren, Anke Tijstma, Nicole Valentine, Wim Van Damme, Dirk Van der Roost, Mark van Ommeren, Paul Verboom, Marko Vujcic, Lis Wagner, Eva Wallstam, Diane Whitney, Marijke Wijnroks, Paul Wing, Christiane Wiskow, Tana Wuliji, Jean Yan, Sandy Yule, Manfred Zahorka, Diana Zandi y Lingling Zhang.

Han contribuido a elaborar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Endre Bakka, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ties Boerma, Eduard Bos, Thomas Buettner, Veneta Cherilova, Trevor Croft, Driss Zine Eddine Elidrissi, Anton Fric, Charu Garg, Peter Ghys, Amparo Gordillo, Eleanor Gouws, Attila Hancioglu, Kenneth Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Josefs Kirigia, Jan Klavus, Joseph Kutzin, Eduardo Levcovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, François Pelletier, Ravi Rannan-Elyia, Hossein Salehi, Cheryl Sawyer, Kenji Shibuya, Karen Staneecki, Rubén Suárez, Emi Suzuki, Nathalie Van de Maele, Jakob Victorin, Neff Walker, Tessa Wardlaw, Charles Waza, Jens Wilkens, John Wilmoth, así como muchos otros funcionarios de las oficinas de la OMS en los países, departamentos y organismos gubernamentales, e instituciones internacionales.

El informe ha sido editado por Leo Vita-Finzi, con la ayuda de Barbara Campanini. Suministraron apoyo editorial, administrativo y a la producción Shelagh Probst y Gary Walker, que se ocuparon además de coordinar las fotografías. Las figuras y los cuadros fueron facilitados por Gael Kernen, quien se encargó también de la versión publicada en el sitio web y en otros medios electrónicos. La lectura de pruebas corrió a cargo de Marie Fitzsimmons, y el índice alfabético fue preparado por June Morrison.

Foto de portada: © AFP 2005. © AFP 2005 y © Médecins Sans Frontières: cedida amablemente por la Asociación Médica Mundial. La Asociación Médica Mundial autoriza a emplear algunas de las fotografías de la campaña «Caring Physicians of the World», patrocinada por la Iniciativa de Humanidades Médicas de Pfizer. El material procede de Caring physicians of the world (sitio web de la AMM: www.wma.net).

Diseño: Reda Sadki

Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki

Figuras: Christophe Grangier

Coordinación de la impresión: Raphaël Crettaz

Impreso en Francia

índice

Mensaje del Director General	xiii
Panorama general	xv
Por qué es importante el personal sanitario	xv
Panorama del personal sanitario mundial	xvi
Fuerzas determinantes del personal sanitario: pasado y futuro	xviii
Estrategias: ciclo de vida laboral (entrada-etapa laboral-salida)	xx
Entrada: preparación del personal sanitario	xxi
Mejorar el desempeño de los trabajadores	xxii
Salida: gestión de la migración y las pérdidas naturales de efectivos	xxiii
Avanzar juntos	xxiv
Imperativos para la acción	xxiv
Liderazgo nacional	xxiv
Solidaridad mundial	xxv
Plan de acción	xxvi
Avanzar juntos	xxvii
Capítulo 1	
Perfil mundial de los trabajadores sanitarios	1
¿Quiénes son los trabajadores sanitarios?	1
¿Cuántos trabajadores sanitarios hay?	4
Distribución de los trabajadores sanitarios entre el sector público y el privado	5
Distribución de los trabajadores sanitarios por sexo y edad	6
¿Cuánto dinero se destina a la remuneración del personal sanitario?	7
¿Dónde se concentran los trabajadores sanitarios?	8
Disparidades en la distribución mundial	8
Distribución desigual dentro de los países	8
¿Hay suficientes trabajadores sanitarios?	9
Suficiencia basada en las necesidades	9
¿Cuánto cuesta sufragar el déficit de trabajadores sanitarios?	14
Conclusiones	15
Capítulo 2	
Respuesta a las necesidades sanitarias urgentes	19
Servicios de alta prioridad: los recursos humanos para la salud y los ODM	19
Epidemia de actividades de formación en el servicio	20
Sobrecarga de trabajo del personal de distrito	21
Dos niveles de sueldos	21
Estrategia 2.1 Mejorar la planificación de la fuerza de trabajo	22
Estrategia 2.2 Aprovechar las sinergias entre los programas prioritarios	23
Estrategia 2.3 Simplificar los servicios y delegar funciones adecuadamente	23
Estrategia 2.4 Garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios	24
Preparación de la fuerza laboral para afrontar la creciente carga de enfermedades crónicas y traumatismos	25
Los nuevos paradigmas de la atención sanitaria requieren una respuesta de la fuerza de trabajo	25

Estrategia 2.5 Distribuir adecuadamente el personal para garantizar la continuidad de la atención	25
Estrategia 2.6 Fomentar la colaboración	27
Estrategia 2.7 Promover el aprendizaje continuo para garantizar la seguridad del paciente	28
Movilización para subvenir a las necesidades de emergencia: desastres naturales y brotes epidémicos	29
Unidad de los planes de preparación	29
Estrategia 2.8 Adoptar un enfoque de «mando y control»	30
Estrategia 2.9 Contribuir a eliminar las fronteras del sector	30
Estrategia 2.10 Capacitar al personal sanitario adecuado para la respuesta de emergencia	31
Estrategia 2.11 Establecer una estrategia para la distribución de los distintos tipos de trabajadores sanitarios en las situaciones de emergencia	32
Estrategia 2.12 Aportar un apoyo adecuado a los trabajadores de primera línea	32
Trabajo en situaciones de conflicto y posconflicto	34
Estrategia 2.13 Reunir y mantener información estratégica	34
Estrategia 2.14 Invertir en planificación anticipada e intervenciones focalizadas	34
Estrategia 2.15 Proteger lo que funciona	35
Estrategia 2.16 Reparar y preparar	35
Estrategia 2.17 Rehabilitar el sistema de salud cuando comienza la estabilidad	36
Conclusiones	36
Capítulo 3	
Preparación de la fuerza laboral sanitaria	41
Incorporación de una combinación idónea de personal a la fuerza de trabajo	41
Recorrido hasta la contratación	42
Instituciones de formación adecuadas para producir los trabajadores idóneos	43
Gobernanza	44
<i>Lograr un buen equilibrio en cuanto a las escuelas y los titulados</i>	45
Estrategia 3.1 Promover la formación en todas las esferas de la atención sanitaria	46
<i>Acreditación: promoción de la competencia y la confianza</i>	46
<i>Gestión de las admisiones para aumentar la diversidad</i>	47
Estrategia 3.2 Establecer políticas de admisión que reflejen la diversidad	47
<i>Retención de los estudiantes hasta la graduación</i>	47
Servicios de enseñanza	47
Estrategia 3.3 Establecer buenos currículos que se ajusten a las necesidades	48
<i>Adquisición de competencias para aprender</i>	48
Personal docente	49
Estrategia 3.4 Alentar y respaldar la excelencia en el aprendizaje	50
Financiación	51
Infraestructura y tecnología	53
Estrategia 3.5 Encontrar medios innovadores para tener acceso a material y conocimientos didácticos	53
Información para la planificación de políticas	53
Estrategia 3.6 Evaluar el desempeño de las instituciones, las opciones de política y las medidas adoptadas	55
Replanteamiento de la contratación: entrada a la fuerza de trabajo	55
Mercados laborales imperfectos	55
Estrategia 3.7 Mejorar los resultados de la contratación	58
Conclusiones	60

Capítulo 4

Potenciar al máximo el personal sanitario existente	67
¿Qué se entiende por un correcto desempeño del personal sanitario?	67
¿Qué determina el desempeño de los trabajadores sanitarios?	70
¿Qué influye en el desempeño de los trabajadores sanitarios?	71
<i>Instrumentos relacionados específicamente con el puesto de trabajo</i>	72
Estrategia 4.1 Elaborar descripciones claras de los puestos de trabajo	72
Estrategia 4.2 Normas de apoyo y códigos deontológicos	72
Estrategia 4.3 Adecuar las aptitudes a las tareas	74
Estrategia 4.4 Llevar a cabo una supervisión que brinde apoyo	75
<i>Sistemas básicos de apoyo</i>	75
Estrategia 4.5 Garantizar una remuneración adecuada	77
Estrategia 4.6 Garantizar una información y una comunicación suficientes	80
Estrategia 4.7 Mejorar las infraestructuras y los suministros	81
<i>Un entorno laboral favorable</i>	82
Estrategia 4.8 Fomentar el aprendizaje permanente	82
Estrategia 4.9 Establecer una gestión eficaz de los equipos	84
Estrategia 4.10 Combinar responsabilidad y rendición de cuentas	86
¿Cómo se relacionan los instrumentos con las cuatro dimensiones del desempeño del personal sanitario?	87
Disponibilidad	87
Competencia	88
Sensibilidad a las necesidades	89
Productividad	89
Conclusiones	89

Capítulo 5

Gestión de las bajas de personal	97
Flujos y reflujos migratorios	98
¿Por qué migran los trabajadores sanitarios?	99
Impacto de las migraciones	101
Estrategias para gestionar la migración	101
<i>Estrategias centradas en los países de origen</i>	102
Estrategia 5.1 Ajustar la capacitación a las necesidades y demandas	102
Estrategia 5.2 Mejorar las condiciones locales	103
<i>Estrategias centradas en los países receptores</i>	103
Estrategia 5.3 Asegurar que los trabajadores migrantes reciban un trato justo	103
Estrategia 5.4 Adoptar políticas de contratación responsables	104
Estrategia 5.5 Apoyar la disponibilidad de recursos humanos en los países de origen	104
<i>Instrumentos internacionales</i>	105
Riesgos ocupacionales que afrontan los trabajadores sanitarios	106
La violencia	106
Estrategia 5.6 Formular y aplicar tácticas contra la violencia	107
Otros riesgos	107
Estrategia 5.7 Crear y consolidar un entorno laboral seguro	107
Morbilidad y mortalidad causadas por el VIH/SIDA	107
Cambios de ocupación o de situación laboral	108
Trabajadores que optan por una reducción de la semana laboral	108
Estrategia 5.8 Atender las necesidades y expectativas de los trabajadores	108
Trabajadores de la salud empleados en sectores distintos del sanitario	108

Estrategia 5.9 Recuperar a los trabajadores sanitarios empleados fuera del sector de la salud	109
Trabajadores ausentes y empleados fantasma	109
Estrategia 5.10 Hacer un seguimiento del personal sanitario	109
La jubilación	110
Tasas de jubilación y riesgo de déficits	111
Envejecimiento de la fuerza de trabajo	111
Estrategia 5.11 Crear capacidad y desarrollar instrumentos de política adecuados para gestionar las jubilaciones	112
Necesidad de promover la transferencia de conocimientos	112
Estrategia 5.12 Promover la planificación de las sucesiones	112
Conclusiones	113
Capítulo 6	
Estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario	121
Generar confianza y atender las expectativas	122
Estrategia 6.1 Elaboración y aplicación de una estrategia de desarrollo de la fuerza laboral que potencie la confianza	122
Una dirección justa y basada en la colaboración	123
Autorregulación	123
El método incrementalista y el de «mando y control»	124
Vigilancia y activismo	124
Un modelo de gobernanza eficaz	125
Estrategia 6.2 Gobernanza cooperativa de las políticas nacionales y para el desarrollo de la fuerza laboral	125
Un liderazgo firme	126
Fortalecimiento de la información estratégica	127
Estrategia 6.3 Obtener mejor información sobre el personal sanitario nacional	127
Magnitud y naturaleza del problema del personal sanitario nacional	128
Medidas adoptadas y otras posibilidades	128
Política nacional y personal sanitario	128
Reacciones de los trabajadores sanitarios y sus empleadores	128
Invertir en instituciones de la fuerza laboral	129
Aprender de las microinnovaciones	129
Elaboración de escenarios futuros y planificación	130
Conclusiones	131
Capítulo 7	
Colaboración dentro y entre los países	135
Catalización de los conocimientos y del aprendizaje	135
Sólidos cimientos para la información	136
Generación y gestión de conocimientos	139
Puesta en común de los conocimientos especializados	141
Concertación de acuerdos de cooperación	143
Respuesta a la crisis de personal sanitario	144
<i>Necesidad de una respuesta mundial contundente</i>	144
<i>Coaliciones en torno a los planes de emergencia</i>	144
<i>Hacia la adopción de prácticas más atentas a las necesidades de los trabajadores</i>	145
<i>El imperativo de contar con una financiación adecuada y sostenida</i>	146

Orientaciones mundiales en materia de financiación	147
Avanzar juntos	148
Liderazgo nacional	149
Solidaridad mundial	150
Plan de acción	150
Medidas conjuntas para el futuro	152
Anexo estadístico	
Notas explicativas	157
Cuadro 1	170
Cuadro 2	180
Cuadro 3	188
Cuadro 4	192
Índice alfabético	203
Figuras – Panorama General	
Figura 1	
¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!	xvi
Figura 2	
Determinantes de la fuerza de trabajo	xvii
Figura 3	
Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y parteras)	xviii
Figura 4	
Estrategias del ciclo de vida laboral	xxi
Figura 5	
Alianza mundial de interesados	xxvi
Figuras – Capítulos	
Figura 1.1	
Participación de la mujer en las profesiones relacionadas con los servicios de salud, por regiones de la OMS	6
Figura 1.2	
Distribución de los trabajadores sanitarios en función del nivel de gasto en salud y de la carga de morbilidad, por regiones de la OMS	9
Figura 1.3	
Distribución de los dispensadores de servicios de salud por zonas rurales/urbanas	9
Figura 1.4	
Densidad de profesionales de atención sanitaria necesaria para asegurar la asistencia de personal calificado en los partos	12
Figura 1.5	
Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y parteras)	12
Figura 2.1	
De la privación masiva a la exclusión marginal: ascensos en la escala de cobertura	20

Figura 2.2	Combinación óptima de servicios de salud mental	26
Figura 2.3	Distribución mundial de los psiquiatras	27
Figura 3.1	Obstáculos para producir una combinación adecuada de personal sanitario	42
Figura 3.2	Proceso de generación y contratación de fuerza laboral sanitaria	42
Figura 3.3	Relación entre los recursos humanos y los mercados de la educación, el trabajo y los servicios de salud	57
Figura 3.4	Cálculo del tiempo que tardan los estudiantes en recuperar las inversiones en educación, Colombia (2000)	58
Figura 4.1	Pacientes que consideran haber recibido un trato respetuoso en establecimientos sanitarios de 19 países	69
Figura 4.2	Instrumentos que influyen en las cuatro dimensiones del desempeño del personal sanitario	71
Figura 5.1	Vías por las que los trabajadores abandonan el sector de la salud	98
Figura 5.2	Motivos alegados por los trabajadores sanitarios para migrar, en cuatro países africanos (Camerún, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe)	99
Figura 5.3	Ocupaciones con riesgo de violencia, Suecia	105
Figura 5.4	Envejecimiento del cuerpo de enfermeras en los Estados Unidos de América	110
Figura 5.5	Distribución del cuerpo médico por edades	111
Figura 6.1	Organizaciones que influyen en el ejercicio profesional de los trabajadores y las instituciones del sector sanitario	126
Figura 7.1	Evaluación de los sistemas de información sanitaria (SIS)	136
Figura 7.2	Cobertura inmunitaria y densidad de trabajadores sanitarios	139
Figura 7.3	Prioridades de los países en materia de fortalecimiento de los sistemas sanitarios	145
Figura 7.4	Alliance mondiale des parties prenantes	152
Recuadros – Capítulos		
Recuadro 1.1	Clasificación de los trabajadores sanitarios	3
Recuadro 1.2	El personal administrativo y auxiliar, pilar invisible del sistema sanitario	4
Recuadro 1.3	Ubicación de los trabajadores sanitarios – Cartografía de los Servicios Disponibles	10

Recuadro 2.1	Los trabajadores sanitarios y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	21
Recuadro 2.2	Un programa de emergencia sobre recursos humanos en Malawi	22
Recuadro 2.3	Intercambio de tareas entre los trabajadores sanitarios	24
Recuadro 2.4	Competencias básicas para la atención a largo plazo	25
Recuadro 2.5	Seguridad de los pacientes	28
Recuadro 2.6	Respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas – SRAS	29
Recuadro 2.7	Respuesta de Tailandia a epidemias y desastres	31
Recuadro 2.8	Protección de los sistemas de salud y la práctica biomédica durante los conflictos	35
Recuadro 3.1	¿Está en peligro el futuro de la medicina académica?	43
Recuadro 3.2	El movimiento en favor de la salud pública en Asia Sudoriental: nuevas escuelas e iniciativas regionales	45
Recuadro 3.3	Rápido crecimiento de la formación privada de profesionales sanitarios	46
Recuadro 3.4	La enseñanza basada en la práctica, el aprendizaje basado en los problemas y la práctica centrada en el paciente forman un todo	49
Recuadro 3.5	Programas para reforzar la preparación del personal docente: formación de instructores en educación sanitaria profesional	51
Recuadro 3.6	De la formación previa al empleo a la formación en el servicio: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	52
Recuadro 3.7	Regionalización de la formación de los profesionales sanitarios: Universidad del Pacífico Sur y Universidad de las Indias Occidentales	54
Recuadro 3.8	Base de evidencia para mejorar el desempeño de las instituciones de educación sanitaria	56
Recuadro 3.9	Las trabajadoras sanitarias (Lady Health Workers) del Pakistán: selección e instrucción de nuevos cuadros	
Recuadro 4.1	Mortalidad de menores de un año y densidad de trabajadores sanitarios en Viet Nam	68
Recuadro 4.2	Diferencias de desempeño entre proveedores masculinos y femeninos de servicios de salud	70
Recuadro 4.3	Mejora del desempeño del personal sanitario: intervenciones relacionadas con el puesto de trabajo	73

Recuadro 4.4	Diferencias salariales entre países, profesiones, sectores y sexos	76
Recuadro 4.5	Incentivos para mejorar el desempeño del personal sanitario	78
Recuadro 4.6	Uso de las tecnologías modernas de comunicación para mejorar la calidad de los datos, los servicios y la productividad	80
Recuadro 4.7	¿Qué tipo de formación resulta más eficaz?	82
Recuadro 4.8	Garantía de la calidad, supervisión y vigilancia en Uganda	83
Recuadro 4.9	Las nuevas tareas demandan nuevas competencias	84
Recuadro 4.10	Importancia de la gestión y el liderazgo	85
Recuadro 5.1	Cuando el «éxodo de profesionales» da paso a la «recuperación de cerebros»: el caso de Filipinas	101
Recuadro 5.2	Las agencias de contratación y las migraciones	102
Recuadro 5.3	Ejemplo de un acuerdo bilateral concertado entre Sudáfrica y el Reino Unido	104
Recuadro 5.4	Aplicación práctica de las estrategias: ejemplos de gestión de las bajas de efectivos	106
Recuadro 5.5	Medidas para un entorno laboral seguro: el VIH/SIDA	108
Recuadro 6.1	Posibilidades de autorregulación	123
Recuadro 6.2	Observatorios de Recursos Humanos en Salud en América Latina	130
Recuadro 7.1	Consolidación de un marco técnico común para los recursos humanos para la salud: ¿un bien público de utilidad para todos los países?	137
Recuadro 7.2	Prioridades de investigación relacionadas con los agentes de salud comunitarios	140
Recuadro 7.3	Herramientas para la evaluación y el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria	141
Recuadro 7.4	Conocimientos técnicos para la formulación de políticas en materia de recursos humanos	142
Cuadros – Panorama General		
Cuadro 1	Personal sanitario mundial, por densidad	xvi
Cuadro 2	Plan de acción a diez años	xxvii

Cuadros – Capítulos

Cuadro 1.1	Fuerza de trabajo sanitaria mundial, por densidad	5
Cuadro 1.2	Proporción del gasto público en salud destinado a la remuneración de los trabajadores sanitarios	7
Cuadro 1.3	Déficits críticos estimados de médicos, enfermeros y parteras, por regiones de la OMS	13
Cuadro 2.1	Distribución del personal sanitario del sector público en respuesta al brote de gripe aviar en Turquía	33
Cuadro 3.1	Funciones de los centros de formación sanitaria para generar personal de salud	44
Cuadro 3.2	Centros de formación de personal sanitario, por regiones de la OMS	44
Cuadro 4.1	Dimensiones del desempeño del personal sanitario	68
Cuadro 4.2	Indicadores de recursos humanos para evaluar el desempeño del personal sanitario	71
Cuadro 4.3	Situaciones relacionadas con el suministro de fármacos en establecimientos públicos de salud de África y Asia Sudoriental	81
Cuadro 4.4	Enfoques del desarrollo profesional y el desempeño	83
Cuadro 4.5	Una ayuda para reflexionar sobre los posibles efectos de los instrumentos en el desempeño del personal sanitario	87
Cuadro 4.6	Desempeño del personal sanitario: evaluación provisional de la aplicación y los efectos de los instrumentos	88
Cuadro 5.1	Médicos y enfermeras formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE	98
Cuadro 5.2	Médicos formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE	100
Cuadro 5.3	Enfermeras y asistentes de partería formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE	100
Cuadro 5.4	Edad reglamentaria de jubilación	110
Cuadro 7.1	Breve descripción de los resultados de tres revisiones sistemáticas Cochrane sobre los recursos humanos para la salud	138
Cuadro 7.2	Plan de acción a diez años	151

Mensaje del Director General

En 2003, antes de asumir el cargo de Director General, pregunté a numerosos líderes y autoridades sanitarias cuáles consideraban que eran los problemas más importantes en su país. Un tema mencionado con frecuencia, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, fue la crisis de los recursos humanos.

Existe una escasez crónica de trabajadores sanitarios bien preparados. Esa escasez tiene carácter mundial, pero reviste especial gravedad en los países que más los necesitan. Por diversas razones – por ejemplo la migración, enfermedad o muerte de esos trabajadores – los países no pueden formar y mantener la fuerza de trabajo sanitaria requerida para mejorar las probabilidades de supervivencia de la gente y su bienestar.

El factor humano es un elemento indispensable para reforzar los sistemas de salud. Pero eso significa que hay que invertir mucho tiempo y dinero en la formación de los trabajadores sanitarios. Esas inversiones se hacen en forma tanto de aportaciones individuales como de subvenciones o ayudas institucionales. Los países necesitan retener al personal calificado, para que su experiencia profesional pueda beneficiar a la población. Cuando los profesionales de la salud se van a trabajar a otros países, cunde la desesperanza y se pierden años de inversiones.

La solución no es fácil, y no hay consenso en cuanto a la manera de actuar. Para resolver ese problema de escasez en cada país se requiere una cadena de cooperación y unos objetivos comunes entre las partes del sector público y el sector privado que financian y dirigen los centros de enseñanza; entre quienes planifican y manejan las plantillas de los servicios de salud; y entre quienes pueden contraer compromisos financieros para sostener y apoyar las condiciones de empleo de los trabajadores sanitarios.

En este informe se intenta arrojar luz sobre el tema presentando la evidencia científica reunida, como un primer paso para abordar y resolver esta acuciante crisis.



Dr. LEE Jong-wook
Director General
Organización Mundial de la Salud

Colaboremos



panorama general

por la salud

POR QUÉ ES IMPORTANTE EL PERSONAL SANITARIO

En esta primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas. En la salud mundial somos testigos de los beneficios que están aportando los nuevos medicamentos y tecnologías, pero algunos de los países más pobres están sufriendo reveses sin precedentes. En zonas del África subsahariana y en más de una docena de «Estados desestructurados», la esperanza de vida ha caído a la mitad respecto a los países más ricos a causa de los estragos del VIH/SIDA. Estos retrocesos han ido acompañados, tanto en los países ricos como en los pobres, de un temor creciente a nuevas amenazas infecciosas, como el SRAS y la gripe aviar, y de problemas comportamentales «ocultos», como trastornos mentales y violencia doméstica.

La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endebles, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población. Para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud es fundamental formar trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados.

«Tenemos que colaborar para garantizar que todas las personas, dondequiera que vivan, tengan acceso a trabajadores sanitarios motivados, calificados y bien respaldados.»

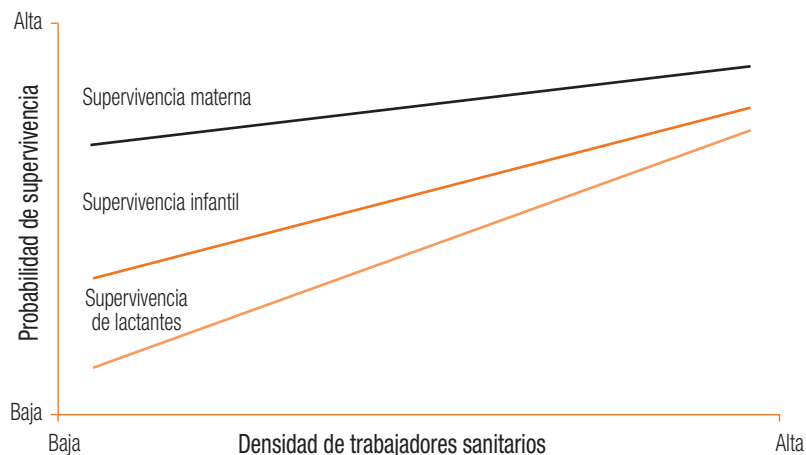
LEE Jong-wook

Foro de Alto Nivel, París, noviembre de 2005

La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria.

La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el

Figura 1 ¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!



número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres (véase la figura 1). Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. Lo ideal es que las mejoras más punteras de la calidad las emprendan los propios trabajadores, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovar. En los sistemas sanitarios, los trabajadores funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o, al contrario, poco económica de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros.

Panorama del personal sanitario mundial

Todos nosotros, en algún momento, trabajamos para la salud: la madre que cuida de su bebé, el hijo que acompaña a sus padres al hospital o el curandero tradicional que recurre al saber ancestral para atender y confortar. El informe considera que «*son trabajadores sanitarios todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud*». Esta descripción es coherente con la definición que da la OMS de los sistemas sanitarios, según la cual éstos comprenden todas las actividades cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud, lo que incluye a los cuidadores familiares, las fórmulas de asociación de proveedores y pacientes, los trabajadores a tiempo parcial (especialmente mujeres), los voluntarios sanitarios y los agentes de salud comunitarios.

Basándose en nuevos análisis de censos nacionales, encuestas de población activa y fuentes estadísticas, la OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados (véase el cuadro 1). Se trata de empleados de iniciativas del sector sanitario cuya función principal es mejorar la salud (como programas sanitarios operados por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales) y de trabajadores sanitarios de organizaciones no sanitarias (por ejemplo, enfermeras empleadas en el servicio de salud de una empresa o una escuela). Los **proveedores de servicios de salud** constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por **personal administrativo y auxiliar**.

Cuadro 1 Personal sanitario mundial, por densidad

Región de la OMS	Total personal sanitario		Dispensadores de servicios de salud		Personal administrativo y auxiliar	
	Número	Densidad (por 1000 habitantes)	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total
África	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Las Américas	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
Asia Sudoriental	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Europa	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Mediterráneo Oriental	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Pacífico Occidental	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Todo el mundo	59 220 000	9,3	39 470 000	67	19 750 000	33

Nota: Todos los datos corresponden al último año disponible. En el caso de los países para los que no se disponía de datos sobre el número de trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares, las estimaciones se han basado en las medias regionales correspondientes a los países con datos completos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

Los trabajadores no son sólo individuos, sino componentes básicos de equipos sanitarios operativos en los que cada miembro aporta competencias distintas y desempeña funciones diferentes. Se ha constatado que la combinación de capacidades de los equipos sanitarios varía enormemente de unos países a otros. El número de enfermeras por cada médico va desde casi 8 en la Región de África a 1,5 en la del Pacífico Occidental. Si se comparan países, hay aproximadamente 4 enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, frente a menos de una en Chile, el Perú, El Salvador y México. El espectro de competencias esenciales de los trabajadores se caracteriza por desequilibrios que se aprecian, por ejemplo, en la grave

Figura 2 Determinantes de la fuerza laboral

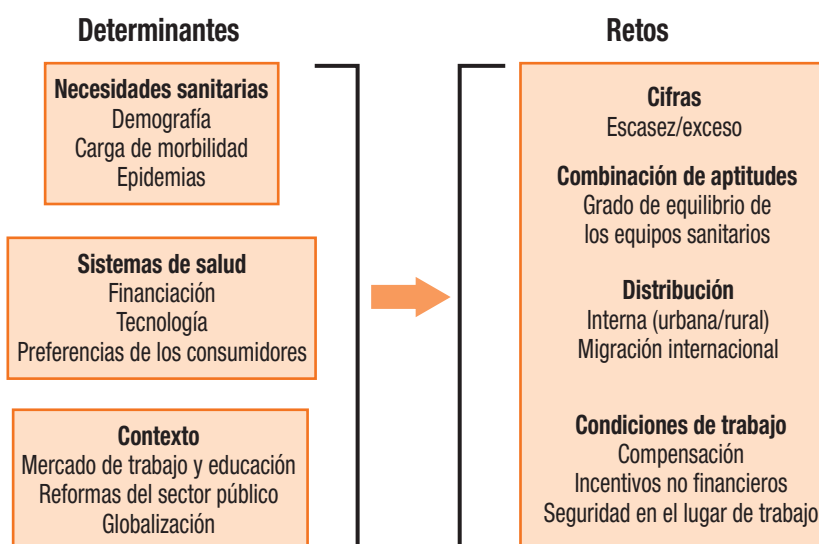
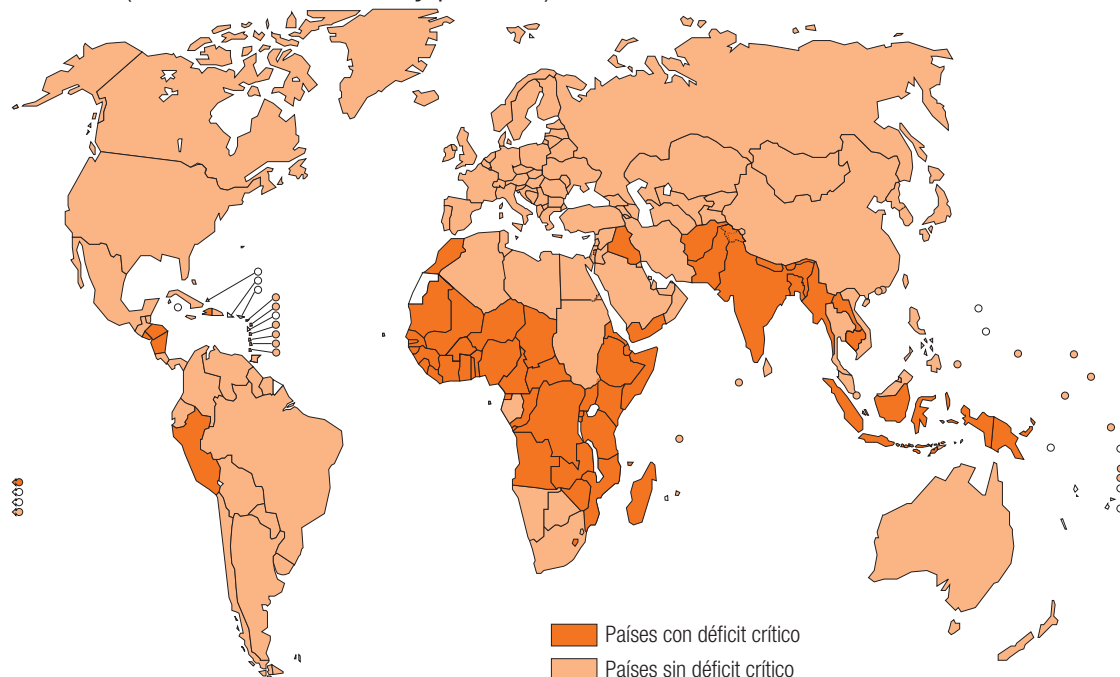


Figura 3 Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y parteras)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios en muchos países. En general, más del 70% de los médicos son varones, mientras que más del 70% del personal de enfermería son mujeres; es decir, existe un marcado desequilibrio entre los sexos. Aproximadamente las dos terceras partes de los trabajadores están en el sector público, y el resto, en el privado.

Fuerzas determinantes del personal sanitario: pasado y futuro

En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores porque han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas, algunas antiguas y otras nuevas (véase la figura 2). Las transiciones demográficas y epidemiológicas inducen cambios en las amenazas para la salud de la población a los que este personal debe dar respuesta. Las políticas de financiación, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores pueden modificar radicalmente lo que se les exige a estos trabajadores, quienes buscan oportunidades y seguridad laboral en los dinámicos mercados de trabajo del ámbito sanitario que forman parte de la economía política mundial.

La propagación de la epidemia de VIH/SIDA impone cargas de trabajo, riesgos y amenazas enormes. En muchos países, la reforma del sector sanitario a raíz de los ajustes estructurales impuso un límite al empleo en el sector público y frenó la inversión en formación de personal de salud, agotándose así la oferta de titulados jóvenes. Los mercados de trabajo en expansión han intensificado la concentración de profesionales en las áreas urbanas y acelerado la migración internacional de los países más pobres a los más ricos. La consiguiente crisis de personal sanitario en muchos de los

países más pobres se caracteriza por graves escaseces, combinaciones inadecuadas de capacidades y lagunas en la cobertura de servicios.

La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud (véase la figura 3). Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escaseces críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. En términos proporcionales, el déficit es mayor en el África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. La pobreza, las imperfecciones de los mercados de trabajo privados, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos y las interferencias políticas generan esta paradoja de la escasez en medio de una plétora de talento infrautilizado.

Los desequilibrios que afectan a la distribución y la combinación de aptitudes complican los problemas actuales. En muchos países, las capacidades de unos profesionales limitados, pero costosos, no se corresponden con las necesidades sanitarias locales. Es frecuente que falte personal con formación en salud pública y en políticas y gestión sanitarias. Muchos trabajadores se enfrentan a entornos de trabajo desalentadores: salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble. Casi todos los países adolecen de una mala distribución de los efectivos, caracterizada por concentración urbana y déficit rural, pero estos desequilibrios quizá sean más inquietantes desde una perspectiva regional. La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Este éxodo de profesionales cualificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario.

Esta crisis puede empeorar en los años venideros. La demanda de proveedores de servicios crecerá notablemente en todos los países, ricos y pobres. Los más ricos se enfrentan a un futuro de baja fecundidad y gran número de personas de edad avanzada, lo que determinará un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas que entrañará una importante demanda asistencial. Los avances tecnológicos y el aumento de los ingresos exigirán personal más especializado, aunque las necesidades asistenciales básicas aumentarán debido a la menor capacidad o voluntad de las familias de cuidar de sus miembros ancianos. Si no se incrementa masivamente la formación de personal sanitario en los países ricos, estas desigualdades crecientes forzarán cada vez más la salida de trabajadores de las regiones más pobres.

En los países más pobres, grandes contingentes de jóvenes (mil millones de adolescentes) vendrán a sumarse a una población que envejece, y ambos grupos se urbanizarán rápidamente. Muchos de estos países tienen aún una agenda pendiente en la que han de afrontar diversas enfermedades infecciosas y la rápida aparición de enfermedades crónicas complicadas por la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA. La disponibilidad de vacunas y medicamentos eficaces para hacer frente a estas amenazas supone un enorme imperativo práctico y moral para responder eficazmente. Se está ensanchando el abismo entre lo que puede hacerse y lo que está ocurriendo sobre el terreno. El éxito del intento de corregir este desfase dependerá en gran medida del correcto desarrollo del personal sanitario con miras a lograr unos sistemas de salud eficaces.

Estos desafíos, pasados y futuros, quedan bien ilustrados por el estudio de la forma en que debe movilizarse la fuerza de trabajo para hacer frente a retos sanitarios concretos.

- **Los ODM** apuntan a las principales enfermedades ligadas a la pobreza que están devastando a las poblaciones sin recursos, centrándose para ello en la atención maternoinfantil y la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los países que están teniendo más problemas para alcanzar los ODM, muchos de ellos del África subsahariana, se enfrentan a escaseces absolutas de personal sanitario. Son muchos los obstáculos que hacen difícil compaginar los programas dirigidos a enfermedades prioritarias con la dispensación de atención primaria, desplegar equitativamente a los trabajadores para el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA, expandir la delegación en agentes de salud comunitarios y desarrollar estrategias de salud pública para la prevención de enfermedades.
- **Las enfermedades crónicas**, consistentes en dolencias cardiovasculares y metabólicas, cánceres, traumatismos y trastornos neurológicos y psicológicos, son cargas importantes que afectan por igual a poblaciones ricas y pobres. Nuevos paradigmas asistenciales están impulsando un cambio: se está pasando de la atención en hospitales terciarios de agudos a la atención domiciliaria, basada en equipos y centrada en el paciente, que exige nuevas capacidades, colaboración interdisciplinaria y continuidad asistencial, como han demostrado planteamientos innovadores en Europa y América del Norte. Además, la reducción del riesgo depende de medidas de protección del entorno y de cambios en hábitos como la alimentación, el tabaquismo y el ejercicio por medio de la modificación del comportamiento.
- **Las crisis sanitarias** causadas por epidemias, catástrofes naturales y conflictos son súbitas y a menudo imprevistas, pero siempre se repiten. Vencer los desafíos exige una planificación coordinada basada en una información sólida, la rápida movilización de los trabajadores, respuestas de mando y control, y la colaboración intersectorial con organizaciones no gubernamentales, el ejército, los agentes de mantenimiento de la paz y los medios de comunicación. Se necesita personal especializado para la vigilancia de epidemias o la reconstrucción de sociedades desgarradas por conflictos étnicos. En última instancia, la calidad de la respuesta depende de la preparación de la fuerza de trabajo, que se funda en la capacidad local respaldada por un apoyo internacional oportuno.

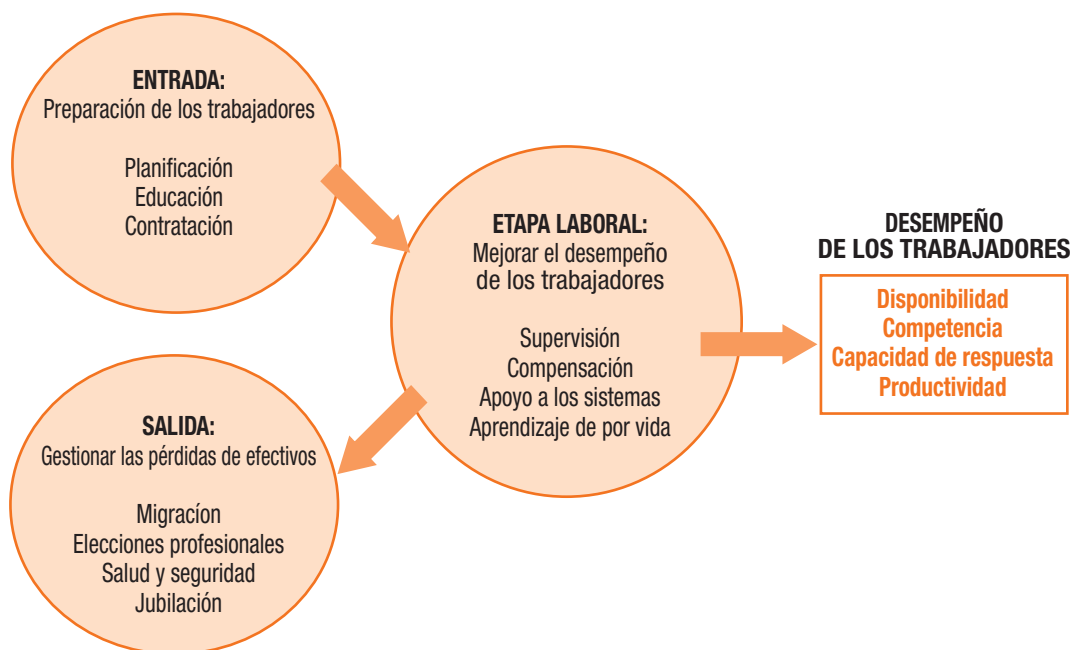
Estos ejemplos ilustran la enorme riqueza y diversidad del personal necesario para hacer frente a problemas de salud concretos. Las tareas y funciones requeridas son sumamente arduas y deben quedar integradas en sistemas nacionales de salud coherentes. Todos los problemas requieren que se actúe también desde sectores distintos del sanitario, por lo que, para que las estrategias sean eficaces, todos los agentes y organizaciones interesados deben trabajar en colaboración.

ESTRATEGIAS: CICLO DE VIDA LABORAL (ENTRADA-ETAPA LABORAL-SALIDA)

El objetivo de la fuerza de trabajo al enfrentarse a estos problemas sanitarios mundiales es sencillo: *conseguir que los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde*, y preservar así la agilidad para responder a las crisis, corregir las desigualdades actuales y anticiparse al futuro.

Un plan único no servirá porque, para ser eficaces, las estrategias que interesan al personal sanitario han de adaptarse a la historia y las circunstancias propias de cada país. La mayoría de los problemas de personal están profundamente imbricados en contextos en evolución y no se resuelven fácilmente. Pueden, además, acompañarse de una carga emocional, si afectan al estatus, y una carga política, ligada a intereses divergentes. De ahí que las soluciones que conciernen al personal exijan que los interesados intervengan tanto en el diagnóstico de los problemas como en su resolución.

Figura 4 Estrategias del ciclo de vida laboral



Este informe aborda la dinámica del personal sanitario desde una perspectiva basada en el «ciclo de vida laboral». Para ello, se centra en estrategias relacionadas con la etapa en la que las personas ingresan en la fuerza de trabajo, el periodo de sus vidas durante el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan. El esquema de formación, sostenimiento y permanencia del personal (véase la figura 4) plantea la estrategia desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica. En general, los trabajadores están preocupados por interrogantes como los siguientes: ¿Cómo puedo conseguir un trabajo? ¿Qué tipo de formación necesito? ¿Qué trato y qué remuneración recibo? ¿Cuáles son mis perspectivas de ascenso o mis posibilidades de abandonar el trabajo? Desde el punto de vista de las políticas y la gestión, el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave:

- Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas.
- Etapa laboral: mejora del desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado.
- Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Entrada: preparación del personal sanitario

Un objetivo fundamental del desarrollo del personal sanitario es producir un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas y cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversos. Para lograrlo es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación.

- **Desarrollar instituciones docentes sólidas** es una medida fundamental para lograr profesionales en número suficiente y con las cualificaciones que requiere el sistema sanitario. Aunque las variaciones son enormes entre los países, las 1600 facultades de medicina, las 6000 escuelas de enfermería y las 375 escuelas de salud pública del mundo, en conjunto, no están produciendo bastantes titulados. Para corregir las escaseces habrá que construir nuevas instituciones y conseguir una combinación más adecuada de oportunidades de formación (por ejemplo, se necesitan más escuelas de salud pública). En consonancia con el cambio en las expectativas de los titulados, que ya no consisten en «saber todo», sino en «saber cómo», la mejora de la formación exige prestar atención tanto al contenido de los planes de estudio como a los métodos pedagógicos. También el personal docente necesita formación, apoyos más fiables e incentivos profesionales, para alcanzar un mejor equilibrio con las demandas de la investigación y los servicios, que compiten por los mismos recursos. Se puede incrementar el acceso a la formación con un menor costo mancomunando los recursos a escala regional y ampliando el uso de tecnologías de la información como la telemedicina y la educación a distancia.
- **Garantizar la calidad de la formación** supone instaurar la acreditación institucional y la regulación profesional (autorización para ejercer, reconocimiento del título o inscripción). El rápido crecimiento del sector privado en el ámbito de la formación reclama una rectoría innovadora que potencie al máximo la utilidad de las inversiones privadas y que fortalezca al tiempo el papel del Estado en la regulación de la calidad de la enseñanza. Las estructuras de reglamentación, tan a menudo ausentes o ineficaces en los países de bajos ingresos, rara vez se desarrollan lo bastante como para poder velar por la calidad, la capacidad de reacción y el ejercicio ético. Es necesaria la intervención estatal para fijar normas, proteger la seguridad del paciente y garantizar la calidad mediante la provisión de información e incentivos económicos y la aplicación de la reglamentación.
- **Revitalizar la capacidad de contratación** es una medida necesaria para gestionar más eficazmente demandas del mercado de trabajo que a menudo no tienen en cuenta las necesidades de salud pública. Los servicios de contratación y colocación deberían procurar no sólo situar a los trabajadores con las capacidades adecuadas en el lugar correcto y en el momento oportuno, sino también lograr una mejor compatibilidad social entre trabajadores y clientes en lo que se refiere a sexo, idioma, origen étnico y ubicación geográfica. Merece la pena prestar especial atención a los puntos débiles de las instituciones en lo relativo a información sobre contratación y despliegue eficaz de los trabajadores sanitarios, sobre todo allí donde haya expectativas de ampliar los efectivos de personal sanitario.

Etapa laboral: mejorar el desempeño de los trabajadores

Las estrategias encaminadas a mejorar el desempeño del personal sanitario deben centrarse inicialmente en los efectivos existentes, porque la formación de nuevos trabajadores lleva tiempo. Se pueden lograr rápidamente mejoras considerables de la disponibilidad, la competencia, la capacidad de reacción y la productividad de este colectivo mediante la aplicación de varios instrumentos prácticos y poco costosos.

- **La supervisión logra notables mejoras.** Una supervisión que brinde apoyo, pero sea a la vez firme (e imparcial), constituye uno de los instrumentos más eficaces para mejorar la competencia individual de los trabajadores sanitarios, especialmente cuando va unida a descripciones claras de las tareas e información sobre el desempeño. Puede propiciar, además, la integración práctica de nuevas capacidades adquiridas a través de la formación en el servicio.
- **Una compensación justa y fiable.** Es fundamental que los trabajadores reciban una remuneración aceptable y puntual. La forma que adopte (por ejemplo, salario u honorarios por servicio) tiene efectos sobre la productividad y la calidad de la atención que es preciso vigilar estrechamente. Los incentivos económicos y de

otro tipo, como permisos de formación o servicios de guardería, son más eficaces cuando se incluyen en conjuntos de prestaciones que cuando se ofrecen solos.

- **Sistemas básicos de apoyo.** Por motivados y capacitados que estén los trabajadores sanitarios, no podrán desempeñar adecuadamente su labor en instalaciones que no dispongan de agua limpia, una iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos que funcionen y otros suministros. Las decisiones sobre la introducción de nuevas tecnologías (de diagnóstico, tratamiento o comunicación) deberían basarse en parte en una evaluación de sus implicaciones para el personal sanitario.
- **La noción de aprendizaje de por vida** debe inculcarse en el lugar de trabajo. Puede consistir en proporcionar formación a corto plazo, animar al personal a innovar, e impulsar el trabajo en equipo. A menudo, los trabajadores conciben soluciones sencillas, pero eficaces, para mejorar el desempeño, por lo que hay que alentarlos a que comuniquen sus ideas y actúen basándose en ellas.

Salida: gestión de la migración y las pérdidas naturales de efectivos

Las salidas no planificadas o excesivas pueden originar pérdidas considerables de trabajadores y poner en peligro el conocimiento, la memoria y la cultura del sistema. En algunas regiones, las enfermedades, los fallecimientos y la migración de los trabajadores constituyen una sangría que supera con mucho la capacidad de formación y amenaza la estabilidad de la fuerza de trabajo. Para contrarrestar las pérdidas naturales de efectivos se cuenta con estrategias como gestionar la migración, convertir las profesiones sanitarias en profesiones de elección, y atajar las enfermedades y las jubilaciones prematuras.

- **Gestionar la migración de los trabajadores sanitarios** supone compaginar la libertad de los individuos para trabajar donde elijan con el freno de las pérdidas excesivas por migración interna (concentración urbana y abandono rural) y desplazamientos de los países pobres a los más ricos. Algunas migraciones internacionales se planifican, como la importación de profesionales a la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que otras no están planificadas y tienen consecuencias nefastas para la salud. En el caso de las migraciones no planificadas, adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales, mejorar las condiciones de trabajo en general y facilitar el regreso de los migrantes son estrategias importantes para conservar al personal sanitario. Los países más ricos que reciben migrantes de países más pobres deberían adoptar políticas de contratación responsables, tratar con justicia a los trabajadores sanitarios que llegan y estudiar posibles acuerdos bilaterales.
- **Mantener las profesiones sanitarias como profesiones de elección para las mujeres.** La mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres, y están bien documentadas las tendencias hacia la «feminización» en el ámbito de la medicina, hasta ahora dominado por los varones. Para mejorar las condiciones de las trabajadoras sanitarias debe prestarse atención a su seguridad, lo que incluye protegerlas de la violencia. Deben aplicarse también otras medidas, como acuerdos laborales flexibles que tengan en cuenta las circunstancias familiares y circuitos profesionales que promuevan más eficazmente el acceso de las mujeres a altos cargos académicos y directivos.
- **Garantizar entornos de trabajo seguros.** Las pérdidas de personal por enfermedad, discapacidad y muerte son innecesariamente altas y reclaman una atención prioritaria especialmente en las zonas de alta prevalencia del VIH. Para reducir todo lo posible los riesgos laborales se cuenta con estrategias como la identificación y correcta gestión de los riesgos físicos y el estrés mental, así como el estricto cumplimiento de las directrices de prevención y protección. Ofrecer servicios de prevención eficaces y acceso al tratamiento a todos los trabajadores sanitarios que resulten seropositivos para el VIH son las únicas medidas razonables para

conseguir el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por este virus.

- **Planificar la jubilación.** En una era de envejecimiento del personal y de adelanto de la jubilación es posible atajar las pérdidas no deseadas de efectivos mediante diversas políticas. Pueden consistir en limitar los incentivos para la jubilación anticipada, reducir el costo de emplear a personas de edad avanzada, contratar de nuevo a los jubilados y mejorar las condiciones de los trabajadores de más edad. Es fundamental planificar la sucesión para preservar las competencias y capacidades fundamentales en el seno de la fuerza de trabajo.

AVANZAR JUNTOS

Imperativos para la acción

El imperativo inequívoco es fortalecer al personal para que los sistemas sanitarios puedan hacer frente a las enfermedades incapacitantes y alcancen los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud. Es fundamental contar con una infraestructura humana sólida para colmar la brecha que hoy separa las promesas de las realidades en el ámbito de la salud y anticiparse a los desafíos sanitarios del siglo XXI.

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

Liderazgo nacional

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

- **Actuar ahora para incrementar la productividad del personal** mediante el recorte del despilfarro (por ejemplo, suprimiendo los «trabajadores fantasmas» y el absentismo) y la mejora del desempeño, lograda a través de ajustes de las compensaciones, incentivos laborales, condiciones de trabajo más seguras e iniciativas de movilización de trabajadores. Es fundamental mejorar el acopio de información para conocer las situaciones nacionales y supervisar los avances y los retrocesos.
- **Anticiparse al futuro** logrando que los interesados tracen planes estratégicos nacionales con información basada en la evidencia y escenarios sobre probables tendencias futuras. Es de prever un crecimiento considerable de la educación y los servicios privados, lo que exige asignar fondos públicos al fomento de la equidad sanitaria, la prevención y la promoción de la salud. La acción pública en el ámbito de la información, la regulación y la delegación es una función clave de los sistemas mixtos publicoprivados.

- **Garantizar que se adquieran aptitudes fundamentales** mediante el fortalecimiento de las instituciones básicas, para lograr un desarrollo sólido del personal sanitario. La planificación estratégica y la aplicación de políticas relativas al personal sanitario exigen fortalecer el liderazgo y la gestión en el sector de la salud y en otros contextos, como la educación y las finanzas. Para mejorar la labor de los sindicatos de trabajadores, las instituciones docentes, las asociaciones profesionales y la sociedad civil es preciso fijar normas e instaurar un proceso de acreditación y autorización para ejercer.

Solidaridad mundial

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

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

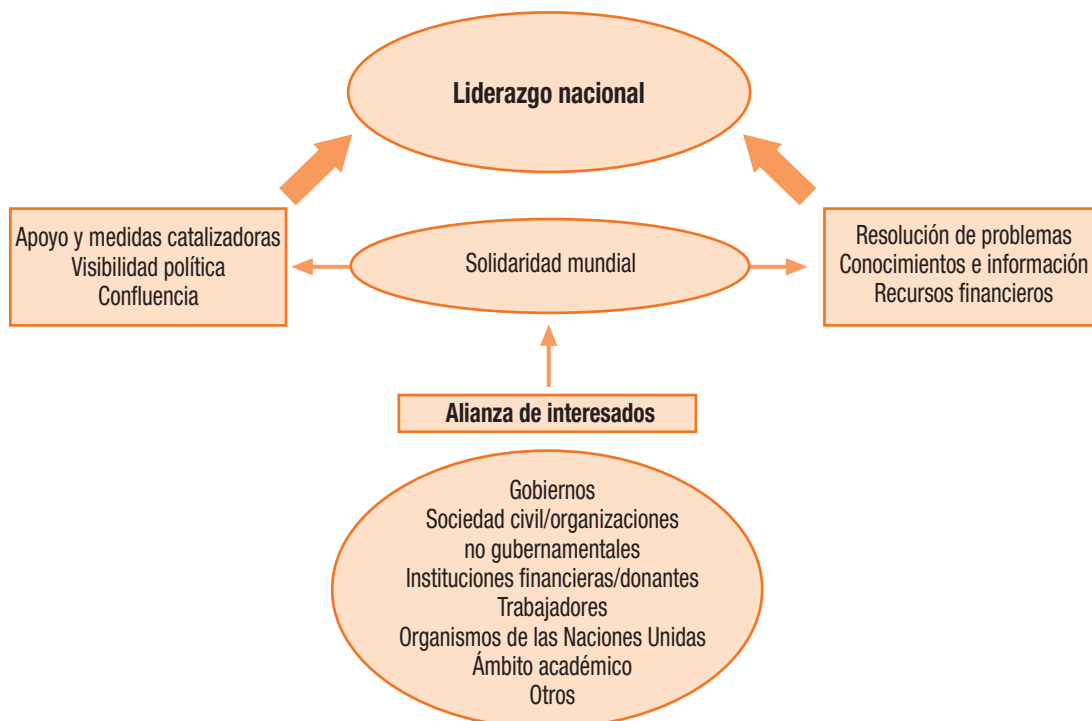
El liderazgo nacional y la solidaridad mundial pueden lograr importantes mejoras estructurales de la fuerza de trabajo en todos los países, y en especial en los que padecen crisis más graves. Estos avances se caracterizarían por el acceso universal a un personal sanitario motivado, competente y bien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

Plan de acción

Las autoridades nacionales competentes deben impulsar urgentemente las acciones que se desarrollan a nivel de país y sostenerlas durante al menos un decenio. En el cuadro 2 se resumen las metas del plan de acción a lo largo del decenio 2006-2015.

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

Figura 5 Alianza mundial de interesados



Cuadro 2 Plan de acción a diez años

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

dar apoyo a los países receptores durante los próximos diez años, mientras éstos amplían sus efectivos.

Avanzar juntos

Para avanzar en el plan de acción es preciso que los interesados trabajen juntos mediante alianzas y redes – locales, nacionales y mundiales – abiertas a los diversos problemas sanitarios, profesiones, disciplinas, ministerios, sectores y países. Las estructuras cooperativas pueden mancomunar los limitados recursos fiscales e intelectuales y fomentar la enseñanza recíproca. La figura 5 ilustra cómo podría crearse una alianza mundial del personal sanitario que conduzca a los interesados pertinentes a acelerar los programas nacionales básicos.

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

perfil mundial de



capítulo uno

los trabajadores sanitarios

En este capítulo

1	¿Quiénes son los trabajadores sanitarios?
4	¿Cuántos trabajadores sanitarios hay?
7	¿Cuánto dinero se destina a la remuneración del personal sanitario?
8	¿Dónde se concentran los trabajadores sanitarios?
11	¿Hay suficientes trabajadores sanitarios?
14	¿Cuánto cuesta sufragar el déficit de trabajadores sanitarios?
15	Conclusiones

Los trabajadores sanitarios son personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Todos ellos juntos conforman, dentro de su diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria mundial.

En el presente capítulo se ofrece una

sinopsis de los datos disponibles sobre estos trabajadores; asimismo, se describe el tamaño y la distribución de su fuerza laboral, junto con diversas características, como los costos a ella asociados. Tras mostrar que existe una importante carencia de personal para cubrir las necesidades sanitarias – aunque los déficits no son uniformes, ni siquiera dentro de los países de bajos ingresos –, se pasa a analizar cuánto costaría expandir los esfuerzos de capacitación hasta colmar esas deficiencias, incluida la remuneración de los trabajadores sanitarios.

Los datos empleados en este capítulo proceden de muchas fuentes y presentan distintos grados de integridad, según el país y el año de que se trate. La OMS ha procurado completar esa información enviando peticiones escritas a numerosos organismos y realizando encuestas de país especiales en las que se solicitaban datos sobre el número y los tipos de trabajadores sanitarios e instituciones de capacitación existentes. Subsisten, con todo, importantes lagunas en la información disponible; la descripción aquí ofrecida se basa en datos incompletos, por lo que deberá interpretarse con cautela.

¿QUIÉNES SON LOS TRABAJADORES SANITARIOS?

En este informe la expresión «trabajador sanitario» se aplica a toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud. El sentido aquí conferido al término se basa en el modo en que la OMS define el sistema sanitario, que para la Organización engloba aquellas actividades cuyo principal objetivo es la mejora de la salud. En sentido estricto, esto implica que

«En este informe la expresión «trabajador sanitario» se aplica a toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud»

las madres que se ocupan de sus hijos enfermos y demás personas que dispensan cuidados de manera no remunerada también forman parte de la fuerza de trabajo sanitaria. Todas ellas aportan importantes contribuciones y son esenciales para el funcionamiento de la mayoría de los sistemas de salud. Sin embargo, los datos disponibles sobre el número de trabajadores sanitarios suelen incluir únicamente a las personas que llevan a cabo actividades remuneradas, por lo que las cifras ofrecidas en este capítulo también se limitan solamente a estas últimas.

Aun así, no resulta fácil definir qué constituye una actividad sanitaria, a los efectos de clasificar los trabajadores remunerados. Veamos el ejemplo de un pintor que trabaja en un hospital: las actividades del pintor en sí no propician una mejora de la salud, pero sí las de su empleador, el hospital. Analicemos ahora el caso de un médico contratado por una empresa minera para atender a sus empleados: las actividades del médico contribuyen a mejorar la salud, pero no así las de la empresa que lo emplea. Un sistema de clasificación que únicamente tenga en cuenta las actividades del trabajador o las actividades del empleador no puede incluir a ambos en la fuerza de trabajo sanitaria.

En principio, este informe parte de la base de que lo verdaderamente importante es la actividad desempeñada por cada individuo, de modo que el pintor no sería un trabajador sanitario, mientras que el médico empleado en la mina sí entraría dentro de esta categoría. Sin embargo, en la práctica, aún no es posible aplicar plenamente ese criterio, ya que muchos de los datos relativos al número de trabajadores sanitarios no ofrecen el suficiente grado de detalle para permitir una distinción entre las personas que participan de forma directa en

la mejora de la salud y las demás (1). Por ese motivo se ha seguido para la elaboración del informe un enfoque pragmático, consistente en incluir, por una parte, a todos los trabajadores remunerados empleados en organizaciones o instituciones cuya principal finalidad es mejorar la salud y, por otra, a todos aquellos cuyas actividades individuales persiguen mayormente ese mismo objetivo pero que trabajan para otro tipo de organizaciones. Así pues, quedan incluidos tanto el pintor contratado en un hospital como el médico que trabaja para una empresa minera. La OMS está tratando de establecer un sistema normalizado de clasificación más detallado para los trabajadores sanitarios, que debería permitir aplicar en el futuro la definición de referencia (véase el recuadro 1.1).

Dentro del sistema de cómputo empleado en este capítulo, cabe distinguir dos tipos de trabajadores sanitarios: el primer grupo incluye a las personas que prestan servicios – de tipo personal o no personal – y que se denominan «dispensadores de servicios de salud»; el segundo comprende a las personas no directamente implicadas en la prestación de servicios de salud, aquí llamadas «trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares» (para información más detallada, véase el recuadro 1.1; consúltese también el recuadro 1.2). El informe en ocasiones ofrece información desglosada por diferentes tipos de dispensadores, aunque ese grado de detalle sólo suele darse para médicos y enfermeros. El anexo estadístico incluye una descripción de las fuentes de los datos, las cuestiones relacionadas con la clasificación y los métodos de triangulación y armonización aplicados para asegurar la comparabilidad entre países.

Los datos disponibles no permiten ofrecer información sobre las personas que sólo dedican una parte de su tiempo a la mejora de la salud, como por ejemplo los trabajadores sociales que atienden a pacientes con enfermedades mentales. Por otro lado, se ha optado por no incluir aquí a trabajadores pertenecientes a otros sectores ocupacionales que, aunque aportan contribuciones muy valiosas a la mejora de la salud de la población, tienen por cometido principal otras funciones (esta categoría comprende, por ejemplo, los agentes de policía encargados de velar por la aplicación de las normas relacionadas con el uso del cinturón de seguridad). Obsérvese, por último,

Recuadro 1.1 Clasificación de los trabajadores sanitarios

La tercera versión de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), un sistema internacional acordado por los miembros de la Organización Internacional del Trabajo, fue adoptada en 1987 y se conoce como CIUO-88 (2). Muchas clasificaciones ocupacionales nacionales, así como la mayoría de las encuestas censales y sobre la población activa, utilizan una de las tres versiones de la CIUO. Dado que este sistema se emplea para clasificar todos los tipos de trabajadores, la subdivisión facilitada para los trabajadores sanitarios no es muy detallada, por lo que muchos ministerios de salud han elaborado sus propios sistemas de clasificación. La OMS ha emprendido la preparación de un sistema uniforme de clasificación más detallado, acorde con la CIUO. Este proceso coincide con la actualización de la CIUO-88, cuya conclusión está prevista para 2008.

En el cuadro que figura más abajo se reproduce la clasificación ocupacional para el sector sanitario utilizada por Sudáfrica para el censo de 2001; se trata de un sistema comúnmente empleado en muchos países basado en la aplicación de la codificación de la CIUO a nivel de tres dígitos (los códigos de cuatro dígitos subdividen cada una de las categorías enumeradas en subcategorías). Obsérvese que los curanderos tradicionales están comprendidos en la clasificación ocupacional oficial y también han sido computados en el presente informe, siempre que había datos disponibles.

Al mismo tiempo, otro sistema de clasificación internacionalmente convenido – la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas (CIU) – se utiliza comúnmente para definir diferentes tipos de actividad económica en un país. Dentro de la CIU, la salud se considera una industria independiente. La industria de la

salud abarca un elevadísimo número de trabajadores con diversas formaciones y clasificaciones ocupacionales, muy superior al número de dispensadores de servicios de salud propiamente dichos. Están comprendidos en esta categoría profesionales como los estadísticos, los programadores informáticos, los contables, los gestores y administradores y también diversos tipos de personal administrativo, así como personal auxiliar, por ejemplo conductores o personal de limpieza, lavandería y cocina. Más abajo se citan algunos ejemplos de los distintos tipos de ocupaciones incluidos en Sudáfrica en el censo para la clasificación relativa a la industria de la salud.

Algunos dispensadores de servicios de salud trabajan en sectores distintos del sanitario, por ejemplo en la industria minera o manufacturera. En consecuencia, a los efectos de este informe, el término «trabajadores sanitarios» abarca todas las actividades enumeradas bajo el epígrafe de la industria de la salud, así como las personas incluidas en los grupos ocupacionales 1 a 5 empleadas en otras industrias.

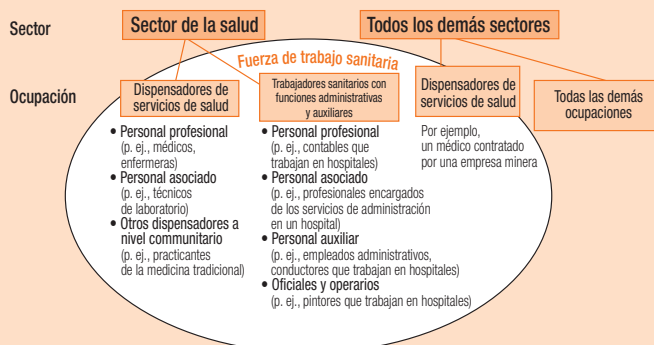
En el informe, los trabajadores sanitarios se han agrupado en dos categorías, con una correspondencia directa en los códigos CIUO. En el cuadro que figura a continuación, las personas comprendidas dentro de los códigos ocupacionales de los grupos 1 a 5 son «dispensadores de servicios de salud»; los demás trabajadores activos en la industria de la salud se denominan «trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares». Esto queda ilustrado en la figura incluida más abajo, en la que los trabajadores sanitarios engloban las tres primeras de las cuatro categorías ocupacionales.

Clasificación ocupacional para la industria de la salud, censo de Sudáfrica, 2001

Grupos CIUO de dispensadores de servicios de salud	Tipo	Código CIUO
1. Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)	Personal profesional	222
2. Personal de enfermería y partería de nivel superior	Personal profesional	223
3. Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería)	Personal asociado	322
4. Personal de enfermería y partería de nivel medio	Personal asociado	323
5. Practicantes de la medicina tradicional y curanderos	Personal asociado	324
Ejemplos de otros sectores ocupacionales con presencia en la industria de la salud		
6. Profesionales de la informática	Personal profesional	213
7. Especialistas en ciencias sociales y humanas	Personal profesional	244
8. Profesionales de nivel medio de servicios de administración	Personal asociado	343
9. Secretarios y operadores de máquinas de oficina	Personal administrativo	411
10. Pintores, limpiadores de fachadas y afines	Oficiales y operarios de la construcción y afines	714

Fuente: (2).

Presencia de los trabajadores sanitarios en todos los sectores



« Los cálculos más prudentes sitúan la fuerza de trabajo sanitaria mundial ligeramente por encima de los 59 millones de trabajadores »»

que los métodos actualmente disponibles para la identificación de los trabajadores sanitarios no permiten computar a las personas no remuneradas que cuidan a enfermos ni a los voluntarios que prestan otros servicios fundamentales. Esta exclusión se debe meramente a una falta de datos; en los capítulos siguientes, se dará debida cuenta de las valiosas contribuciones aportadas por todos ellos.

Otro problema es que en los recuentos oficiales del personal sanitario a menudo no se contabilizan las personas que prestan servicios fuera de las instituciones sanitarias (por ejemplo, los médicos empleados por empresas mineras o agropecuarias), ya que según los sistemas de clasificación utilizados al efecto éstos pertenecen a la industria que los emplea. Aunque es difícil establecer el número exacto de trabajadores que se hallan en esta situación, se sabe que en los países que cuentan con los datos censales pertinentes representan entre un 14% y un 37% del conjunto de dispensadores de servicios de salud. Al excluirlos de los cálculos oficiales, se subestima pues considerablemente el tamaño de la fuerza de trabajo sanitaria y el potencial de ésta para mejorar la salud. Esta infravaloración impide además un examen cabal de los complejos vínculos laborales que existen entre los diferentes sectores, examen que podría informar las cuestiones relacionadas con la planificación, la contratación, la permanencia del personal y la programación de carreras laborales.

¿CUÁNTOS TRABAJADORES SANITARIOS HAY?

Los preparativos relacionados con la elaboración de este informe han permitido a la OMS actualizar, para algunos países, la información contenida en su mapa mundial de recursos humanos relacionados con la salud (3) y recabar, para otros, datos de los que antes se carecía. En general, la información sobre los dispensadores de servicios de salud es más completa que la referida al personal administrativo y auxiliar. Sea como fuere, los cálculos más prudentes, basados en la mejor información disponible procedente de diversas fuentes, sitúan el tamaño de la fuerza de trabajo sanitaria mundial ligeramente por encima de los 59 millones de trabajadores (véase el cuadro 1.1). Se trata de una estimación por lo bajo, ya que en el caso de los países que carecen de la información censal pertinente seguramente se ha subestimado el número de trabajadores sanitarios empleados en sectores distintos del de la salud.

Los dispensadores de servicios de salud representan el 67% del conjunto de trabajadores sanitarios a nivel mundial, aunque en la Región de las Américas esa proporción apenas alcanza el 57%. Según se desprende del desglose de estos datos por países y nivel de renta nacional, en los países de ingresos altos el número de trabajadores con funciones administrativas y auxiliares es ligeramente superior al de dispensadores de servicios de salud, mientras que ocurre lo contrario en los entornos de ingresos bajos y medios, donde los dispensadores de servicios de salud suelen representar más del 70% de la fuerza de trabajo sanitaria total.

Dentro de la categoría de dispensadores de servicios de salud, se tiende a centrar la atención en la proporción de enfermeras (y asistentes de partería) con respec-

Recuadro 1.2 El personal administrativo y auxiliar, pilar invisible del sistema sanitario

Las personas que, aun no interviniendo directamente en la prestación de servicios de salud contribuyen al funcionamiento del sistema de salud son los grandes olvidados en los debates sobre el personal sanitario. Se trata de trabajadores que desempeñan toda una variedad de tareas, como la distribución de medicamentos, el mantenimiento de instalaciones y equipo esenciales o la planificación y el establecimiento de las líneas generales por las que ha de avanzar el

sistema en su conjunto. Los trabajadores con funciones administrativas y auxiliares conforman el pilar invisible de los sistemas de salud; si no se asegura que su presencia numérica y sus aptitudes sean las apropiadas, el sistema no puede funcionar debidamente (entre otras cosas, porque se dejarían de abonar los sueldos y no se distribuirían los medicamentos).

Cuadro 1.1 Fuerza de trabajo sanitaria mundial, por densidad

Región de la OMS	Fuerza de trabajo sanitaria		Dispensadores de servicios de salud		Trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares	
	Número	Densidad (por 1000 habitantes)	Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo sanitaria total	Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo sanitaria total
África	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Las Américas	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
Asia Sudoriental	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Europa	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Mediterráneo Oriental	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Pacífico Occidental	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Todo el mundo	59 220 000	9,3	39 470 000	67	19 750 000	33

Nota: Todos los datos corresponden al último año disponible. En el caso de los países para los que no se disponía de datos sobre el número de trabajadores administrativos y auxiliares, las estimaciones se basan en los promedios regionales correspondientes a los países con datos completos.

Fuente: (3).

to al número de médicos, aunque se desconocen las cifras exactas y tampoco está claro cuál es la combinación idónea para asegurar que un hospital funcione con eficiencia y eficacia (4–8). El número de enfermeras por cada 1000 médicos para un país medio alcanza los niveles más elevados en la Región de África, debido en parte a que en ese continente el número de médicos por cada 1000 habitantes es extremadamente reducido. En cambio, el Pacífico Occidental es la Región donde esa proporción es más baja. Existen también notables diferencias entre distintos países de una misma región. Así por ejemplo, se calcula que hay aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, mientras que otros países de la Región de las Américas, como Chile, El Salvador, México y el Perú, cuentan con más médicos que enfermeras. De modo análogo, se estima que en la Región de Europa hay cerca de un médico por cada enfermera en países como Bulgaria, Portugal y Turquía, mientras que en Noruega y el Reino Unido la proporción es de aproximadamente cinco enfermeras por cada médico.

También se ha obtenido información sobre la disponibilidad relativa de dentistas y farmacéuticos, si bien el número de países que notifican datos al respecto es más reducido. En la Región de Asia Sudoriental, la proporción de farmacéuticos por médico, bastante más elevada que en las otras regiones, roza la paridad. La región con la proporción más elevada de dentistas por cada médico es la de Las Américas. No obstante, estos datos deben interpretarse con prudencia, debido a las dificultades relacionadas con el recuento de dentistas y farmacéuticos, que en muchos casos pueden estar trabajando en el sector privado.

Distribución de los trabajadores sanitarios entre el sector público y el privado

La mayoría de los datos relativos a la distribución de los trabajadores sanitarios entre el sector público y el privado ofrecen información sobre quién es su principal empleador en lugar de indicar de dónde procede el dinero con el que se financian sus sueldos o el grueso de sus ingresos. Según esos datos, en los países de ingresos bajos y medios la mayoría de los dispensadores de servicios de salud identifican como empleador principal al sector público: ése es el caso de más del 70% de los médicos y más del 50% de los demás tipos de dispensadores de servicios de salud. La información disponible para los países de ingresos altos es insuficiente para efectuar un análisis similar; no obstante,

«Durante los años noventa se asistió en Europa a un aumento progresivo de la proporción de mujeres dentro de la profesión médica»»

es probable que la proporción de personas que trabajan oficialmente para el Estado sea menor, ya que muchos dispensadores se dedican oficialmente al ejercicio privado, aunque buena parte de sus ingresos provenga directamente del erario público. Lo mismo se aplica también a los dispensadores empleados por organizaciones confesionales y no gubernamentales en muchos entornos.

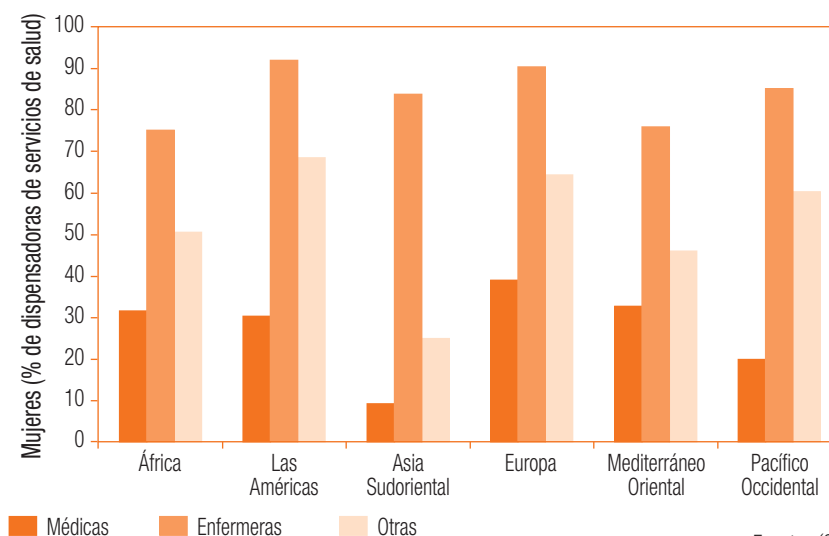
Conviene señalar que tras estos promedios generales se esconden considerables disparidades entre países con el mismo nivel de ingresos o pertenecientes a la misma región geográfica. Por ejemplo, en el África subsahariana el 70% de los médicos trabajan oficialmente para el sector público, pero hay seis países de la región en los que más del 60% de ellos ejercen oficialmente en el sector privado. Por otro lado, incluso en los países donde el sector público es el empleador principal, las personas que trabajan en él a menudo complementan sus sueldos con actividades privadas o reciben buena parte de sus ingresos directamente de los pacientes y no del Estado (9–11). Los datos aquí ofrecidos en relación con la importancia relativa del sector público deben complementarse, por consiguiente, con la información relativa al gasto en salud, analizada más adelante.

Distribución de los trabajadores sanitarios por sexo y edad

La figura 1.1 ilustra la proporción media de dispensadoras de servicios de salud, por regiones. No se incluye aquí información sobre la distribución por sexo correspondiente a los trabajadores administrativos y auxiliares, por no disponerse de datos suficientes al respecto. En

la profesión médica siguen predominando los hombres, mientras que en los demás servicios de salud continúan siendo mayoría las mujeres. Existen, no obstante, algunas excepciones notables. Mongolia, la Federación de Rusia, una parte de las antiguas repúblicas soviéticas y el Sudán han notificado un número mayor de médicas que de médicos. Por otro lado, las mujeres están logrando avances notables en algunas regiones. Durante los años noventa, se asistió en Europa a un aumento progresivo de la proporción de mujeres dentro de la profesión médica; lo mismo ocurrió también con la

Figura 1.1 Participación de la mujer en las profesiones relacionadas con los servicios de salud, por regiones de la OMS



Fuente: (3).

Cuadro 1.2 Proporción del gasto público en salud destinado a la remuneración de los trabajadores sanitarios

Región de la OMS	Salarios, sueldos y otras prestaciones de los empleados, en porcentajes del gasto del gobierno general en salud (GGGS)	Número de países para los que se dispone de datos
África	29,5	14
Las Américas	49,8	17
Asia Sudoriental	35,5	2
Europa	42,3	18
Mediterráneo Oriental	50,8	5
Pacífico Occidental	45	7
Todo el mundo	42,2	64

Nota: Las proporciones agrupadas representan el promedio simple de las proporciones correspondientes a los distintos países, de modo que reflejan el porcentaje registrado en un país medio de cada región.

proporción de estudiantes de sexo femenino matriculadas en las escuelas de medicina (12). En el Reino Unido, por ejemplo, las mujeres representan actualmente hasta un 70% de los estudiantes admitidos (13).

Los datos disponibles sobre las edades de los trabajadores sanitarios en los diferentes entornos son demasiado limitados para poder observar algún patrón general, aunque para determinados países sí se cuenta con información al respecto. Por ejemplo, se ha constatado en algunos países de la OCDE, como el Reino Unido y los Estados Unidos, un aumento de la media de edad del personal de enfermería (14, 15). En el capítulo 5 se analizan las políticas relacionadas con la edad oficial de jubilación.

No ha sido posible documentar en suficientes países las tendencias registradas con el transcurso del tiempo en cuanto a la composición del personal sanitario por profesiones o a las características de los trabajadores para poder realizar un análisis a nivel mundial. Los sistemas de registro y actualización del número de trabajadores sanitarios son a menudo inexistentes, lo que representa un obstáculo importante para la formulación de políticas de desarrollo de recursos humanos basadas en datos documentados.

¿CUÁNTO DINERO SE DESTINA A LA REMUNERACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO?

Dada su gran presencia numérica en el mundo entero, los trabajadores sanitarios constituyen una parte importante de la fuerza laboral total. En general, la importancia relativa de la fuerza de trabajo sanitaria es más elevada en los países ricos que en los pobres, pudiendo alcanzar hasta un 13% de la fuerza laboral total. El pago de sueldos y otras prestaciones a los trabajadores sanitarios constituye también un importante componente del gasto público total en salud (incluidos los costos de capital) (cuadro 1.2). Los países asignan, por término medio, un poco más del 42% del gasto público total en salud a la remuneración de sus trabajadores sanitarios, aunque con variaciones por regiones y países (16). En África y Asia Sudoriental, por ejemplo, los gobiernos suelen destinar a este capítulo una proporción más baja que en otras regiones.

No se dispone de información específicamente centrada en el sector no público (es decir, privado). Con todo, se han obtenido de 43 países datos sobre la proporción del gasto total en salud (incluidos los costos de capital), con cargo a fondos de todas las procedencias, tanto públicos como no públicos, asignada al pago de sueldos y otras

« Los países asignan, por término medio, un poco más del 42% del gasto público total en salud a la remuneración de sus trabajadores sanitarios »

« Los países con las necesidades relativas más bajas son los que cuentan con el mayor número de trabajadores de la salud »»

prestaciones. La remuneración del personal sanitario representa, por término medio, ligeramente menos del 50% del gasto total en salud, lo que parece indicar que la retribución de los trabajadores sanitarios activos en el sector no gubernamental supone una

proporción más elevada de los gastos totales que la de los que desempeñan su labor en el sector público. No obstante, la coincidencia entre los 43 países aquí descritos y los incluidos en el cuadro 1.2 es escasa, debido a que los países notifican los datos de maneras distintas, por lo que esta información debe interpretarse con cautela. Conviene recordar asimismo que los pagos efectuados directamente por los hogares a los dispensadores de servicios, no reflejados en los datos oficiales relativos a los sueldos, quedan excluidos de este análisis.

Sólo en el caso de 12 países se dispone de datos sobre las tendencias registradas con el transcurso del tiempo (1998–2003) en la proporción del gasto público en salud destinada al pago de sueldos, subsidios y prestaciones. En cuanto a las tendencias relativas a la parte que dicha partida ocupa dentro del gasto total en salud, hay datos disponibles para otros 24 países. Sin embargo, no cabe extraer un modelo de evolución de ninguno de estos conjuntos de datos. En algunos países esa proporción aumentó y en otros disminuyó, aunque el promedio correspondiente a todos los países se ha mantenido sorprendentemente estable.

¿DÓNDE SE CONCENTRAN LOS TRABAJADORES SANITARIOS?

Disparidades en la distribución mundial

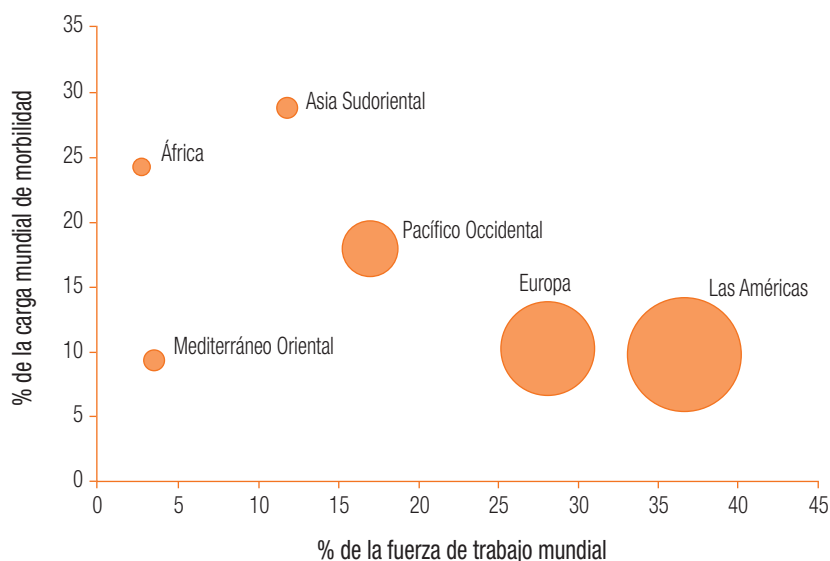
La distribución de los trabajadores sanitarios no es homogénea (17). Los países con las necesidades relativas más bajas son los que cuentan con el mayor número de trabajadores de la salud, mientras que los que acusan las cargas de morbilidad más elevadas tienen que contentarse con mucho menos personal. Esta pauta se resume en la figura 1.2, en la que el eje vertical representa la carga de morbilidad y el horizontal, el número de trabajadores sanitarios, en tanto que el tamaño de los puntos refleja el gasto sanitario total. La Región de las Américas, que comprende el Canadá y los Estados Unidos, pese a registrar apenas un 10% de la carga mundial de morbilidad, acapara cerca del 37% de la fuerza de trabajo sanitaria mundial y más del 50% de los recursos financieros mundiales destinados a la salud. En cambio, la Región de África, que soporta más del 24% de la carga mundial de morbilidad, sólo tiene acceso a un 3% de los trabajadores sanitarios y a menos del 1% de los recursos financieros mundiales (aun incluyendo los préstamos y subvenciones procedentes de fuera).

Distribución desigual dentro de los países

Dentro de las regiones y países, el acceso al personal sanitario también es desigual. En Viet Nam, por ejemplo, donde el promedio de dispensadores de servicios de salud por cada 1000 habitantes es de poco más de uno, esta cifra esconde importantes variaciones. En la práctica, 37 de las 61 provincias del país se sitúan por debajo de esa media, mientras que en el otro extremo destaca una provincia en la que la proporción es de cerca de cuatro por 1000 (20). Existen disparidades similares en otros países (21).

Son muchos los factores que influyen en las variaciones geográficas observadas en la densidad de personal sanitario. Las zonas donde existen hospitales docentes y cuya población cuenta con medios suficientes para pagar servicios de salud atraen, invariablemente, a más trabajadores que aquellas que carecen de ese tipo de instituciones o apoyo financiero. En consecuencia, la densidad de personal sanitario suele registrar los niveles más elevados en los centros urbanos que cuentan con hospitales docentes y con altos niveles de ingresos. Aunque el grado de urbanización tiende a aumentar a la par que los ingresos, en todos los países, sea cual sea su nivel de renta, la proporción

Figura 1.2 Distribución de los trabajadores sanitarios en función del nivel de gasto en salud y de la carga de morbilidad, por regiones de la OMS

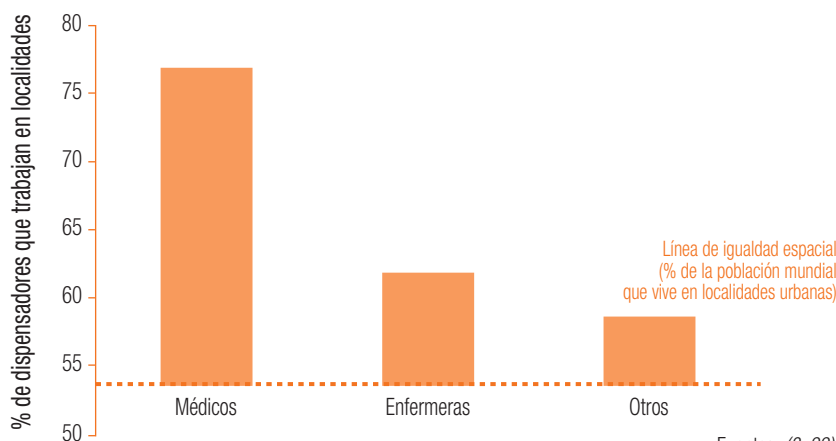


Fuentes: (3, 18, 19).

de profesionales sanitarios que viven en zonas urbanas es superior a la proporción de la población general que en ellas se concentra. Esto se aplica sobre todo a los médicos, como se muestra en la figura 1.3, donde la línea roja discontinua indica que la proporción de la población general que vive en zonas urbanas no llega al 55%, mientras que la proporción de médicos, enfermeras y otros trabajadores sanitarios es de más de un 75%, más de un 60% y un 58%, respectivamente.

En muchos países, las mujeres dedicadas a la prestación de servicios de salud escasean sobre todo en las zonas rurales, lo que puede deberse en parte a que para las trabajadoras sanitarias resulta peligroso vivir solas en determinadas regiones aisladas. La situación sería bien distinta si se pudieran incluir en estos cálculos las parteras tradicionales y los voluntarios comunitarios, colectivo éste integrado en numerosos países principalmente por mujeres, pero lo cierto es que rara vez se dispone de información sistemática al respecto. Por otro lado, existen algunas excepciones notables. Por

Figura 1.3 Distribución de los dispensadores de servicios de salud por zonas rurales/urbanas



Fuentes: (3, 22).

ejemplo, Etiopía y el Pakistán figuran entre los países que se han esforzado activamente por reclutar y formar a trabajadoras sanitarias en las zonas rurales, llamadas «agentes de extensión sanitaria» en Etiopía y «trabajadoras de la salud» y «auxiliares sanitarias» en el Pakistán.

La OMS está elaborando una herramienta para ayudar a los países a identificar sus recursos de servicios de salud, incluida información sobre la ubicación de sus trabajadores sanitarios (véase el recuadro 1.3).

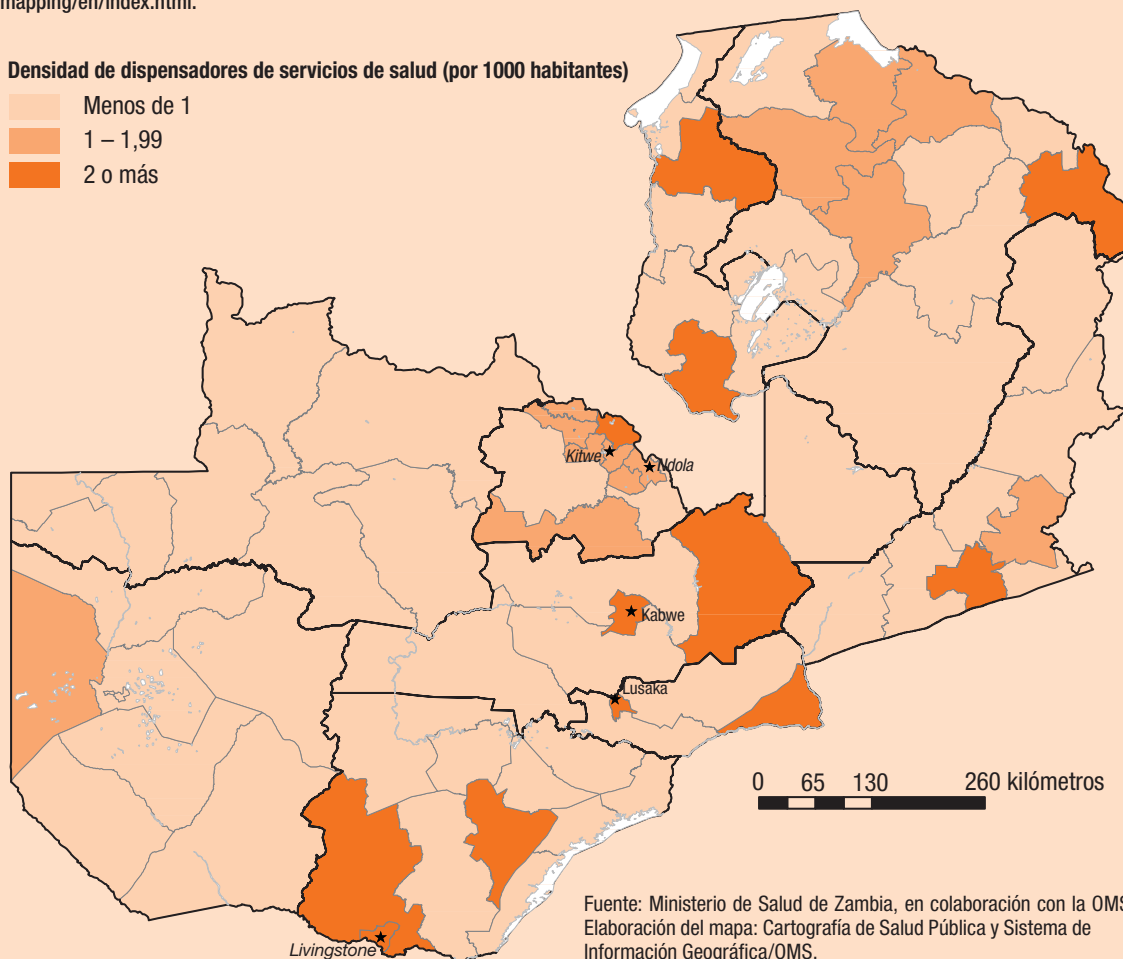
Recuadro 1.3 Ubicación de los trabajadores sanitarios – Cartografía de los Servicios Disponibles

Para ayudar a las instancias decisorias nacionales a obtener información con rapidez, la OMS está trabajando con los países en la elaboración de un instrumento denominado Cartografía de los Servicios Disponibles. Los equipos de salud de los distritos se sirven del sistema de cartografía sanitaria de la OMS (una herramienta informática basada en el Sistema de Información Geográfica) y de un cuestionario cargado en un ordenador de bolsillo para recopilar información fundamental sobre los recursos sanitarios, los riesgos de salud pública y la ejecución de programas, con miras a ofrecer mapas actualizados de los servicios de salud. Para más información véase: <http://www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailability-mapping/en/index.html>.

Se ha aplicado en una docena de países una versión abreviada de un programa nacional de Cartografía de los Servicios Disponibles, lo que ha permitido obtener una visión detallada de los servicios existentes en los distritos. Los datos sobre recursos humanos ofrecen, entre otras cosas, información sobre la densidad y distribución de los trabajadores sanitarios por categorías principales y participación en actividades de capacitación en los últimos dos años, los puestos sin cubrir y los niveles de absentismo laboral. En la siguiente figura se muestra la densidad combinada de médicos, internistas y enfermeras y parteras diplomados por cada 1000 habitantes en Zambia.

Densidad de dispensadores de servicios de salud (por 1000 habitantes)

- Menos de 1
- 1 – 1,99
- 2 o más



Fuente: Ministerio de Salud de Zambia, en colaboración con la OMS. Elaboración del mapa: Cartografía de Salud Pública y Sistema de Información Geográfica/OMS.

¿HAY SUFICIENTES TRABAJADORES SANITARIOS?

¿Qué importancia tiene la desigual distribución geográfica del personal sanitario dentro de los países? La homogeneidad absoluta además de ser inviable, en algunos casos incluso resulta poco conveniente. Los hospitales docentes, por ejemplo, deben estar estratégicamente ubicados, y una concentración de ciertos tipos de trabajadores sanitarios en las zonas próximas a estos centros puede ser totalmente aceptable. Sin embargo, aunque se considere apropiado que haya cierta variación geográfica en cuanto a su presencia numérica, queda por determinar hasta qué grado.

Si bien los datos disponibles no permiten dar una respuesta sencilla, cabe afirmar que los niveles de cobertura de una serie de intervenciones clave suelen ser más bajos en las zonas con un número relativamente reducido de trabajadores sanitarios que en aquellas donde su concentración es mayor. Esta asociación puede observarse entre los países como dentro de ellos. Así, por ejemplo, los investigadores han descubierto recientemente que los países con una densidad más elevada de trabajadores sanitarios alcanzan niveles más altos de vacunación contra el sarampión y de cobertura en materia de atención prenatal (23–25).

La correlación entre disponibilidad de trabajadores sanitarios y cobertura de intervenciones de salud sugiere que la salud de la población se resiente cuando los primeros escasean (20, 21, 25–27). Esto plantea una cuestión más importante: la de saber si hay suficiente personal sanitario. Desde un punto de vista metodológico, no existen patrones de referencia para determinar su suficiencia. En la siguiente sección, ésta se examina desde la perspectiva de las necesidades sanitarias esenciales.

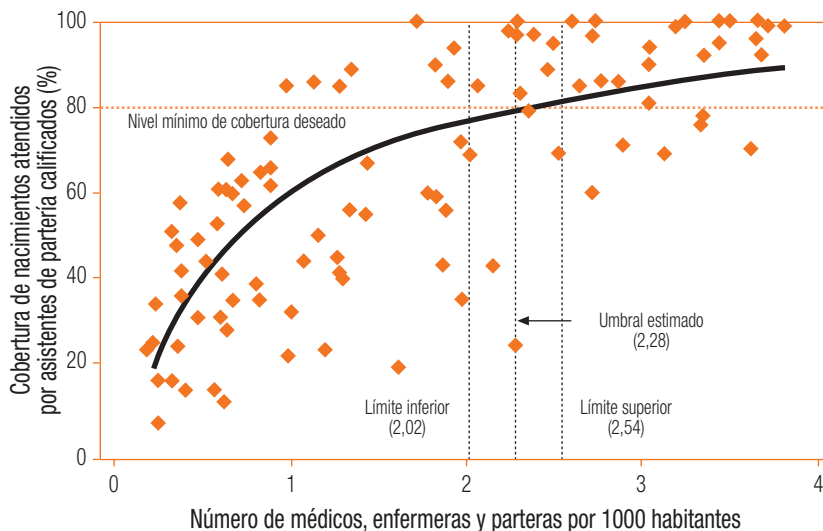
Suficiencia basada en las necesidades

La realización de diversas estimaciones sobre la disponibilidad de los trabajadores sanitarios necesarios para asegurar un conjunto de intervenciones de salud esenciales y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (incluida la expansión de las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA) ha dado lugar a la identificación de diversos déficits de profesionales, principalmente entre los países de ingresos bajos y dentro de éstos. En la documentación relativa al VIH/SIDA, se calculaba que para la expansión del tratamiento antirretroviral se precisaría en cuatro países africanos entre un 20% y un 50% del personal sanitario disponible, mientras que en los otros 10 países examinados esa proporción se cifraba en menos de un 10% (28). En términos más generales, los analistas estimaron que, aun en el supuesto más optimista, la dotación de trabajadores sanitarios para 2015 tan sólo cubriría un 60% de las necesidades previstas en la República Unida de Tanzania, y que en el Chad las necesidades superarían en un 300% la oferta disponible (29). Por otra parte, en el Informe sobre la salud en el mundo 2005 se calculaba que para ampliar la cobertura de atención en el parto a apenas un 72% haría falta formar en los 10 años siguientes a nivel mundial a 334 000 asistentes de partería calificados adicionales (18).

Con ánimo de efectuar una evaluación mundial del déficit de profesionales, la Joint Learning Initiative (JLI), una red de dirigentes sanitarios mundiales puesta en marcha por la Fundación Rockefeller, sugirió que, en términos generales, en los países con menos de 2,5 profesionales de la salud (únicamente médicos, enfermeras y parteras) por 1000 habitantes, no es posible aumentar a un 80% la proporción de mujeres atendidas en el parto por personal calificado o la cobertura de inmunización contra el sarampión (24). Este modo de establecer si hay déficit, ya sea a nivel mundial o de países, viene impulsado, en parte, por la decisión de fijar el nivel de cobertura mínima deseado en un 80% y, en parte, por la identificación empírica de la densidad de personal sanitario asociada a ese nivel de cobertura. El análisis de la JLI se ha aplicado también con el fin de determinar la suficiencia de asistentes de partería calificados, empleando para ello

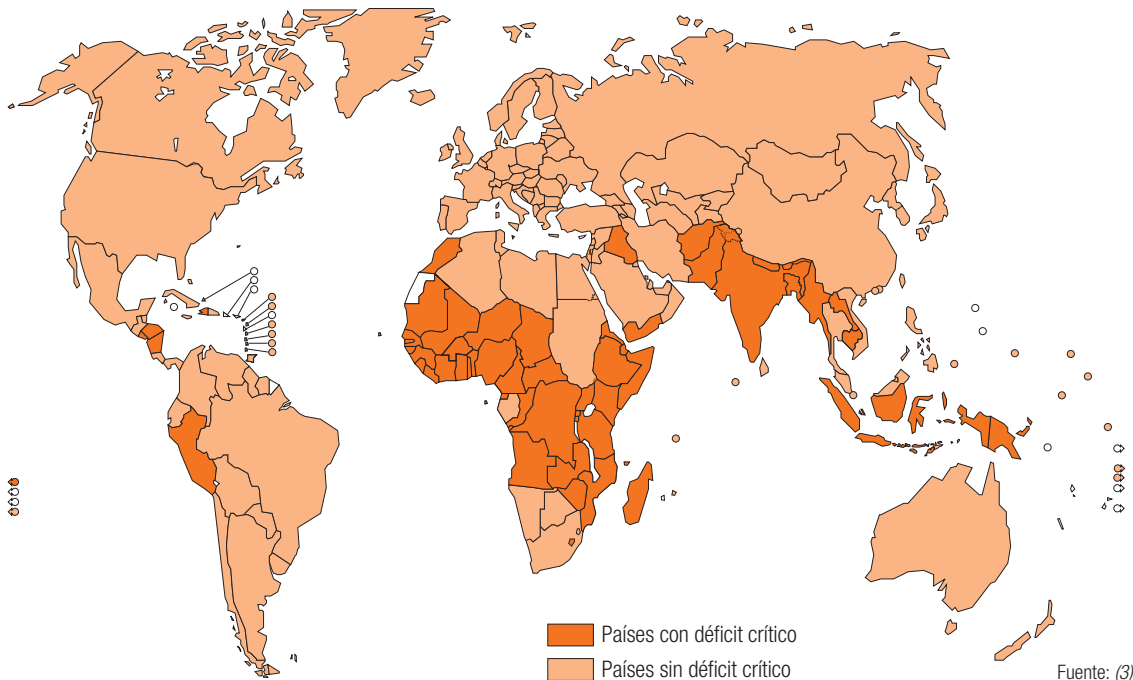
«La OMS estima el déficit de médicos, enfermeras, parteras y demás trabajadores sanitarios en más de 4 millones de profesionales»»

Figura 1.4 Densidad de profesionales de atención sanitaria necesaria para asegurar la asistencia de personal calificado en los partos



Fuentes: (3, 30, 31).

Figura 1.5 Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y parteras)



Cuadro 1.3 Déficit críticos estimados de médicos, enfermeros y parteras, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Número de países		En países con déficits		
	Total	Con déficits	Dotación total	Déficit estimado	Aumento porcentual requerido
África	46	36	590 198	817 992	139
Las Américas	35	5	93 603	37 886	40
Asia Sudoriental	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europa	52	0	NA	NA	NA
Mediterráneo Oriental	21	7	312 613	306 031	98
Pacífico Occidental	27	3	27 260	32 560	119
Todo el mundo	192	57	3 355 728	2 358 470	70

NA: no aplicable.

Fuente: (3).

un método similar de establecimiento de umbrales, así como datos actualizados sobre el tamaño de la fuerza de trabajo sanitaria recabados para el presente informe (véase la figura 1.4). En este caso, se ha obtenido un valor umbral sorprendentemente similar de 2,28 profesionales sanitarios por 1000 habitantes, con un margen de incertidumbre que oscila entre 2,02 y 2,54.

Se considera que los 57 países que están situados por debajo de ese umbral y no alcanzan el 80% de cobertura sufren un déficit crítico. De ellos, 36 se encuentran en el África subsahariana (figura 1.5). Para que todos ellos alcanzasen los niveles de cobertura deseables, se precisarían a nivel mundial 2,4 millones de profesionales adicionales (cuadro 1.3). (Teniendo en cuenta los límites superior e inferior del umbral, el límite superior correspondiente al déficit crítico estimado ascendería a 3 millones y el inferior, a 1,7 millones.) Esa estimación incluye únicamente tres tipos de dispensadores de servicios de salud. Si se multiplica el déficit de 2,4 millones por 1,8, que es la proporción media del total de trabajadores de la salud con respecto al número de médicos, enfermeras y parteras observada en todas las regiones de la OMS (excepto Europa, donde no hay déficits críticos según este criterio), el déficit mundial se acerca más bien a los 4,3 millones de trabajadores sanitarios.

En términos absolutos, las mayores deficiencias se dan en Asia Sudoriental, con Bangladesh, la India e Indonesia a la cabeza. El mayor déficit relativo corresponde al África subsahariana, donde se precisa un aumento de cerca de un 140% para alcanzar el nivel umbral.

Estas estimaciones ponen de manifiesto la apremiante necesidad de aumentar el número de trabajadores de la salud con miras a alcanzar cierto nivel de cobertura, aunque sea modesto, para una serie de intervenciones sanitarias clave en los países más necesitados. Ahora bien, no se pretende que estos cálculos reemplacen otras evaluaciones de suficiencia efectuadas para países concretos ni hagan perder de vista que el efecto de cualquier aumento del número de trabajadores sanitarios depende sobremanera de otros determinantes, como los niveles de ingresos y de educación existentes en cada comunidad (21,25). Por otro lado, también hay que tener en cuenta una serie de factores económicos: puede ocurrir, por ejemplo, que exista un déficit basado en las necesidades y que, al mismo tiempo, haya cierto nivel de desempleo entre los trabajadores sanitarios debido a las condiciones del mercado local (véase el capítulo 6 para un examen más detenido).

¿CUÁNTO CUESTA SUFRAGAR EL DÉFICIT DE TRABAJADORES SANITARIOS?

Para colmar la deficiencia de profesionales por medio de la formación, se precisan cuantiosas inversiones. De asegurarse una rapidísima intensificación de los esfuerzos de capacitación y lograrse que éstos queden completados para 2015, los costos anuales oscilarían entre apenas US\$ 1,6 millón por año en el caso de algunos países y cerca de US\$ 2000 millones para un país del tamaño de la India. El costo medio por país sería de US\$ 136 millones anuales, una cantidad del mismo orden de magnitud que el costo estimado del Programa de Emergencia sobre Recursos Humanos de Malawi (véase el capítulo 2). Para financiarlo haría falta aumentar el gasto sanitario en US\$ 2,80 por persona en un país medio (con un intervalo de US\$ 0,40 a poco más de US\$ 11), lo que representa un aumento de aproximadamente un 11% respecto a 2004 (34).

Estas estimaciones se limitan a los médicos, las enfermeras y las parteras, profesiones éstas para las que los datos disponibles sobre el número de trabajadores y los costos de capacitación son más completos, de modo que puede considerarse que establecen un límite inferior. Al efectuar los cálculos, se ha ajustado el número deseable de trabajadores de la salud al alza para tener en cuenta el crecimiento demográfico entre 2005 y 2015; se ha hecho lo propio con respecto a la matriculación de estudiantes, en este caso para contrarrestar las tasas de abandono, tanto durante como después de la formación. En la medida de lo posible, se han utilizado datos sobre los costos de capacitación por regiones que incluyen un componente de bienes de capital, aunque la información disponible es escasa y los resultados deben ser interpretados con prudencia.



© AFP 2005

El Dr. John Awoonor-Williams es el único médico con que cuenta el Hospital Distrital de Nkwanta, en Ghana, que atiende a una población de 187 000 habitantes repartidos por una zona vasta y remota de la parte septentrional de la Región del Volta.

Otra premisa de la que parten las estimaciones es que se van a mantener las tendencias y pautas actuales en materia de capacitación. En los siguientes capítulos, se describen otras formas que contribuyen a atajar las deficiencias observadas, por ejemplo medidas destinadas a aumentar la productividad y la motivación de la fuerza laboral actual o a modificar su composición por profesiones.

El costo anual adicional que supone la contratación de nuevos médicos, enfermeras y parteras, una vez asegurada la plena expansión de los recursos de capacitación, asciende a poco más de US\$ 311 millones por país, a precios de 2004. Para 2015, el pago de los sueldos de la fuerza laboral expandida requerirá un aumento mínimo de US\$ 7,50 por persona y año en un país medio. Cabe considerar que se trata de un costo mínimo, ya que probablemente habrá que aplicar cierto nivel de incremento salarial para evitar que los nuevos trabajadores sanitarios abandonen el sector de la salud u opten por emigrar. La magnitud del aumento requerido es difícil de determinar, en parte porque los sueldos pueden ser hasta 15 veces más bajos en los países deficitarios que en los que figuran entre los destinos preferidos de los migrantes (32). En el Proyecto del Milenio se advierte que para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio sería necesario duplicar los sueldos (33), lo que supondría aumentar los costos salariales anuales actuales en US\$ 53 000 millones en los 57 países deficitarios. Si examinamos ese incremento dentro de contexto, constatamos que equivale a aumentar los costos salariales anuales mundiales correspondientes a los trabajadores sanitarios en menos de un 5%. Eso implica además un aumento del gasto sanitario anual de US\$ 20 por persona para 2015 en un país medio: un incremento de más del 75% respecto a 2004.

Las cifras aquí ofrecidas deben interpretarse con cautela, debido sobre todo a que con el aumento de la globalización los mercados laborales para los trabajadores de la salud están experimentando una rápida evolución. Así, por ejemplo, es muy probable que en algunos países en los que no se hayan detectado deficiencias también haya que aumentar los sueldos, con el fin de asegurar que los trabajadores no emigren a alguno de los países deficitarios. Este tipo de efecto resulta difícil de predecir, pero las cifras aquí consignadas demuestran claramente que es necesario que la comunidad internacional apoye activamente las iniciativas de refuerzo de los recursos humanos para la salud.

CONCLUSIONES

Según se desprende del perfil mundial aquí descrito, hay en el mundo más de 59 millones de trabajadores de la salud, con una distribución desigual entre los países y también dentro de éstos. El personal sanitario tiende a concentrarse en las regiones más ricas, donde las necesidades de salud son menos acuciantes. Su disponibilidad numérica sigue siendo lamentablemente insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias: se calcula que el déficit total es del orden de 4,3 millones de trabajadores.

De la descripción que antecede también se desprende que subsisten muchas lagunas de datos. La información relativa a la composición del personal sanitario por profesiones, los perfiles de edad, las fuentes de ingresos, la ubicación geográfica y otras características importantes para la elaboración de políticas dista mucho de ser completa. Esto se debe en parte a que, al utilizar los países diferentes definiciones para clasificar a los trabajadores sanitarios por categorías, resulta difícil cerciorarse de que en los distintos lugares se estén incluyendo los mismos trabajadores dentro de la fuerza de trabajo sanitaria. Para salvar estas dificultades, la OMS está elaborando una clasificación uniforme de los trabajadores de la salud, en colaboración con los países y otros asociados.

Otro de los escollos es simple y llanamente la falta de datos. En algunos países, no existe un registro sistemático de la información relativa al tamaño total de la fuerza de trabajo sanitaria; por otro lado, se sabe muy poco sobre determinadas categorías de trabajadores de la salud, incluso en los países que cuentan con amplios sistemas de

notificación de datos. La escasez de información actualizada y fiable limita sobremanera la capacidad de las instancias decisorias, tanto a nivel nacional como internacional, para formular estrategias basadas en datos documentados que permitan solventar la crisis de personal sanitario y poner en pie sistemas sanitarios que atiendan las necesidades de las poblaciones desfavorecidas. Una inversión relativamente pequeña por parte de la comunidad mundial en esta esfera podría reportar importantes beneficios. En el capítulo 7 se vuelve sobre esta cuestión y se sugieren una serie de posibles soluciones. Mientras tanto, el capítulo 2 analiza algunos de los desafíos más importantes a los que actualmente se enfrenta el personal sanitario a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
2. Organización Internacional del Trabajo. *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO-88)* (<http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/class/isco.htm>, consultado el 19 de enero de 2006).
3. Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, consultado el 19 de enero de 2006).
4. Zurn P, Vujicic M, Diallo K, Pantoja A, Dal Poz MR, Adams O. Planning for human resources for health: human resources for health and the projection of health outcomes/outputs. *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, 2005, 45:107–133.
5. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence [Combinación de aptitudes entre el personal sanitario: examen de la evidencia]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:575–580 (resumen en español).
6. Dussault G, Adams O, Fournier P. *Planejamento de recursos humanos em saúde*. Traducción, adaptación y prefacio de Dal Poz MR. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1997 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 158).
7. Lave JR, Lave LB, Leinhardt S. Medical manpower models: need, demand and supply. *Inquiry*, 1975, XII:97–126.
8. Reinhardt UE. Projecting long-term trends in health manpower: methodological problems. In: Culyer A.J. *The economics of health*. Great Yarmouth, Edward Elgar Publishing Ltd, 1991:262–83.
9. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P, Turinde A. Coping strategies of health workers in Uganda. 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 Organization and Policy, 16:131–150).
10. 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 Organization and Policy, 16:177–186).
11. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2004, 2:14.
12. 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.
13. Dubois C-A, McKee M, Nolte E. Analysing trends, opportunities and challenges. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Bruselas, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
14. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of a rapidly aging registered nurse workforce. *JAMA*, 2000, 283:2948–2954.
15. Buchan J. The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:818–826.
16. Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

17. Speybroeck N, Ebener S, Sousa A, Paraje G, Evans DB, Prasad A. *Inequality in access to human resources for health: measurement issues*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
18. Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005:218–221.
19. Organización Mundial de la Salud. *Burden of Disease Statistics* (<http://www.who.int/healthinfo/bod/en/>, consultado el 19 de enero de 2006).
20. 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*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
21. Sousa A, Tandon A, Prasad A, Dal Poz MR, Evans DB. *Measuring the efficiency of health workers in attaining health outcomes across sub national units in Brazil*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
22. Population Reference Bureau. Search Population and Health Data (<http://www.prb.org/datafind/datafinder6.htm>, consultado el 20 de enero de 2006).
23. Anand S, Bärninghausen T. Human resources for health and vaccination coverage in developing countries (documento inédito, Oxford University, 2005).
24. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
25. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
26. Tandon A, Sousa A, Prasad A, Evans DB. *Human resources and health outcomes in Brazil and Viet Nam: a comparative perspective*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
27. Anand S, Bärninghausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
28. Smith O. Human resource requirements for scaling up antiretroviral therapy in low-resource countries (Appendix E). In: Curran J, Debas H, Arya M, Kelley P, Knobler S, Pray L. *Scaling up treatment for the global AIDS pandemic: challenges and opportunities*. Washington, DC, National Academies Press (Board of Global Health), 2004.
29. 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).
30. UNICEF. WHO-UNICEF *Estimates on Immunization Coverage 1980–2004* (<http://www.childinfo.org/areas/immunization/database.php>, consultado el 20 de enero de 2006).
31. División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: the 2004 Revision. Population Database* (<http://esa.un.org/unpp>, consultado el 20 de enero de 2006).
32. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2004, 2:3.
33. *Millennium Development Goals needs assessments: country case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda*. Nueva York, NY, Proyecto del Milenio, 2004 (http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccspaper_jan1704.pdf, consultado el 23 de febrero de 2004).
34. Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The costs of eliminating critical shortages in human resources for health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

respuesta a las



capítulo dos

necesidades sanitarias urgentes

En este capítulo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

los planes de tratamiento nacionales (7).

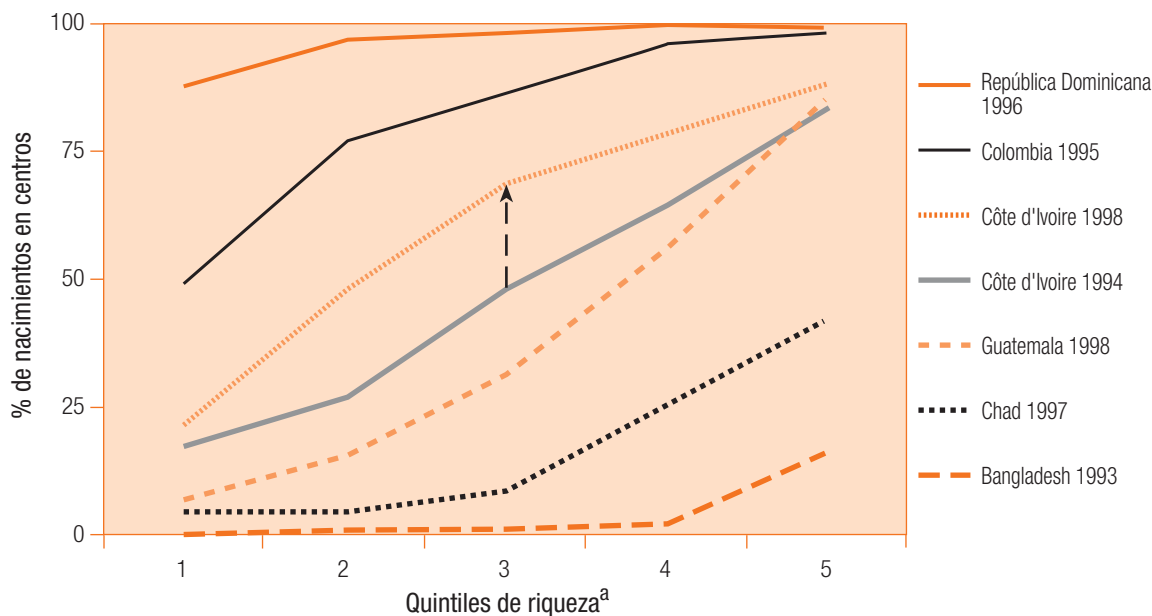
El logro de los ODM dependerá de que se conciban estrategias de recursos humanos que se puedan aplicar con rapidez (6). Seguramente no bastará con capacitar a personas para que ejecuten intervenciones orientadas a enfermedades concretas. En esos planteamientos habría que tener en cuenta también las dificultades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

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

Epidemia de actividades de formación en el servicio

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

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



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

Fuente: (8).

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

Sobrecarga de trabajo del personal de distrito

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

Dos niveles de sueldos

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

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

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

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

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

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

Fuente: (2).

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

Estrategia 2.1 Mejorar la planificación de la fuerza de trabajo

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

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

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

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

Recuadro 2.2 Un programa de emergencia sobre recursos humanos en Malawi

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

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

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

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

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

Fuente: (11).

Estrategia 2.2 Aprovechar las sinergias entre los programas prioritarios

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

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

Estrategia 2.3 Simplificar los servicios y delegar funciones adecuadamente

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

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

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

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

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

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

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

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

Recuadro 2.3 Intercambio de tareas entre los trabajadores sanitarios

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

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

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

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

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

Fuente: (17).

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

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

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

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

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

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

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

Recuadro 2.4 Competencias básicas para la atención a largo plazo

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

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

COLABORACIÓN

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

MEJORA DE LA CALIDAD

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

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

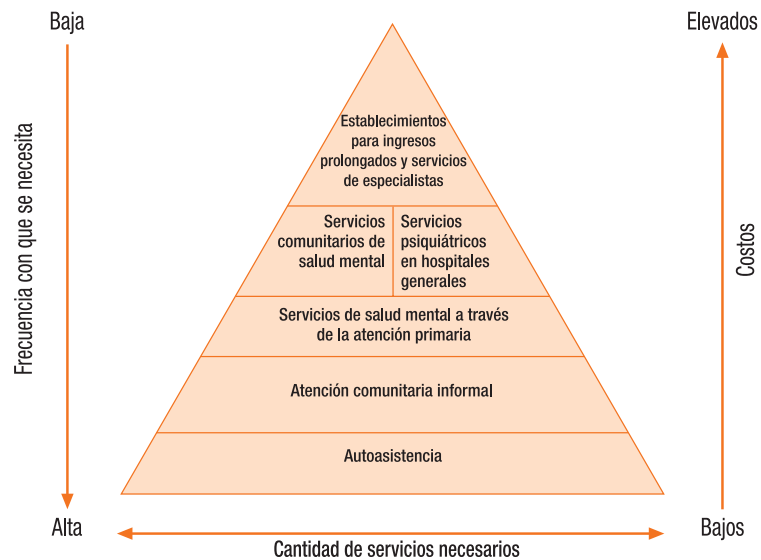
- Desarrollar sistemas de información (por ejemplo, registros de pacientes), aunque sea en papel, para garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento previsto.
- Utilizar la tecnología y los sistemas de comunicación disponibles para intercambiar información sobre los pacientes con otros trabajadores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

PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

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

Fuente: (30).

Figura 2.2 Combinación óptima de servicios de salud mental



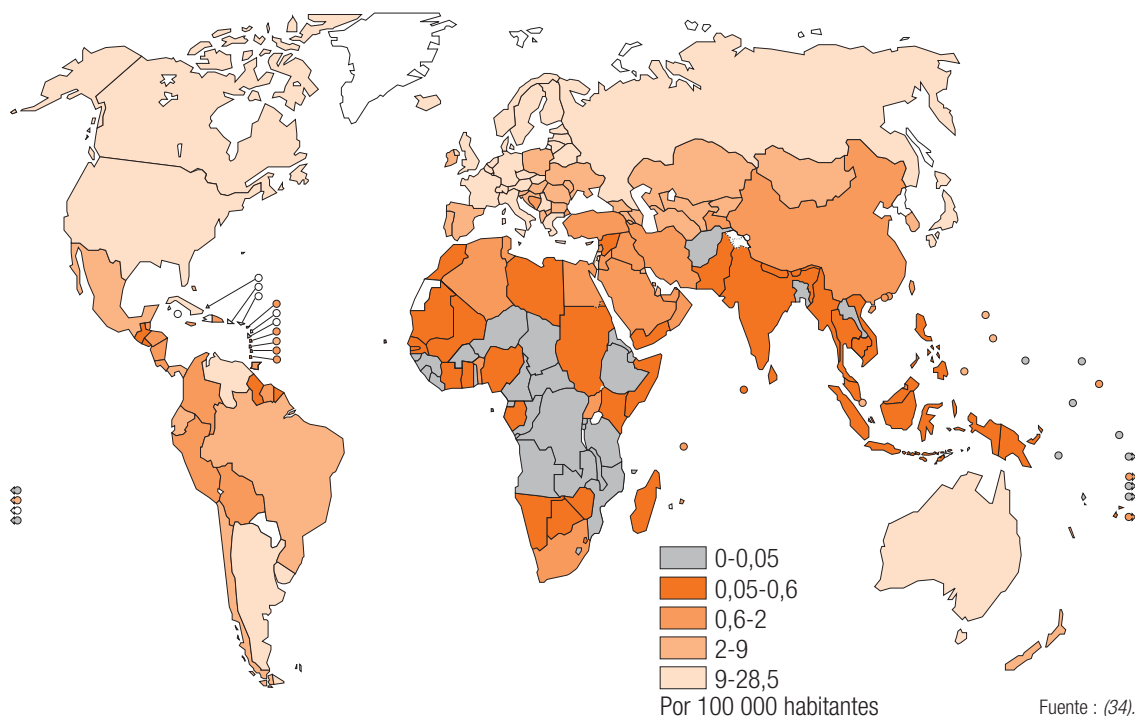
Fuente: (24).

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

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

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

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

Figura 2.3 Distribución mundial de los psiquiatras


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

Estrategia 2.6 Fomentar la colaboración

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

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

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

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

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

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

Recuadro 2.5 Seguridad de los pacientes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuentes: (39, 40).

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

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

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

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

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

Utilidad de los planes de preparación

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

Recuadro 2.6 Respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas – SRAS

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

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

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

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

Fuente: (41).

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

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

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

Estrategia 2.8 Adoptar un enfoque de «mando y control»

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

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

Estrategia 2.9 Contribuir a eliminar las fronteras del sector

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

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

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

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

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

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

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

Recuadro 2.7 Respuesta de Tailandia a epidemias y desastres

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

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

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

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

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

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

A nivel mundial, las iniciativas de capacitación de equipos interinstitucionales y nacionales en los países deben hacer hincapié en la importancia de trabajar de forma eficaz, eficiente y segura y siguiendo criterios y normas convenidos. A tal efecto, la OMS y otros miembros del Comité Permanente entre Organismos están creando una red de respuesta sanitaria de emergencia¹, uno de cuyos componentes es un curso de formación especializada destinado a mejorar la preparación del personal humanitario que trabaja sobre el terreno. El curso permite adquirir conocimientos científicos, técnicos y tecnoprácticos, aprender actitudes y modos de actuación adecuados y familiarizarse con los procedimientos operativos normalizados y las plataformas de apoyo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Por parte de los laboratorios centrales nacionales de referencia.

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

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

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

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

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

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

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

MS: Ministerio de Salud

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

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

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

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

TRABAJO EN SITUACIONES DE CONFLICTO Y POSCONFLICTO

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

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

Estrategia 2.13 Reunir y mantener información estratégica

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

Estrategia 2.14 Invertir en planificación anticipada e intervenciones focalizadas

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

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

Estrategia 2.15 Proteger lo que funciona

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

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

Estrategia 2.16 Reparar y preparar

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

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

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

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

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

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

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

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

Conceder atención a la reparación y preparación significa:

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

Estrategia 2.17 Rehabilitar el sistema de salud cuando comienza la estabilidad

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

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



preparación de la

capítulo tres

fuerza laboral sanitaria

En este capítulo

41	Incorporación de una combinación idónea de personal a la fuerza de trabajo
43	Instituciones de formación adecuadas para producir los trabajadores idóneos
55	Replanteamiento de la contratación: entrada a la fuerza de trabajo
60	Conclusiones

En el capítulo anterior se presentaba un panorama general de los arduos retos con que se enfrenta la fuerza laboral sanitaria. En éste y los dos siguientes se abordan muchos de esos retos, y para ello se analiza el marco de las estrategias para formar, mantener y retener a esos trabajadores. El presente capítulo trata

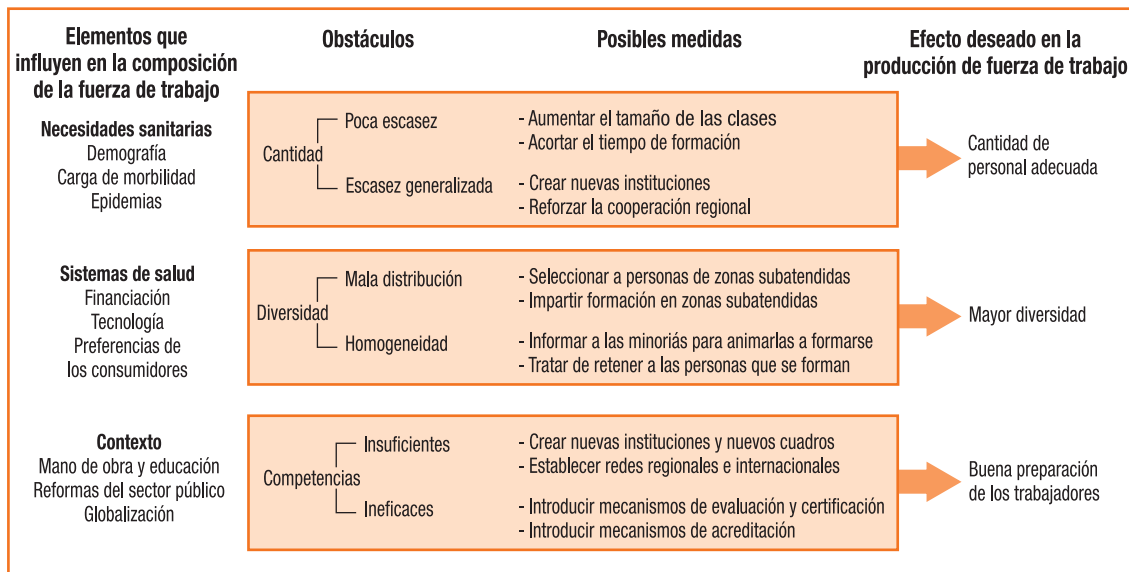
de la preparación: de cómo empezar bien desde el principio y cómo formar adecuadamente a las personas idóneas y constituir una fuerza de trabajo eficaz para prestar atención sanitaria. Está centrado en la incorporación de los trabajadores sanitarios a la fuerza de trabajo y en las instituciones de formación – escuelas, universidades y centros especializados – que les proporcionan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para las tareas que tendrán que desempeñar.

INCORPORACIÓN DE UNA COMBINACIÓN IDÓNEA DE PERSONAL A LA FUERZA DE TRABAJO

Preparar a la fuerza laboral sanitaria para que desempeñe una labor destinada a alcanzar los objetivos establecidos en materia de salud es uno de los mayores retos – y al mismo tiempo una de las mejores oportunidades – afrontados hoy por los sistemas de salud. En este capítulo se va más allá de la idea tradicional de combinación de aptitudes y al hablar del concepto de combinación se analiza también cuántas

personas reciben formación (*cantidad*), la medida en que esas personas reflejan las características socioculturales y demográficas de la población (*diversidad*) y para qué tareas se forma a los distintos tipos de trabajadores sanitarios y qué son capaces de hacer éstos (competencias). Mantener un equilibrio razonable entre la cantidad, la diversidad y las competencias de la fuerza laboral sanitaria requiere comprender muy bien las fuerzas impulsoras y los obstáculos que inciden en los sistemas sanitarios y educativos, así como en los mercados laborales, como

Figura 3.1 Obstáculos para producir una combinación adecuada de personal sanitario



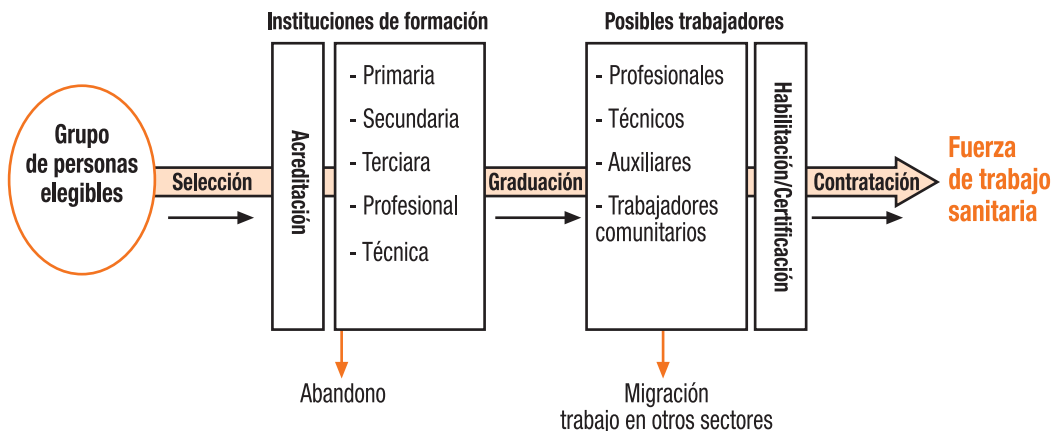
Fuente: (7).

se muestra en la figura 3.1. El conocimiento de esos factores, aunque no sea absoluto, puede servir de guía para la formulación de políticas y la adopción de posibles medidas relacionadas con la formación y la contratación.

Recorrido hasta la contratación

El proceso que lleva a la incorporación de los trabajadores sanitarios a la fuerza de trabajo puede plantearse como el recorrido que una persona hace por las instituciones educativas hasta obtener el título correspondiente a una formación concreta que le permite ser contratada y entrar en la fuerza de trabajo (véase la figura 3.2). En ese proceso intervienen las instituciones de enseñanza primaria, secundaria y terciaria y los servicios de salud que producen toda una serie de trabajadores, desde auxiliares hasta técnicos y profesionales. A lo largo de todo el proceso, los criterios establecidos

Figura 3.2 Proceso de generación y contratación de fuerza laboral sanitaria



para el ingreso en los centros de formación, el abandono de la formación y el mercado de la contratación determinan qué cantidad y qué tipo de personas irán avanzando hasta convertirse en trabajadores sanitarios. El estudio de las instituciones de formación sanitaria y el mercado de la contratación aporta información útil para gestionar la incorporación de personas a la fuerza de trabajo de manera acorde con los objetivos de desempeño fijados.

INSTITUCIONES DE FORMACIÓN ADECUADAS PARA PRODUCIR LOS TRABAJADORES IDÓNEOS

En el siglo XX se produjeron cambios radicales en el panorama de las instituciones de formación sanitaria. El informe seminal de Flexner aparecido en 1910 imprimió a la educación médica un enfoque científico que llevó al cierre de más de la mitad de las escuelas de medicina de los Estados Unidos y reforzó la confianza del público en que todos los médicos tendrían unos conocimientos teóricos y prácticos y una preparación similares (2). Menos de diez años después, la demanda de capacitación de trabajadores para llevar a cabo campañas de salud pública sobre el terreno fue uno de los motivos por los que se crearon escuelas de salud pública en China, los Estados Unidos, Yugoslavia y muchos otros países (3). Las recomendaciones del informe Bhore, formuladas en el marco de un plan global para el desarrollo de servicios de salud esenciales, condujo a una revisión general de las instituciones de formación sanitaria de la India (4). Otras reformas importantes con un amplio impacto han dado relevancia a nuevos tipos de trabajadores, como los «médicos descalzos» de China (5, 6), o nuevas formas de capacitación de los trabajadores sanitarios centradas en la resolución de problemas (7).

El siglo XXI está planteando nuevos retos, y muchos observadores han señalado que les preocupa que el entorno institucional no esté dando una respuesta a los problemas actuales ni preparándose para afrontar los que se avecinan (véase el recuadro 3.1).

Recuadro 3.1 ¿Está en peligro el futuro de la medicina académica?

La «medicina académica» se define a menudo como el conjunto de actividades de investigación, servicios clínicos y educación médica. También se puede definir como la capacidad para estudiar, descubrir, evaluar, enseñar y mejorar los sistemas de salud. Sin embargo, muchos comentaristas y autores de informes han manifestado su preocupación por la crisis de la medicina académica en el mundo entero; la falta de infraestructura básica en los países de ingresos más bajos es señal de que está desmoronándose (en los casos en que existe). Incluso en los países de ingresos altos, las inversiones de los gobiernos se pueden malgastar si no se introducen cambios estructurales, por ejemplo, si no se crean perspectivas de carrera mejores y más flexibles. Parece que la medicina académica no está desplegando todo su potencial ni asumiendo la función orientadora que de ella se espera ahora que la carga de morbilidad y la pobreza están en aumento.

En respuesta a esas preocupaciones, en 2003, BMJ, Lancet y otros 40 asociados lanzaron la **Campaña internacional para revitalizar la medicina académica**, una iniciativa mundial destinada a debatir el futuro de la medicina académica, que se centra en dos cuestiones:

- **La redefinición de los valores básicos de la medicina académica.** Aunque muchas instituciones afirman que promueven los objetivos de excelencia científica, innovación y atención orientada al paciente, no existe una visión mundial común de la medicina académica. ¿Qué impacto tiene la introducción de modelos de

actividad comercial y empresarial en la educación médica? La mayoría de los cursillistas y estudiantes de medicina parecen tener una opinión bien formada acerca de la importancia de valores como el altruismo, la colaboración y el aprendizaje compartido y sobre la función de orientación ética que han de asumir las instituciones académicas.

- **La formulación de una estrategia para reformar la formación médica y aumentar la diversidad.** Es fundamental adoptar medidas para hacer frente a los importantes elementos que disuaden de seguir una carrera en la medicina académica, en todas las regiones y todos los contextos. Según los datos disponibles, aunque las recompensas intelectuales son atractivas, la diferencia de remuneración con los colegas clínicos y la inseguridad en cuanto a la disponibilidad de fondos para investigación son desventajas importantes. También suponen un escollo la falta de perspectivas de carrera claras, la ausencia de oportunidades flexibles de formación y la poca orientación proporcionada, que contribuyen a que el entorno de trabajo no sea favorable. Esos factores son todavía más notorios en el caso de las mujeres. A pesar de que la labor de tutoría se asocia a la promoción profesional y la satisfacción laboral, la publicación en revistas abiertas a la revisión por homólogos y el éxito en la obtención de subvenciones, en la formación médica académica esa labor es casi inexistente.

Fuente: (8).

Cuadro 3.1 Funciones de los centros de formación sanitaria para generar personal de salud

Gobernanza	Gestión de las instituciones de los sectores de la educación y la salud y supervisión de su calidad
Prestación de servicios educativos	Orientación con respeto al contenido del currículo y al proceso para adquirir competencias profesionales
Selección de personal	Despliegue de personal docente o instructores bien preparados, que reciban un apoyo sólido y estén motivados
Financiación	Obtención de financiación suficiente y adecuada para garantizar el acceso de estudiantes y coordinación eficaz de las fuentes de fondos
Desarrollo de infraestructura y tecnología	Creación de centros de formación y preparación de material de aprendizaje para atender las necesidades de los distintos estudiantes
Generación de información y conocimientos	Generación de información para documentar las políticas y evaluar la producción de fuerza laboral sanitaria

En el mundo entero, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, los brotes epidémicos inesperados y la carrera por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han hecho que se espere mucho de las instituciones de formación sanitaria y que recaiga sobre ellas una enorme responsabilidad, como se explica en capítulo 2. Para que las instituciones puedan afrontar mejor esos retos, es preciso comprender mejor el panorama institucional y respaldar en mayor medida la introducción de cambios (9). Los centros de formación sanitaria desempeñan seis funciones clave relacionadas con: la rectoría o gobernanza institucional; la prestación de servicios educativos; la selección y contratación de personal; la financiación de la formación; el desarrollo y mantenimiento de infraestructura y tecnología, y la generación de información y conocimientos. Esas funciones aparecen descritas en el cuadro 3.1 y se analizan de forma más detallada en las secciones que siguen; en su conjunto forman el sistema que respalda la generación de fuerza laboral sanitaria.

Gobernanza

Las prioridades concretas relacionadas con la cantidad, la variedad y la calidad de los centros de formación sanitaria son: la combinación de disciplinas, la acreditación para mantener un buen nivel de enseñanza, la gestión de los candidatos y la retención de los estudiantes hasta su graduación.

Cuadro 3.2 Centros de formación de personal sanitario, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Medicina	Enfermería y partería	Odontología	Salud pública	Farmacia
África	66	288	34	50	57
Las Américas	441	947	252	112	272
Asia Sudoriental	295	1145	133	12	118
Europa	412	1338	247	81	219
Mediterráneo Oriental	137	225	35	8	46
Pacífico Occidental	340	1549	72	112	202
Total	1691	5492	773	375	914

Fuente: Mercer H, Dal Poz MR. Global health professional training capacity (documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; <http://www.who.int/hrh/documents/en>).

Lograr un buen equilibrio en cuanto a las escuelas y los titulados

A nivel mundial, la gran mayoría de los centros de formación de trabajadores sanitarios se dedican a la producción de médicos y enfermeros: 1691 y 5492, respectivamente, en comparación con 914 escuelas de farmacia, 773 de odontología y 375 de salud pública. Las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental de la OMS cuentan con muchas menos escuelas de salud pública (sin contar los departamentos dentro de otras escuelas) que las demás regiones (véase el cuadro 3.2). Lamentablemente, demasiados países carecen de datos sobre los centros de formación o, cuando los tienen, éstos no forman parte de una estrategia global relacionada con la fuerza laboral sanitaria (10). Para poder dar una respuesta a la escasez o el exceso de trabajadores con medidas como la modificación del tamaño de las clases o la apertura o el cierre de centros, es necesario antes de todo evaluar la capacidad del momento para formar a distintos tipos de trabajadores, la relación entre la formación previa al empleo y la formación en el servicio y los aspectos políticos que entrañaría un cambio de la situación. El costo de la creación de nuevos centros puede parecer elevado a corto plazo, pero es necesario evaluarlo teniendo en cuenta las bajas tasas de estudiantes formados en el extranjero que regresan.

Recuadro 3.2 El movimiento en favor de la salud pública en Asia Sudoriental: nuevas escuelas e iniciativas regionales

Los países de Asia Sudoriental tienen menos del 5% de todas las escuelas de salud pública del mundo, pero casi una tercera parte de la población mundial. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de ampliar los conocimientos de salud pública de los profesionales sanitarios. Los interesados nacionales, regionales e internacionales están haciendo acopio de recursos y de voluntad política para que eso sea posible gracias a métodos nuevos e innovadores para crear escuelas de salud pública.

En 2004 se puso en marcha la Iniciativa de Salud Pública de Asia Sudoriental, con el fin de robustecer la planificación de la salud pública y alcanzar cinco objetivos:

- dar a la salud pública un papel destacado en los programas de acción regionales y nacionales;
- mejorar la educación en salud pública;
- reforzar la cooperación técnica para el desarrollo de instituciones nacionales de formación en salud pública;
- crear una red de instituciones de educación en salud pública;
- promover en los países la definición de un conjunto oportuno de funciones esenciales de salud pública.

En Dhaka (Bangladesh), la James P. Grant School of Public Health de la Universidad BRAC tiene el objetivo de formar a un cuadro de profesionales que contribuyan a mejorar los resultados sanitarios de las poblaciones de zonas desfavorecidas del mundo.

- Los primeros 25 estudiantes, que se graduaron en enero de 2006, procedían en su mayoría de países de bajos ingresos (Afganistán, Bangladesh, Filipinas, India, Kenya, Nepal, Pakistán y Uganda), pero también de los Estados Unidos.
- Los estudiantes aprenden mediante actividades prácticas centradas en los problemas de salud pública de las comunidades de Bangladesh.
- Se prevé que los egresados se conviertan en destacados especialistas, gestores, investigadores, educadores y planificadores

de políticas en materia de salud pública; la escuela contará con un servicio activo de colocación.

- Los estudiantes y los profesores se benefician de una estrecha colaboración con el Centre for Health and Population Research de Bangladesh. El personal procede de Bangladesh, de la región y de otros países, lo que crea un entorno estimulante, al igual que las aportaciones de prestigiosos colaboradores de medios académicos del mundo entero.

En la India, la Public Health Foundation, creada recientemente, está movilizando recursos para fundar cinco escuelas de salud pública en distintas partes del país: en Ahmedabad, Chennai, Hyderabad, Nueva Delhi y Calcuta. La Fundación es fruto de una alianza públicoprivada cuyo fin es fortalecer las instituciones existentes y promover la colaboración de numerosos interesados. Esas nuevas escuelas ofrecerán:

- programas educativos estructurados y multidisciplinarios con niveles de excelencia comparables a los de las mejores instituciones del mundo y planes de estudios acordes con las necesidades de la India;
- actividades de formación de corta y larga duración para profesionales de la salud y personal paramédico que ya desempeñan ocupaciones relacionadas con la salud pública (funcionarios, empleados de instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales) y para personas que todavía no trabajan en la salud pública, pero quieren dedicarse a ella (por ejemplo, posibles analistas de las políticas de salud y administradores sanitarios);
- programas de investigación sobre los problemas de salud prioritarios para la India, con componentes de generación de conocimientos y traducción de conocimientos en usos prácticos.

Fuentes: (11, 12).

Estrategia 3.1 Promover la formación en todas las esferas de la atención sanitaria

Es preciso abordar urgentemente el problema de la falta generalizada de profesionales dedicados a la salud pública y la gestión, adoptando para ello nuevos enfoques respecto al liderazgo y estrategias viables. En Asia Sudoriental una iniciativa de salud pública está promoviendo una mayor capacidad institucional a nivel regional: en Bangladesh, la innovadora organización no gubernamental BRAC ha abierto una escuela de salud pública cuyo fin es fomentar el liderazgo para mejorar la salud de los pobres y los grupos de población desfavorecidos. En la India, una nueva alianza entre el Ministerio de Salud y agentes clave del mundo académico y el sector privado tiene previsto crear cinco escuelas de salud pública para atender las prioridades nacionales en materia de salud pública (véase el recuadro 3.2).

Acreditación: promoción de la competencia y la confianza

La acreditación es un mecanismo esencial no sólo para evaluar el rendimiento institucional sino, lo que es más importante, para conseguir la confianza del público (véase el capítulo 6). La acreditación, de la que se encargan principalmente los ministerios de educación o consejos autorizados, requiere servicios que aporten pruebas para respaldar los objetivos de rendimiento relacionados con la formación. Un estudio reciente de las escuelas de medicina (13) muestra que la distribución de los programas de acreditación es muy desigual, pues esos programas existen en tres cuartas partes de los países del Mediterráneo Oriental, en algo menos de la mitad de los países de Asia Sudoriental y sólo en una tercera parte de los países africanos. Además, las escuelas de medicina privadas tienen menos probabilidades de ser sometidas a procedimientos de acreditación que las financiadas con fondos públicos, lo cual resulta preocupante habida cuenta de su creciente función en la formación de la fuerza de trabajo (véase el recuadro 3.3). En los países relativamente pobres donde es común expandir la fuerza laboral sanitaria con personal que ha recibido una preparación menos formal, se requieren soluciones ingeniosas para ampliar rápidamente la capacidad efectiva de los centros de formación, incluida la capacidad para llevar a cabo los procedimientos de acreditación, y los modestos recursos financieros para mantenerla. También hay que hacer esfuerzos para que los procedimientos de acreditación y mejora de la calidad no sólo se apliquen en las escuelas de medicina y enfermería, sino también en otros centros de enseñanza, como las escuelas de salud pública (19).

« Se requieren soluciones ingeniosas para ampliar la capacidad de los centros de formación »

Recuadro 3.3 Rápido crecimiento de la formación privada de profesionales sanitarios

En los países de ingresos bajos y medios se está registrando un rápido aumento de las universidades privadas que forman a profesionales sanitarios, tendencia que se inscribe en un fenómeno más amplio de crecimiento de la enseñanza técnica y profesional privada.

Los datos mundiales más recientes prueban esta tendencia:

- En la Región del Mediterráneo Oriental, entre 1980 y 2005, las instituciones de formación privadas pasaron de representar un 10% a casi un 60% de todas las instituciones de formación.
- En América del Sur, entre 1992 y 2000, el número de escuelas de medicina de la Argentina, Chile y el Perú aumentó entre un 60% y un 70%, debido sobre todo al crecimiento del sector privado.

- En el estado de Karnataka, en la India, 15 de las 19 facultades de medicina son privadas.
- En Filipinas, 307 de las 332 escuelas de enfermería que había en 2004 eran instituciones privadas.
- En Côte d'Ivoire, el 60% de todos los estudiantes de carreras técnicas están matriculados en escuelas privadas.
- En la República Democrática del Congo, entre 2001 y 2003, se duplicó el número de titulados en medicina y enfermería, en gran medida de resultados del aumento de la formación de trabajadores sanitarios impulsado por el sector privado.

Fuentes: (14–18).

Gestión de las admisiones para aumentar la diversidad

Para acceder a la mayoría de los programas de capacitación en profesiones sanitarias es preciso haber terminado la educación secundaria. Sin embargo, muchos países no disponen de suficientes fondos a ese nivel y luchan por combatir elevadas tasas de abandono y tasas de matriculación bajas en la enseñanza secundaria, especialmente entre los grupos de población más pobres. Esos factores limitan muy marcadamente la cantidad de personas que pueden acceder a programas educativos para seguir carreras de salud. El perfil de los estudiantes que se incorporan a las profesiones sanitarias rara vez refleja la diversidad social, lingüística y étnica de los países, pues un gran porcentaje de los estudiantes admitidos procede de las clases sociales más altas y los grupos étnicos dominantes en la sociedad (20, 21).

Estrategia 3.2 Establecer políticas de admisión que reflejen la diversidad

La creciente diversidad de las poblaciones de pacientes, unida a la creciente toma de conciencia sobre la importancia de las cuestiones socioculturales y lingüísticas a la hora de prestar atención sanitaria (22, 23), ha llevado a prestar atención a los desequilibrios en los procesos de admisión. Además de fijar cuotas de admisión, también se puede tratar de aumentar la diversidad informando a las personas que quizá no hayan considerado la posibilidad de formarse como profesionales sanitarios (24), estableciendo programas especializados para estudiantes subrepresentados en la enseñanza secundaria (25) y ampliando los criterios de selección para permitir el acceso de estudiantes con cualidades personales para prestar servicios de salud (26).

Retención de los estudiantes hasta la graduación

No basta con lograr que una combinación adecuada de personas inicie el proceso de enseñanza; las instituciones también deben velar por que esos educandos concluyan su instrucción (27). Se tiene muy poca información de los países con ingresos bajos y medios acerca de las tasas de abandono de los estudiantes o los factores que contribuyen al abandono en los distintos centros, los tipos de programas de formación y el perfil sociodemográfico de los alumnos. Según los escasos datos disponibles, entre un 20% y un 30% del alumnado no termina los cursos debido a su bajo rendimiento académico, a dificultades económicas o a otras circunstancias personales, como problemas de salud y falta de una vivienda adecuada (28, 29). En el Reino Unido y los Estados Unidos se promueve la retención de los estudiantes de enfermería con toda una serie de medidas; por ejemplo, se presta asesoramiento académico, se dan clases particulares a los estudiantes cuya lengua materna no es el inglés, se ofrecen servicios de guardería asequibles, ayuda financiera y orientación sobre perspectivas de carrera y se garantiza un empleo una vez terminados satisfactoriamente los estudios (30–32). Al establecer mecanismos para promover la retención de los estudiantes hasta su graduación hay que tener en cuenta las políticas de admisión y los procedimientos de selección en vigor.

Servicios de enseñanza

Los conocimientos teóricos y prácticos de los diferentes tipos de trabajadores sanitarios dependen de lo que éstos aprendan, por lo que la organización y gestión del currículo pueden contribuir en gran medida a promover los cambios y la innovación en los sistemas de salud. El hecho de incluir una nueva materia en un currículo da legitimidad a una cuestión o enfoque que puede promover cambios conducentes a la creación de nuevas disciplinas, departamentos, escuelas y tipos de trabajadores sanitarios con una enorme influencia en la práctica de la atención sanitaria. Por ejemplo, en los últimos 40 años, la epidemiología clínica ha pasado de estar en los márgenes de la medicina a liderar la transformación de la salud y la atención sanitaria basada en la evidencia (33).

Estrategia 3.3 Establecer buenos currículos que se ajusten a las necesidades

En lo que respecta a la preparación de la fuerza de trabajo, se espera que el currículo se ajuste a determinadas normas y garantice que los estudiantes adquieran lo que se suele denominar competencias básicas. Por ejemplo, todos los cardiólogos deben poder leer un electrocardiograma, y todos los especialistas en salud pública, comprender el concepto de razón de posibilidades (odds ratio). Además de eso, el currículo se debe ajustar a la evolución de los conocimientos en materia de salud y a las necesidades y demandas emergentes de los sistemas de salud, incluidas las expectativas de los consumidores. Por ejemplo, el creciente reconocimiento de las poderosas fuerzas sociales

que determinan la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud ha dado lugar a la aparición de nuevos cursos sobre temas como la condición social, la mundialización, la ética de la salud pública y la competencia cultural (34–41).

Hay que procurar que las enseñanzas se ajusten a lo que conviene que los estudiantes aprendan, de acuerdo con las necesidades de grupos o sectores de población concretos. Puede ocurrir que con un currículo estándar para enfermeras preparado en función de las características de la asistencia dispensada en un contexto de atención terciaria no se adquieran las competencias requeridas para atender las necesidades de las poblaciones indígenas que viven en zonas aisladas. Asimismo, cabe esperar que las competencias básicas previstas en una maestría en salud pública en Europa difieran de las de una maestría del mismo tipo en África. Según un estudio reciente, menos de la mitad de todas las instituciones de formación de varios países africanos tratan debidamente el tema de la inmunización (42), a pesar del descenso de las tasas nacionales de cobertura vacunal. En muchas de las recomendaciones formuladas por grupos y comisiones de consenso acerca de la introducción de cambios en los currículos no se tienen debidamente en cuenta las dificultades de ejecución. Los nuevos cursos no pueden abrirse un camino en los programas de estudios si se carece del personal docente adecuado, de material de aprendizaje clave o del apoyo institucional necesario para llevarlos adelante.

Para adoptar decisiones curriculares se necesita algo más que cambios sobre el papel, pues sus consecuencias pueden alterar los límites profesionales, las jerarquías, las responsabilidades y los servicios remunerados. Los cambios de contenido -que constituyen una manera de influir en general en los conocimientos impartidos y en la cantidad y la diversidad del alumnado- requieren una amplia participación no sólo del personal docente, sino también de las organizaciones profesionales, los organismos de reglamentación y los grupos de pacientes (43, 44). La intervención de esos grupos, con sus distintos intereses, puede limitar el alcance de las decisiones y la rapidez para adoptarlas (45), pero es fundamental para la legitimidad de los cambios en los currículos. La tendencia habitual al desarrollar los planes de estudios es introducir nuevos contenidos sin desechar los anteriores (46). Esto ha hecho que los currículos sean demasiado extensos y que a menudo no se distinga su objetivo principal y no se traten con la debida profundidad las materias que los integran.

Adquisición de competencias para aprender

Cada vez se acepta de forma más generalizada que, dado el rápido aumento y la constante evolución de los conocimientos, así como la dinámica del lugar de trabajo, los programas de formación no pueden enseñar a los alumnos todo lo que deberían saber. La capacidad para adquirir nuevos conocimientos teóricos y prácticos que preparen para un aprendizaje de por vida es en sí una competencia básica que se debe incluir en los planes de estudios. En respuesta a esa necesidad, los sistemas de enseñanza han ido abandonando una orientación estrictamente didáctica para adoptar métodos de apren-

« El estribillo
reiterado respecto
a la fuerza laboral
en este informe
– formar, mantener
y retener – también
es válido para los
profesores »

dizaje centrados en el estudiante y basados en los problemas, en los que se da más importancia a asimilar cómo proceder que a saberlo todo (47). Tanto estudiantes como profesores han manifestado su satisfacción por este cambio, y al personal docente le gusta enseñar utilizando el enfoque del aprendizaje basado en los problemas (48, 49).

El contacto temprano con la práctica clínica o el servicio de salud pública promueve la adquisición de competencias, pues los estudiantes aprenden cómo integrar y aplicar conocimientos en situaciones prácticas, toman ejemplo de modelos y presencian la aplicación de enfoques interdisciplinarios y de equipo a la hora de prestar servicios de salud (50, 51). Las evaluaciones recientes de este método, denominado aprendizaje basado en la práctica, han demostrado que los estudiantes muestran una mayor empatía hacia las personas enfermas y un mayor nivel de confianza en sí mismos e identidad profesional, y que se produce un aprendizaje efectivo gracias a los conocimientos tácitos que aportan los profesionales con experiencia (52–54). En el recuadro 3.4 se presenta un ejemplo de práctica basada en el paciente en una escuela de farmacia.

Personal docente

El estribillo reiterado respecto a la fuerza de trabajo en este informe – formar, mantener y retener – también es válido para los profesores y el personal académico de las instituciones de formación profesional. Entre los principales resultados de la campaña internacional descrita en el recuadro 3.1 cabe citar la falta de oportunidades de capacitación flexibles, la orientación insuficiente y las dificultades de promoción profesional de las mujeres, ahora que la medicina se está «feminizando» cada vez más. Aunque se han publicado pocos estudios con evidencia al respecto, los obstáculos con que

Recuadro 3.4 La enseñanza basada en la práctica, el aprendizaje basado en los problemas y la práctica centrada en el paciente forman un todo.

Es fundamental animar a los profesionales de la salud a seguir un aprendizaje permanente y adquirir competencias adecuadas para su tarea que les permitan adaptarse a situaciones y tipos de población diferentes. Las nuevas tendencias en la educación tienen por objeto mejorar la salud del público aplicando esta idea a los métodos de formación; este sistema, que requiere integrar tres enfoques, permite obtener mejores resultados, en cuanto a los conocimientos, la actitud y el comportamiento de los profesionales sanitarios, que los programas en que no se efectúa esa integración (55).

La **enseñanza basada en la práctica** tiene como fin:

- acortar las distancias entre la enseñanza académica y la práctica;
- favorecer a los estudiantes, las escuelas, los organismos y las comunidades;
- utilizar y desarrollar el razonamiento crítico y las aptitudes para resolver problemas;
- ser interdisciplinaria, multidisciplinaria y multidimensional;
- promover alianzas de aprendizaje entre el personal académico, los profesionales y los estudiantes, para formar a profesores, profesionales e investigadores;
- incorporar la educación basada en la experiencia, en particular la reflexión crítica, la observación y el aprendizaje mediante la práctica (56).

El **aprendizaje basado en los problemas** complementa la enseñanza basada en la práctica mediante:

- la determinación del problema;
- el análisis de los conocimientos preexistentes;
- la elaboración de hipótesis y posibles mecanismos;
- la identificación de los temas y objetivos de aprendizaje;

- la autoinstrucción y el aprendizaje en grupo;
- la reevaluación y la aplicación de nuevos conocimientos al problema;
- la evaluación y la reflexión acerca del aprendizaje (57).

La **práctica centrada en el paciente**:

- integra la enseñanza y el aprendizaje con la práctica clínica;
- promueve el intercambio de experiencias sobre afecciones, enfermedades y recuperación con los pacientes;
- tiene en cuenta las distintas necesidades de atención;
- sigue la manera en que los distintos proveedores de servicios aúnan esfuerzos para satisfacer las necesidades de los pacientes y participa en esa colaboración.

Formación de estudiantes de farmacia: el Programa de Asociados Clínicos (Clinical Partners Programme) de la Facultad de Farmacia de la Universidad del Estado de Ohio (Estados Unidos) ofrece un entorno activo de aprendizaje, sigue un modelo centrado en el paciente y basado en los principios de atención farmacéutica y es un centro de investigación aplicada en el ámbito de la práctica farmacéutica. La integración con la práctica clínica se inicia en una etapa temprana y se mantiene durante el programa; los estudiantes se ocupan de pacientes concretos, llamados «pacientes longitudinales», a los que siguen en todas las fases de la atención. El programa ofrece múltiples servicios y permite desarrollar muy diversas competencias: manejo de la anticoagulación, automanejo de la diabetes, control del colesterol, educación sobre la hepatitis C, consultas sobre productos herbarios y suplementos dietéticos, manejo de la medicación, métodos para dejar de fumar y para el bienestar general, etc. (58).

tropiezan otros formadores de trabajadores sanitarios no difieren de los que encuentran los profesores de facultades médicas académicas.

Por lo general, los centros de formación académica tienen una triple misión: enseñar, realizar investigaciones y prestar servicios. Lo ideal sería que esos tres elementos recibieran atención y recursos institucionales por igual y que se alentara al personal a respaldar cada uno de ellos. Sin embargo, en la práctica existen muchos más incentivos con respecto a la investigación y la prestación de servicios, lo que redundaba en detrimento de la enseñanza.

Al mismo tiempo, la necesidad imperiosa de generar ingresos para sufragar gastos generales prestando servicios o realizando investigaciones hace que la educación y la enseñanza acaben siendo los parientes pobres (59). En la Región de Asia Sudoriental la tendencia a las actividades lucrativas está orientando la enseñanza hacia las especialidades médicas, que reportan más beneficios, lo cual puede llevar a una disminución de la capacidad de la fuerza laboral sanitaria para responder a las necesidades básicas de salud pública (60).

Saber lo que motiva a los profesores y prestarles apoyo de manera que aumente esa motivación es muy importante. Según un estudio realizado en Australia, para los supervisores clínicos la satisfacción personal era el principal factor de motivación para enseñar, seguido de la oportunidad de atraer estudiantes a su propia especialidad (61). Otros de los incentivos para continuar enseñando eran el reconocimiento personal por parte de la escuela en forma de nombramientos dentro de la institución, la concesión de subvenciones a actividades de educación permanente y el acceso a información. A su vez, la renuencia a enseñar se debía a la falta de recompensas, a la percepción de que la investigación tenía mucho peso a la hora de conceder ascensos y se valoraba poco la enseñanza, a la falta de aptitudes docentes, a los programas encontrados del servicio clínico y la investigación, a los currículos supuestamente mal diseñados y a la pesada carga administrativa debida al gran tamaño de las clases.

A pesar de esos desincentivos, en muchos países se ha observado un firme compromiso por parte de los profesionales de la salud hacia la enseñanza y la orientación de los alumnos (62). Los acuerdos de hermanamiento y las alianzas a largo plazo entre centros médicos académicos de países de altos ingresos y universidades y establecimientos sanitarios de países de bajos ingresos, por ejemplo, en relación con la atención del VIH/SIDA, ofrece la posibilidad de reforzar la preparación del personal docente y mejorar los planes de estudio y el material didáctico (63–66). Asimismo, la aparición de redes de instituciones de formación sanitaria – con vínculos virtuales – promete ofrecer oportunidades adicionales para compartir recursos docentes (67). En el recuadro 3.5 se describe una fundación internacional que tiene por finalidad concreta respaldar el desarrollo de una facultad médica académica. El intercambio de experiencias sobre este tipo de arreglos y otros arreglos innovadores similares permite evaluar lo que da buenos resultados y lo que no.

Estrategia 3.4 Alentar y respaldar la excelencia en el aprendizaje

El papel esencial del personal docente en la preparación de la fuerza laboral sanitaria justifica la adopción de una estrategia mucho más amplia para respaldar la excelencia en el aprendizaje. Algunos de los componentes clave podrían ser: perspectivas de carrera más creíbles en la enseñanza; posibilidades de promoción profesional para las mujeres del cuerpo docente, en particular las dedicadas a la medicina académica; buen material y apoyo técnico; remuneración razonable; retroinformación y evaluación constructivas; acceso a orientación; oportunidades de formación para mejorar la enseñanza, y premios a la enseñanza, así como innovación en el contenido de los currículos.

Financiación

Actualmente no existen directrices normativas sobre la cantidad de fondos que se deberían dedicar a producir personal sanitario. Aunque hay algunos estudios dispersos sobre el costo de la formación de determinados tipos de trabajadores sanitarios (68), la mayoría de los países no disponen de datos globales sobre las cantidades que los países y los organismos de desarrollo invierten en la formación previa al empleo y la formación en el servicio de la fuerza laboral sanitaria. A pesar de esa falta de datos, es evidente que el nivel de financiación y la manera de asignar los fondos a los centros de formación sanitaria tienen una repercusión importante en el tamaño, la preparación y la diversidad de esa fuerza de trabajo.

Si se sigue el modelo del proceso de contratación de los trabajadores sanitarios (figura 3.2), el grupo de candidatos para recibir formación sanitaria depende de forma más general del nivel de financiación de las actividades educativas. En los países muy pobres, las bajísimas tasas de matriculación en la enseñanza secundaria y terciaria son reflejo de la insuficiente financiación de la educación (69) y pueden limitar el tamaño y la diversidad socioeconómica de los posibles candidatos en su conjunto, o afectar a la preparación de éstos. En esos casos es fundamental mejorar la financiación de la enseñanza primaria y secundaria para aumentar la oferta de trabajadores sanitarios (70).

Los importantes gastos de formación que entraña la expansión de la fuerza laboral sanitaria, señalados en el capítulo 1, indican que es preciso aumentar considerablemente los fondos asignados a la formación sanitaria en los países con un gran déficit de trabajadores de salud. Hay que destinar más fondos a robustecer la capacidad de formación (creación de más instituciones o ampliación del número de matrículas) y a mejorar la calidad de la enseñanza con infraestructura más adecuada y profesores muy motivados. Si se desviara una parte de los recursos actualmente asignados a la formación en el servicio a la formación previa al empleo se aprovecharía una importante fuente de financiación en los centros faltos de recursos. Las iniciativas innovadoras destinadas a integrar la formación sobre programas prioritarios en los currículos de las instituciones de formación sanitaria están demostrando que ese método da buenos resultados (véase el recuadro 3.6). Para conseguir que aumente de forma considerable el nivel de financiación y que haya una mayor coordinación entre los distintos sectores hace falta compromiso político, apoyo por parte de los donantes y negociación con los ministerios de finanzas, educación y otros ministerios (véase el capítulo 7).

El logro de la diversidad deseada en la fuerza de trabajo guarda relación en parte con la manera en que se financia la formación sanitaria. El número de instituciones de formación sanitaria del sector privado está en aumento en todo el mundo (véase el recuadro 3.3). La disminución de los subsidios del sector público a las instituciones de formación sanitaria hace temer que los estudiantes menos acomodados no consideren la posibilidad de dedicarse a la atención sanitaria, se agrupen en los programas en que

Recuadro 3.5 Programas para reforzar la preparación del personal docente: formación de instructores en educación sanitaria profesional

Uno de los objetivos de la **Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER)** (fundación para el adelanto de la investigación y la educación médicas internacionales) es crear una red mundial de educadores médicos que reúnan e intercambien información e ideas para mejorar la educación. Esta fundación ofrece un programa de becas de dos años a tiempo parcial diseñado para educadores de escuelas médicas de otros países. El primer año consiste en dos sesiones residenciales en los Estados Unidos y un proyecto entre sesiones de innovación de currículos en la institución en que trabaje el participante en su país de origen. El segundo año, que se cursa en el país del becario, inclu-

ye dar orientación a un nuevo becario y participar activamente en un grupo de debate en Internet. El programa está diseñado para enseñar métodos de educación y técnicas de liderazgo, y desarrollar vínculos profesionales sólidos con otros educadores médicos del mundo entero. En estos momentos, los programas educativos de la fundación están orientados principalmente a las instituciones y los educadores médicos del sur de Asia, el África subsahariana y América del Sur. El objetivo es establecer redes regionales de educadores que puedan desarrollar programas de ese tipo a nivel local. Para más información, véase <http://www.ecfmg.org/faimer>.

Recuadro 3.6 De la formación previa al empleo a la formación en el servicio: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La OMS y otros asociados desarrollaron la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a mediados de los años noventa como estrategia de prevención y tratamiento, con el fin de velar por la buena salud y el bienestar de los niños menores de cinco años del mundo entero. La estrategia AIEPI tiene por objeto mejorar la preparación de los trabajadores sanitarios en el tratamiento de casos, los sistemas de salud en general y las prácticas de salud de las familias y las comunidades (71). A tal efecto, respalda la formación de médicos, enfermeros y otros trabajadores sanitarios para prestar atención integrada (72).

La **formación en el servicio** permite ampliar las aptitudes de los trabajadores sanitarios principalmente gracias a un programa de capacitación clínica de 11 días de duración, con conferencias, métodos de enseñanza activa y ayudas prácticas, todo ello adaptado en la medida de lo posible al tipo concreto de profesional sanitario de que se trate y a la formación que haya recibido anteriormente.

La **formación previa al empleo**, añadida más recientemente a la estrategia AIEPI, tiene por objeto impartir mucho antes esos mismos conocimientos básicos a los trabajadores sanitarios, en el marco de un módulo de capacitación básica integrado en los currículos de educación sanitaria.

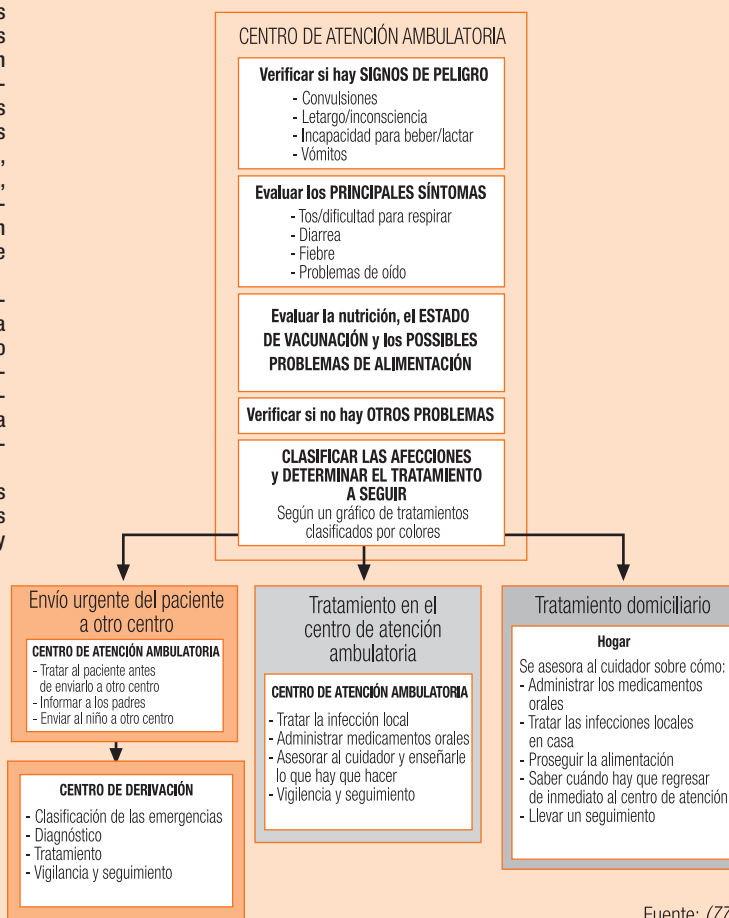
Ventajas de la formación previa al empleo con respecto a la formación en el servicio. Las ventajas de desviar una mayor cantidad de los limitados fondos disponibles de los programas de formación en el servicio a los de formación previa al empleo son numerosas, según se ha observado gracias al intercambio de experiencias entre instituciones de educación sanitaria de las seis regiones de la OMS; Bolivia, Ecuador, Egipto, Etiopía, Filipinas, Indonesia, Marruecos, Moldova, Nepal, la República Unida de Tanzania, Uzbekistán, Viet Nam y muchos otros países participan en este ejercicio (73–76). Éstas son algunas de las principales lecciones extraídas:

- Es difícil garantizar fondos en los presupuestos sanitarios nacionales y de distrito para la formación en el servicio prevista en el marco de la AIEPI, y el módulo de capacitación estándar de 11 días supone desviar una cantidad importante de personal de la atención a pacientes, sobre todo para los establecimientos de salud que tienen pocos recursos.
- Dado que la disponibilidad de instructores en la esfera de la formación en el servicio es limitada (los instructores son más caros y

suelen presentar tasas más altas de movimiento y abandono), la formación previa al empleo podría abaratar costos y reportar mayores beneficios, pues permitiría aprovechar mejor los limitados recursos para capacitación y la existencia de un público cautivo de estudiantes.

- Aunque se estableciera sólo para los estudiantes de medicina, la formación previa al empleo inculcaría a los futuros médicos los principios básicos de la estrategia AIEPI, que éstos podrían integrar después en sus propias prácticas, en las de sus pares y en las de otros cuadros de trabajadores sanitarios, ya que los médicos a menudo se encargan de la formación de enfermeras, personal paramédico y otros auxiliares de salud.
- El capítulo modelo de la AIEPI para libros de texto (véase la figura a continuación), preparado por la OMS y el UNICEF (77), facilita el proceso de introducción del contenido de la AIEPI en los libros de texto sobre formación sanitaria escritos y editados a nivel local.

Proceso de manejo integrado de casos



Fuente: (77).

la formación es menos onerosa, desempeñen ocupaciones remuneradas mientras se forman (lo que puede afectar a la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos) o vean limitadas sus opciones de carrera por problemas de endeudamiento. Eximir del pago de derechos de escolaridad y conceder becas y préstamos son algunas de las medidas que pueden proteger el acceso a la formación (78).

Infraestructura y tecnología

La construcción, reparación y conservación de edificios, laboratorios especiales y otras instalaciones sobre el terreno y la adquisición de material didáctico figuran entre las necesidades de infraestructura de los centros de formación sanitaria. Una mala infraestructura puede influir considerablemente en el número de estudiantes a los que se puede enseñar de manera adecuada y limitar la expansión de la formación, incluso de la relativa a los servicios básicos (79). Según un estudio reciente de la infraestructura de formación psiquiátrica realizado en 120 países, unos 70 países tenían instalaciones claramente inadecuadas (80). Habida cuenta de lo costoso que resulta crear y mantener instituciones de formación sanitaria en los países muy pequeños, como los pequeños Estados insulares, los centros regionales de formación constituyen una opción más asequible para fortalecer las competencias y las aptitudes de liderazgo de los países (véase el recuadro 3.7).

La ubicación de los centros de formación puede repercutir de manera importante en la diversidad del personal docente y de los estudiantes. Los centros de formación sanitaria suelen estar en zonas urbanas; el reconocimiento de este hecho ha llevado a hacer cada vez más esfuerzos por establecerlas en zonas rurales y crear vínculos virtuales efectivos mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (81, 82).

Estrategia 3.5 Encontrar medios innovadores para tener acceso a material y conocimientos didácticos

El acceso a libros de texto y otro tipo de material didáctico de calidad constituye un importante reto que se puede afrontar de distintas maneras. El programa PALTEX, que funciona en países de América Latina y el Caribe, selecciona libros de calidad y ofrece descuentos a más de 600 instituciones por la compra en grandes cantidades de toda una serie de libros de texto y de instrumentos básicos de diagnóstico (83). En los lugares aislados y con pocos recursos se están utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones para acceder a conocimientos docentes y difundir material de formación de manera más eficaz. La Iniciativa InterRedSalud de Acceso a la Investigación (HINARI), creada por la OMS, con la participación dedicada de importantes editoriales, permite a las instituciones académicas y de investigación, las oficinas gubernamentales y los hospitales docentes, sobre todo de los países con pocos ingresos, acceder a una de las colecciones de publicaciones biomédicas y sobre salud más grandes del mundo. Las instituciones sanitarias de 69 países pueden consultar gratuitamente, y las de otros 44 países a un costo muy reducido, el texto íntegro de más de 32 000 revistas y otros recursos (84).

Información para la planificación de políticas

La necesidad de hacer frente a la falta de información sobre la prestación de servicios educativos y de formación, los estudiantes, los programas y los titulados reviste la máxima prioridad. El análisis de las bases de datos de publicaciones de los últimos 30 años pone de manifiesto que la gran mayoría de los trabajos de investigación se ha centrado en la evaluación de la educación, los métodos de enseñanza y los currículos (véase el recuadro 3.8). Pocos de los países con los mayores déficit de trabajadores sanitarios acopian y notifican datos de forma rutinaria sobre el número de titulados, o siquiera sobre el número de centros de formación de profesionales sanitarios (87). Todavía son menos los que desglosan esa información a nivel subnacional en función del alcance de las distintas instituciones o de las diversas características socioeconómicas de los estudiantes y los titulados. Aunque tienen importancia para fines de descripción

Recuadro 3.7 Regionalización de la formación de los profesionales sanitarios: Universidad del Pacífico Sur y Universidad de las Indias Occidentales

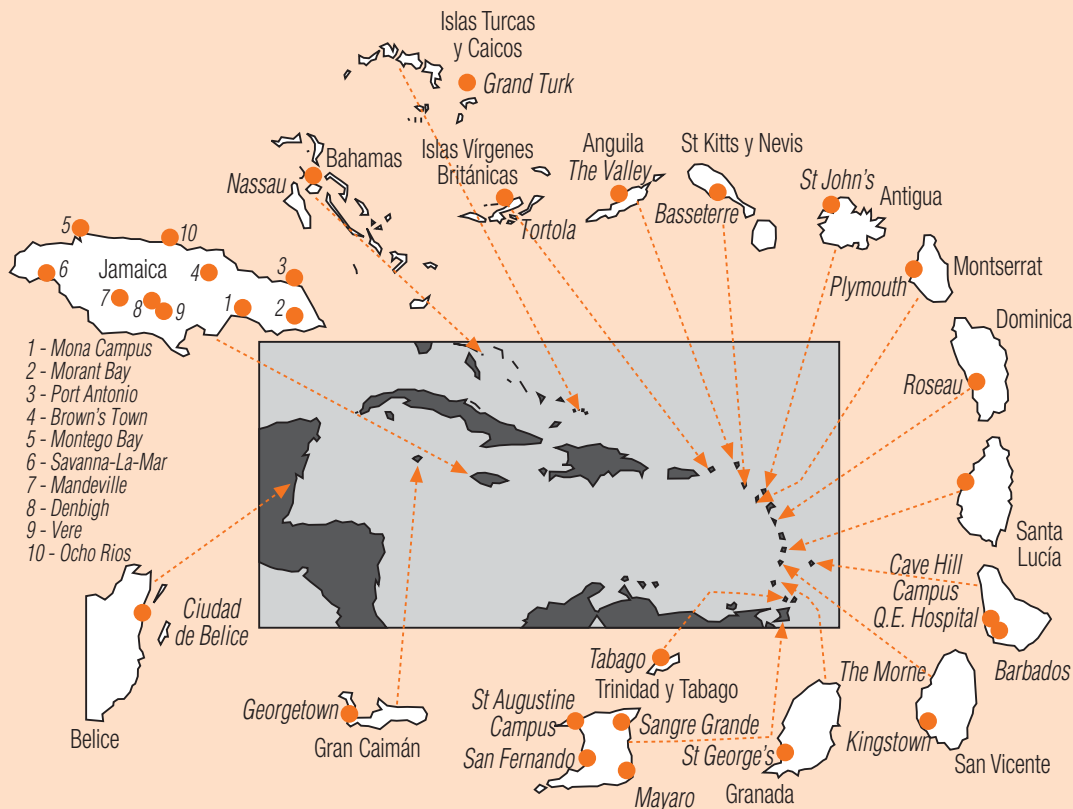
Al trabajar juntos, los pequeños Estados insulares ofrecen más posibilidades de acceso a la educación y la formación, crean su propia capacidad y aptitudes de liderazgo nacionales, promueven valores apropiados para la región y adquieren competitividad a nivel mundial. Las instituciones regionales que abarcan amplias áreas geográficas han de contar con programas de aprendizaje a distancia bien desarrollados y ofrecer horarios flexibles que se ajusten a las necesidades de los estudiantes. También es preciso que utilicen tecnologías de comunicación avanzadas para llegar a los estudiantes. Cabe citar dos ejemplos fructuosos de colaboración e integración regionales en materia de educación, que podrían ser un modelo para la formación de profesionales sanitarios en otras zonas del mundo.

Universidad del Pacífico Sur (USP). Creada en 1968, la USP abarca un área de 33 millones de kilómetros cuadrados de océano, esto es, una superficie tres veces superior a la de Europa. La universidad pertenece a los Gobiernos de 12 países insulares: Fiji, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa,

Tokelau, Tonga, Tuvalu y Vanuatu. Tiene campus en los 12 países miembros y el campus principal, Laucala, está en Fiji. No hay facultad de ciencias sanitarias, pero sí de arte y derecho; empresariales y economía; islas y océanos, y ciencia y tecnología.

Universidad de las Indias Occidentales (UWI). La UWI se fundó en 1948 como facultad de la Universidad de Londres; es un centro de formación de ámbito regional que adquirió la plena condición de universidad en 1962 y actualmente tiene 11 000 alumnos. La Facultad de Ciencias Médicas, una de las cuatro con que cuenta, ofrece una amplia serie de programas a nivel universitario y de posgrado. Una de las claves del éxito de la universidad es que todos los egresados vuelven a sus respectivos países de origen para trabajar en el sector de la salud como dispensadores de atención, gestores o planificadores de políticas. Un primer ministro y cuatro ministros de salud de la región se licenciaron en la Facultad de Ciencias Médicas.

Dieciséis países respaldan la Universidad de las Indias Occidentales y se benefician de ella



y comparación con las pautas normativas, desde la perspectiva de la planificación las cifras por sí solas son únicamente un punto de partida.

Estrategia 3.6 Evaluar el desempeño de las instituciones, las opciones de política y las medidas adoptadas

Para fundamentar la adopción de políticas y decisiones relacionadas con la formación de los trabajadores sanitarios se necesita información sobre los resultados del momento y sobre las expectativas de resultados. Por ejemplo, según un estudio acerca de la provincia de Nueva Escocia en el Canadá, la demanda de médicos crecerá a un ritmo superior a la oferta en los próximos 15 años si no se modifican las políticas de formación en vigor (88). A su vez, para evaluar el desempeño de las instituciones de formación sanitaria hace falta una estrategia nacional que mejore la generación y la síntesis de datos sobre la fuerza de trabajo. Esos datos nacionales se deben combinar con información transnacional sobre el costo y la eficacia de los distintos métodos de formar y contratar a trabajadores sanitarios, por ejemplo mediante observatorios de los recursos humanos para la salud (véanse los capítulos 6 y 7).

REPLANTEAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN: ENTRADA A LA FUERZA DE TRABAJO

La contratación representa la incorporación a la fuerza laboral sanitaria formal. Por lo tanto, es una función esencial cuyo desempeño se ha de gestionar a nivel tanto del sistema como de los empleadores individuales. Cinco elementos permiten evaluar la contratación: el número, las competencias y el origen (diversidad) de las personas contratadas, el lugar en que éstas son colocadas y el tiempo que tarda la contratación.

- El número de personas contratadas debe reflejar no sólo las necesidades y demandas del momento, sino también del alcance del subempleo y la baja productividad (véase el capítulo 4) y el desgaste (véase el capítulo 5).
- Las competencias, los conocimientos y la experiencia de las personas contratadas deben reflejar tanto los productos del proceso educativo como cualidades no técnicas (por ejemplo, compasión y motivación), elementos todos ellos necesarios para prestar servicios de salud con eficacia.
- Los antecedentes de los trabajadores sanitarios contratados y su colocación en el lugar adecuado han de ser compatibles con el perfil sociocultural y lingüístico de la población atendida.
- El tiempo que se tarda en efectuar la contratación es importante, por ejemplo, cuando hay que movilizar rápidamente a trabajadores para dar respuesta a emergencias humanitarias y brotes epidémicos.

Mercados laborales imperfectos

En gran medida, los resultados de la contratación están relacionados con la situación del mercado de trabajo en general. Los empleadores, en el lado de la demanda del mercado, definen los tipos de ocupaciones y las condiciones de empleo, mientras que los trabajadores, en el lado de la oferta, determinan, con sus conocimientos y sus preferencias personales, cómo y dónde se va a realizar el trabajo. El equilibrio del mercado se alcanza cuando la demanda de mano de obra se equipara a la oferta de trabajadores. No obstante, puede ocurrir que haya equilibrio de mercado y al mismo tiempo se registre exceso de oferta de trabajadores sanitarios en los centros urbanos y escasez en los medios rurales y que algunos subgrupos de población estén subatendidos.

En la figura 3.3 se presenta una situación más compleja: cuando la oferta de mano de obra es reflejo de los resultados de la demanda de educación, mientras la demanda de mano de obra refleja los resultados de la demanda de servicios de salud, en la que influyen los empleadores y los mecanismos de financiación.

En esta situación más realista quedan patentes los valores, las prioridades, las difi-

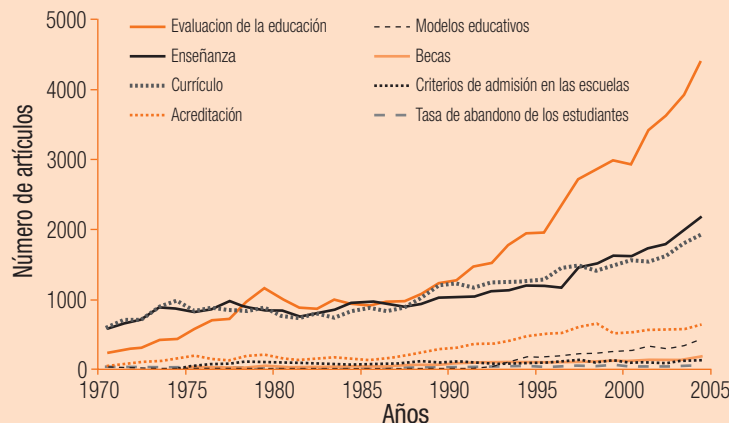
Recuadro 3.8 Base de evidencia para mejorar el desempeño de las instituciones de educación sanitaria

En la figura a) se observa que aproximadamente el 90% de todos los artículos de investigación sobre temas relacionados con la formación de la fuerza laboral sanitaria indizados en PubMed entre 1970 y 2004 estaban centrados en la evaluación de la educación, los métodos de enseñanza o los currículos. Las investigaciones sobre otros temas que pueden proporcionar datos importantes para mejorar la preparación, la diversidad y la cantidad de trabajadores sanitarios, por ejemplo, sobre becas, admisión en las escuelas y tasas de abandono de los estudiantes, han sido pocas. Habría que realizar más investigaciones sobre temas oportunos en los países de bajos ingresos (85) e incluirlas en las síntesis de investigaciones.

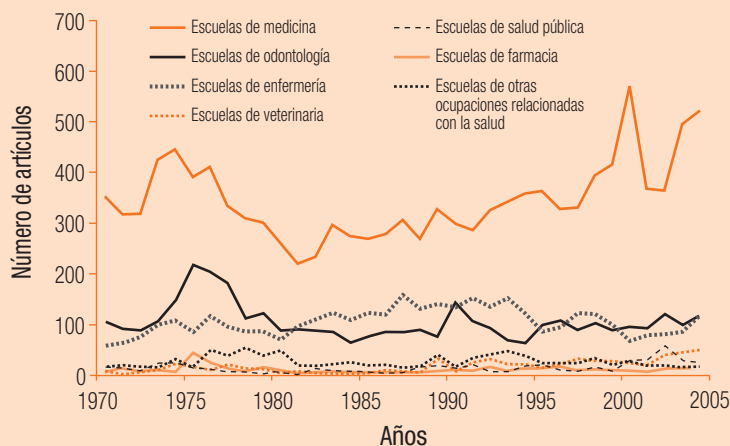
La gama de las instituciones de educación sanitaria representadas en las investigaciones es muy limitada. En la figura b) se obser-

va que, de todos los artículos de investigación correspondientes al mismo período indizados en PubMed sobre las escuelas de profesionales sanitarios, el 55% se refería a escuelas de medicina, el 17% a escuelas de enfermería y sólo el 2% a escuelas de salud pública. A pesar de la enorme escasez de fuerza laboral sanitaria en diversas ocupaciones, todos los años los trabajos de investigación relativos a los centros de educación sanitaria siguen centrándose principalmente en las escuelas de medicina, y no aumenta de forma significativa el número de artículos sobre las escuelas de odontología, enfermería, veterinaria, salud pública, farmacia u otras ocupaciones relacionadas con la salud. El análisis de las bases de datos regionales sobre publicaciones científicas arroja resultados similares (86).

a) Artículos de investigación sobre temas relacionados con la formación de la fuerza laboral sanitaria¹



b) Artículos de investigación sobre escuelas de profesionales sanitarios¹

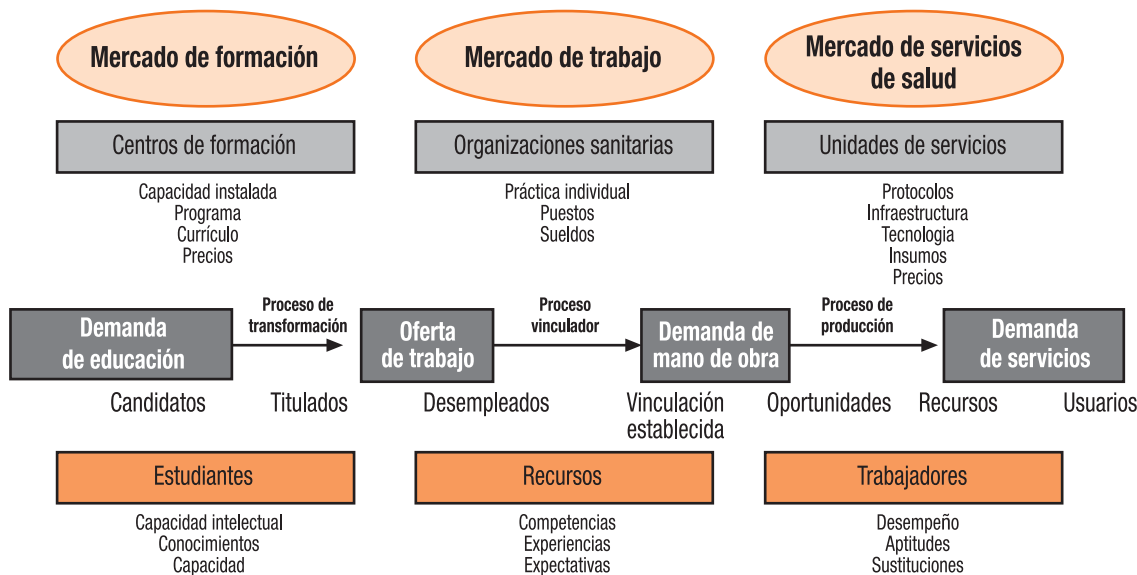


¹Según la indización de PubMed, 1970–2004.

cultades y la competencia con respecto a los distintos sectores, agentes institucionales e individuos. Los futuros estudiantes suelen sopesar cuánto tardarán en poder saldar sus deudas educativas y trabajar en el lugar que desean. En la figura 3.4 se muestra el tiempo de trabajo mínimo necesario para reembolsar la deuda contraída durante la formación previa al empleo, en el caso de dos tipos de trabajadores sanitarios, según un estudio realizado en Colombia (1). Por otra parte, muchos gobiernos siguen estrategias de contratación basadas en la cantidad de trabajadores, las cuales están más relacionadas con reformas de mayor amplitud, como una reducción general del sector público o un ajuste estructural, que con prioridades sanitarias concretas (89). Las condiciones salariales y laborales estandarizadas que establecen los gobiernos, y que rara vez se ajustan a las necesidades de los trabajadores sanitarios, también limitan la capacidad del sector público para contratar y retener a trabajadores en el mercado laboral sanitario.

En los países de bajos ingresos en que hay pocos proveedores de servicios de salud, para contratar a trabajadores el sector público a menudo compite con el sector privado, con organizaciones no gubernamentales internacionales y otros donantes y con entidades multilaterales que ofrecen condiciones de empleo atractivas a nivel local o internacional. La Dra. Elizabeth Madraa, Directora del Programa contra el SIDA, Uganda, se lamenta de esa situación: «No hacemos más que formar a gente, que se va a trabajar a organizaciones no gubernamentales o al extranjero, donde puede ganar mejores sueldos, lo que significa que tenemos que volver a formar a otras personas» (90). Las agencias de contratación a las que recurren los grandes empleadores alimentan ese éxodo. Para subsanar estas deficiencias se necesitan un fuerte liderazgo y medidas que promuevan los objetivos sanitarios. Por ejemplo, la magnitud de la migración de la fuerza laboral sanitaria y las prácticas no reguladas de las agencias de contratación están haciendo que se adopten cada vez más directrices sobre prácticas éticas de contratación (véase el capítulo 5).

Figura 3.3 Relación entre los recursos humanos y los mercados de la educación, el trabajo y los servicios de salud



Fuente: (1).

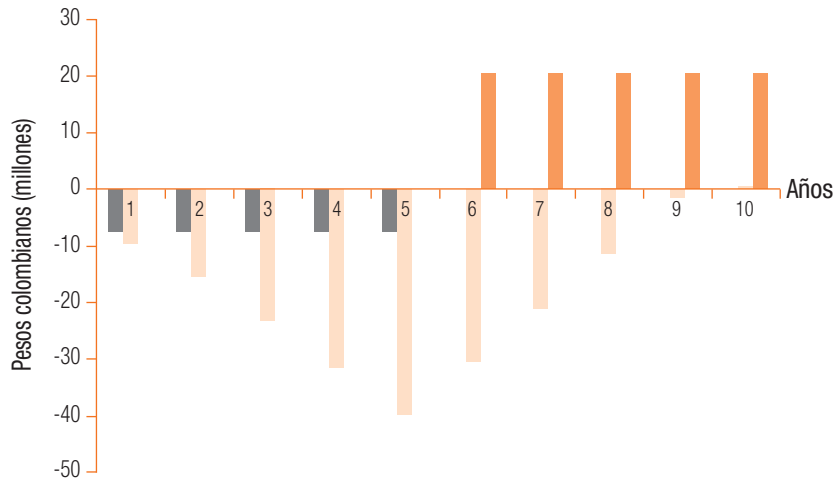
Estrategia 3.7 Mejorar los resultados de la contratación

Se pueden adoptar medidas de diverso tipo para mejorar los resultados de la contratación, por ejemplo, aumentar la información, tratar de lograr una mayor eficiencia, ofrecer incentivos a los trabajadores autónomos y fortalecer la equidad en cuanto a la cobertura de los servicios de salud.

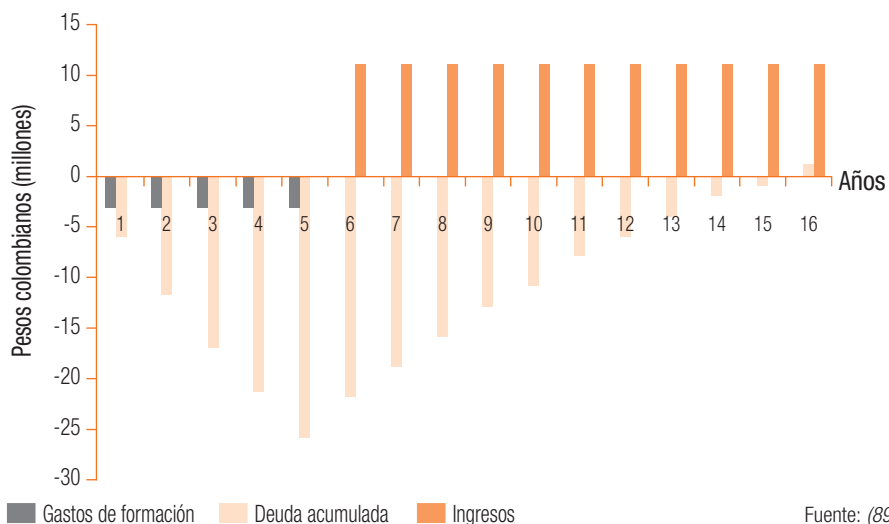
Información. Las necesidades, la demanda y los resultados de la contratación a menudo no se exponen adecuadamente en los procesos de planificación o los instrumentos de encuesta. Además, la mala capacidad de contratación entorpece las medidas destinadas a expandir las actividades, aportar respuestas rápidas o preparar nuevos cuadros. Entre los datos fundamentales para la gestión de la contratación figuran las tasas y tendencias relativas a los puestos vacantes, el déficit o el exceso de oferta de trabajadores en comparación con la demanda regional y los indicadores de resultados, como el tiempo que se tarda en contratar a una persona o cubrir una vacante. Evaluando

Figura 3.4 Cálculo del tiempo que tardan los estudiantes en recuperar las inversiones en educación, Colombia (2000)

a) Médicos no especialistas



b) Fisioterapeutas



■ Gastos de formación ■ Deuda acumulada ■ Ingresos

Fuente: (89).

la imagen de los empleadores entre los trabajadores (véase el capítulo 4 sobre las instituciones atractivas), quienes contratan pueden responder mejor a los intereses de los posibles empleados.

Eficiencia. Las consecuencias de las ineficiencias institucionales son muchas: la burocracia engorrosa hace que los posibles candidatos no se presenten a puestos, abandonen el empleo antes de empezar a trabajar o simplemente caigan en el desánimo que prevalece en muchos servicios públicos de atención sanitaria; el hecho de no definir o establecer puestos para trabajadores sanitarios en las zonas rurales ha provocado una saturación de recién egresados en las zonas urbanas (91), y personas nombradas de forma no transparente y por motivos políticos suplantando a candidatos más idóneos. Para mejorar la eficacia de la contratación, las administraciones deben emplear a personal de recursos humanos calificado y prestarle apoyo para que se sigan métodos de contratación acordes con las mejores prácticas. La contratación basada en los méritos es un buen ejemplo de una práctica idónea que está estrechamente relacionada con la calidad y la integridad de las instituciones gubernamentales. Algunas cuestiones complejas, como el grado adecuado de centralización o descentralización de los procedimientos de contratación, por ejemplo de los servicios de salud dependientes del gobierno, requieren realizar un análisis – para cada situación – de los costos, los beneficios y el contexto político en relación con la gestión general de los servicios de salud a cargo del gobierno a nivel central, distrital y local (92–94).

Gestión de la autocontratación. En muchos casos los trabajadores sanitarios no son contratados oficialmente por un empleador, sino que establecen su propia actividad, es decir, son autónomos. Los procedimientos de habilitación, certificación y registro de los trabajadores sanitarios, así como las asociaciones profesionales, pueden ayudar a gestionar la fuerza laboral sanitaria autónoma y garantizar su competencia. Si esa capacidad de reglamentación falta o es débil, existe el riesgo de que se vea menoscabada la confianza del público (véase el capítulo 6). Por ejemplo, se observó que en Bangladesh el riesgo de mortalidad neonatal era seis veces mayor cuando las madres consultaban a trabajadores sanitarios autónomos sin titulación reconocida que cuando acudían a trabajadores sanitarios que

« Se pueden adoptar medidas de diverso tipo para mejorar los resultados de la contratación »

Recuadro 3.9 Las trabajadoras sanitarias (Lady Health Workers) del Pakistán: selección e instrucción de nuevos cuadros

El Programa Nacional de Planificación Familiar y Atención Primaria de Salud del Pakistán, creado en 1994 con objeto de mejorar el acceso a la atención de salud en las comunidades rurales y las barriadas pobres de las ciudades, ha dependido en gran medida del trabajo de sus 80 000 trabajadoras sanitarias que prestan atención básica de salud a casi el 70% de la población del país (98). Algunos de los estrictos criterios de selección son: que procedan de la comunidad a la que atienden, tengan como mínimo 18 años, hayan finalizado la enseñanza secundaria de primer ciclo y estén recomendadas por los residentes de su comunidad como candidatas idóneas. Se da preferencia a las mujeres casadas. Las seleccionadas reciben 15 meses de formación (tres meses a tiempo completo y 12 a tiempo parcial) y estudian principios fundamentales de atención primaria e higiene, organización comunitaria, comunicación interpersonal y sistemas de acopio de datos e información de gestión sanitaria. Una vez que comienzan a desempeñar sus funciones, rinden cuentas todas las semanas a un supervisor.

La formación se ajusta a la actividad que llevan a cabo: tratan dolencias menores y envían a las personas con afecciones más graves a los servicios oportunos, registran las estadísticas vitales de los miembros de la comunidad, imparten educación sanitaria básica,

proporcionan medios anticonceptivos a las parejas, sirven de enlace entre sus comunidades y el sistema oficial de salud, ayudando a coordinar servicios como los de inmunización y lucha contra la anemia, y prestan asistencia prenatal y posnatal a las madres. Según estudios recientes, existe una clara relación entre la presencia de estas trabajadoras sanitarias y la mejora de la salud de los miembros de las comunidades (99–100). Existen evaluaciones independientes que indican que después de la introducción de las trabajadoras sanitarias aumentaron considerablemente las tasas de vacunación de niños, la supervisión del crecimiento infantil, el uso de medios anticonceptivos y de los servicios de atención prenatal y el suministro de comprimidos de hierro a las embarazadas, y disminuyeron las tasas de diarrea infantil (101).

Enseñanzas clave:

- Es importante formular estrategias para alcanzar los objetivos de la fuerza laboral sanitaria con toda una serie de trabajadores de la salud.
- Si se combina una contratación adecuada con la simplificación de las tareas y actividades de formación y supervisión, se puede llegar a contar con nuevos cuadros eficientes y útiles.

sí la tenían (95). Cuando reembolsa los servicios de los trabajadores sanitarios autónomos, el gobierno puede influir en el número de esos trabajadores y en el lugar donde trabajen, lo cual constituye un importante mecanismo para lograr un mayor equilibrio entre los distintos tipos de trabajadores (por ejemplo, entre generalistas y especialistas), los lugares de empleo y las poblaciones atendidas.

Contratación de trabajadores para zonas necesitadas. La contratación constituye una oportunidad ideal para colocar a los trabajadores donde hacen falta. En el mundo entero, las zonas urbanas prósperas atraen a los trabajadores sanitarios, lo que hace que las zonas urbanas de tugurios y las zonas rurales aisladas queden relativamente subatendidas. Los acuerdos de vinculación o servicio obligatorio al término de una formación subvencionada por el gobierno son frecuentes, pero casi nunca se evalúan (96). Cada vez hay más pruebas de que la contratación local es una buena variable predictiva de la retención de personal a largo plazo (97), lo que pone de relieve la importancia de ofrecer oportunidades de capacitación a las personas de las comunidades rurales y aisladas. Encontrar a miembros respetados de esas comunidades que sean aptos para recibir formación y cuenten con la aceptación de la población, como ocurre en el Pakistán (véase el recuadro 3.9), permite atender las necesidades de servicios de salud, alcanzar los objetivos en materia de formación y configurar una fuerza laboral sanitaria diversa.

CONCLUSIONES

En este capítulo se han analizado los asuntos relacionados con la generación y contratación de la fuerza laboral sanitaria. Las cuestiones normativas examinadas – en conexión con la formación, las competencias de los trabajadores sanitarios y los mercados laborales – suscitan algunos interrogantes sobre la gestión de los trabajadores sanitarios en activo, que se abordan en el siguiente capítulo.

REFERENCIAS

1. Ruiz F, Camacho S, Jurado C, Matallana M, O'Meara G., Eslava J et al. *Human resources in health in Colombia: balance, competencies and perspectives*. Bogotá, Ministerio de Salud, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana, and Fundación Cultural de Artes Gráficas, Javegraff, 2001.
2. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York, NY, Fundación Carnegie, 1910 (Bulletin No. 4).
3. *Welch-Rose report on schools of public health*. Nueva York, NY, Fundación Rockefeller, 1915.
4. *Report of the Health Survey and Development Committee*. Delhi, Gobierno de India, Manager of Publications, 1946 (Presidente: Bhore).
5. Chang K. Health work serving the peasants. *Chinese Medical Journal*, 1966, 85: 143–144.
6. The orientation of the revolution in medical education as seen in the growth of «barefoot doctors»: report of an investigation from Shanghai. *China's Medicine*, 1968, 10:574–581.
7. Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. The McMaster MD program: a case study of renewal in medical education. *Academic Medicine*, 1989, 64:423–432.
8. International campaign to revitalise academic medicine (ICRAM) (www.bmj.com/academicmedicine, consultado el 13 de febrero de 2006).
9. Kachur DK, Krajić K. Structures and trends in health profession education in Europe. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Bruselas, European Observatory on Health Systems and Policies, 2005:79–97.
10. Huddart J, Picazo OF, Duale S. *The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, 2003.
11. *South-East Asia public health initiative 2004–2008*. New Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2004 (documento SEA-HSD-278).
12. Reddy SK. Establishing schools of public health in India. In: Matlin S. *Global forum update on research for health*. Londres, Pro-Brook, 2005:149–153.
13. *Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the Strategic Partnership to Improve Medical Education*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud y Federación Mundial de Educación Médica, 2004.
14. Bansai RK. Private medical education takes off in India. *Lancet*, 2003, 361:1748–1749.
15. Kingma M. *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ithica, NY, ILR Press, 2006.
16. Homedes N, Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 2005, 3:1.
17. Van Lerberghe W, Essengue MS, Lokonga J-P. Les stratégies de réforme du secteur de la santé en RDC. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
18. Verspoor A, Mattimire A, Watt P. A chance to learn: knowledge and finance for education in sub-Saharan Africa. Washington, DC, Banco Mundial, 2001 (<http://www.worldbank.org>).
19. Bury JA, Gliber M. *Quality improvement and accreditation of training programmes in public health*. Lyon, Fondation Mérieux y Association of Schools of Public Health in the European Region, 2001.
20. McLachlan JC. Outreach is better than selection for increasing diversity. *Medical Education*, 2005, 39:872–875.
21. *Recreating health professional practice for a new century – The fourth report of the PEW Health Professions Commission*. San Francisco, CA, The Pew Health Professions Commission, 1998.
22. Heaton T, Forste R, Hoffman J, Flake D. Cross-national variation in family influences on child health. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:97–108.
23. Day RD, Gavazzi S, Acock A. Compelling family processes. In: Thornton A, ed. *The well-being of children and families: research and data needs*. Ann Arbor, MI, The University of Michigan Press, 2001:103–126.
24. Ara T (presidencia), Affirmative Action Committee. *Education in the professions: affirmative action and diversity in professions education*. San Diego, CA, American Educational Research Association, 2004.
25. Fincher RM, Sykes-Brown W, Allen-Noble R. Health science learning academy: a successful «pipeline» educational program for high school students. *Academic Medicine*, 2002, 77:737–738.
26. Howe A, Campion P, Searle J, Smith H. New perspectives—approaches to medical education at four new UK medical schools. *British Medical Journal*, 2004, 329:327–31.

27. Simpson KH, Budd K. Medical student attrition: a 10-year survey in one medical school. *Medical Education*, 1996, 30:172–178.
28. *Human resources for health, strategic plan, 2006–2010*. Lusaka, Ministerio de Salud de la República de Zambia, 2005.
29. Huda N, Agha S. Attrition in medical college: experience at Ziauddin Medical University in Pakistan. *Education for Health*, 2004, 17:232–235.
30. Holt M. Student retention practices in Associate Degree, entry-level dental hygiene programs. *Journal of Dental Hygiene*, 2005, 79:1–13.
31. Continuing concern at student nurse attrition rates in Northern Ireland [comunicado de prensa]. Royal College of Nursing (<http://www.rcn.org.uk/news/display.php?ID=1136>, consultado el 7 de febrero de 2006).
32. Jalili-Grenier F, Chase M. Retention of nursing students with English as a second language. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25:199–203.
33. Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. Nueva York, NY, University of California Press y Milbank Memorial Fund, 2005.
34. Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 2005, 67: 855–861.
35. Melchior M, Goldberg M, Krieger N, Kawachi I, Menvielle G, Zins M et al. Occupational class, occupational mobility and cancer incidence among middle-aged men and women: a prospective study of the French GAZEL cohort. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:515–524.
36. Slovensky DJ, Paustian PE. Preparing for diversity management strategies: teaching tactics for an undergraduate healthcare management program. *Journal of Health Administration Education*, 2005, 22:189–199.
37. Reynolds PP, Kamei RK, Sundquist J, Khanna N, Palmer EJ, Palmer T. Using the PRACTICE mnemonic to apply cultural competency to genetics in medical education and patient care. *Academic Medicine*, 2005, 80:1107–1113.
38. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a “Global Public Good Perspective”. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:271–278.
39. Beauchamp D, Steinbock B. *Public health ethics – New ethics for the public’s health*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1999.
40. Banerji D. Poverty, class and health culture in India. New Delhi, Prachi Prakashan, 1982.
41. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos médicos-sociales*, 1986, 37:3–18.
42. Mutabaruka E, Nshimirimana D, Goilav C, Meheus A. EIP training needs assessment in 12 African countries, 2002–2004. *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*, 2005, 3:1–4.
43. Jones RB, Hampshire AJ, Tweddle S, Moulton B, Hill A. The clinician’s role in meeting patient information needs: suggested learning outcomes. *Medical Education*, 2001, 35:565–571.
44. Matillon Y, LeBoeuf D, Maisonneuve H. Defining and assessing the competence of health care professionals. A survey of 148 organizations. *Presse Médicale*, 2005, 34:1703–1709.
45. Buchan J. A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10:239–244.
46. Jamshidi HR, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Medical Teaching*, 2003, 25:229–238.
47. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet*, 2001, 357:699–703.
48. 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.
49. 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.
50. *Critical challenges: revitalizing the health professions for the twenty-first century – The third report of the PEW Health Professions Commission*. San Francisco, CA, The Pew Health Professions Commission, 1995.
51. *Duties of a doctor*. Londres, General Medical Council, 1993.
52. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*, 2005, 331:387–391.
53. Dornan T. Osler, Flexner, apprenticeship and “the new medical education”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2005, 98:91–95.

54. Sturmberg JP, Reid S, Khadra MH. A longitudinal, patient-centred, integrated curriculum: facilitating community-based education in a rural clinical school. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 2002, 15:294–304.
55. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 2004, 329:1017–1021.
56. Atchison C, Boatright DT, Merrigan D, Quill BE, Whittaker C. *Demonstrating excellence in practice-based teaching for public health*. United States Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professionals, 2004 (http://www.asph.org/UserFiles/ASPH_10_2004.pdf, consultado el 8 de febrero de 2006).
57. Walsh A. *The tutor in problem-based learning: a novice's guide*. Hamilton, McMaster University, 2005.
58. Mehta BH, Rodis JL, Nahata NC, Bennett MS. Advancing patient care through innovative practice: the Clinical Partners Program. *American Journal of Health System Pharmacy*, 2005, 62:2501–2507.
59. Gerbert B, Showstack J, Chapman S, Schroeder S. The changing dynamics of graduate medical education: Implications for decision-making. *Western Journal of Medicine*, 1987, 146:368–373.
60. PLoS Medicine editors. Improving health by investing in medical education, *PLoS Medicine*, 2005, 2:e424.
61. Dahlstrom J, Dorai-Raj A, McGill D, Owen C, Tymms K, Watson DA. What motivates senior clinicians to teach medical students? *BMC Medical Education*, 2005, 5:27.
62. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? 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 Organisation and Policy, 16:177–186).
63. *Strengthening health systems: promoting an integrated response for chronic care*. The Tropical Health and Education Trust (THET) (<http://www.thet.org>, consultado el 13 de febrero de 2006).
64. Hern MJ, Vaughn G, Mason D, Weitkamp T. Creating an international nursing practice and education workplace. *Journal of Pediatric Nursing*, 2005, 20:34–44.
65. Ozgediz D, Roayaie K, Debas H, Schechter W, Farmer D. Surgery in developing countries: essential training in residency. *Archives of Surgery*, 2005, 140:795–800.
66. Wright S, Cloonan P, Leonhardy K, Wright G. An international programme in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium. *International Nursing Review*, 2005, 52:18–23.
67. L'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) (<http://ead.isped.u-bordeaux2.fr>, consultado el 13 de febrero de 2006).
68. *Literature review on the costs of education of human resources for health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento de trabajo del Departamento de Recursos Humanos para la Salud).
69. *Compendio Mundial de la Educación 2004: Comparación de las estadísticas de educación en el mundo*. Montreal, Instituto de Estadística de la UNESCO, 2004.
70. Bhargava A. The AIDS epidemic and health care infrastructure inadequacies in Africa: a socioeconomic perspective. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40: 41–42.
71. Naimoli JF, Rowe AK, Lyaghfour A, Larbi R, Lamrani LA. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on health care quality in Morocco. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006, 18 (publicado en versión electrónica antes de la versión impresa).
72. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Organización Mundial de la Salud, Bangladesh (<http://www.whoban.org/imci.html>, consultado el 8 de febrero de 2006).
73. *Pre-service training for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): report of an informal consultation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Reports/Report-Informal_Consultation_1998.htm).
74. *Report of an intercountry training workshop on IMCI pre-service training*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Reports/Report-Intercountry_Workshop_1999.htm, consultado el 13 de febrero de 2006).

75. *IMCI pre-service training review and planning meeting*. Harare, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de la OMS para África, Unidad *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*, 2002 (http://www.afro.who.int/imci/reports/pre-service_training_review_report.pdf, consultado el 8 de febrero de 2006).
76. *IMCI pre-service training*. El Cairo, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, 2004 (<http://www.emro.who.int/cah/PreServiceEducation-IMCI.htm>, consultado el 8 de febrero de 2006).
77. *IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) model chapter for textbooks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2001 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_FCH_CAH_00.40/WHO_FCH_CAH_00.40.pdf, consultado el 8 de febrero de 2006).
78. Pechura CM. Programs of the Robert Wood Johnson Foundation to develop minority medical careers. *American Journal of the Medical Sciences*, 2001, 322:290–292.
79. Muula A, Mfutso-Bengo J, Makoza J, Chatipwa E. The ethics of developed nations recruiting nurses from developing countries: the case of Malawi. *Nursing Ethics*, 2003, 10:433–438.
80. *Atlas of psychiatric education and training across the world*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Psiquiatría, 2005.
81. Snadden D, Bates J. Expanding undergraduate medical education in British Columbia: a distributed campus model. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 173:589–590.
82. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94–98.
83. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud y Fundación Panamericana de la Salud y Educación, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltext>, consultado el 13 de febrero de 2006).
84. Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:966–968.
85. Paraje G, Sadana R, Karam G. Public health. Increasing international gaps in health-related publications. *Science*, 2005, 308:959–960.
86. Nogueira RP. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educación Médica y Salud*, 1985, 19:25–47.
87. *Tracking human resources and wage bill management in the health sector: a study to identify bottlenecks and constraints in the production, recruitment and management of health workers and funds for the wage bill in the public health services*. Kampala, African Medical and Research Foundation y Ministerio de Salud, 2005.
88. Basu K, Gupta A. Un modèle prévisionnel de l'offre et de la demande de médecins dans la province canadienne de la Nouvelle-Écosse. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:255–286.
89. Iniciativa de Aprendizaje Conjunto. Human resources for health, 2004: health human resources demand and management: strategies to confront crisis. Se puede solicitar el informe del grupo de trabajo. Boston, MA, Global Health Trust, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/doc/WG3Report.pdf>, consultado el 8 de febrero de 2006).

90. Uganda leads way in innovative HIV/AIDS treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 244–245 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/infocus0405/en/index.html>, consultado el 13 de febrero de 2006).
91. Egger D, Mouyokani J, Adzodo KMR. *Renforcement de la gestion sanitaire au Togo: Quelles leçons peut-on en tirer ?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, HDS/OMH, 2005.
92. Ssengooba F. *Human resources for health in decentralized Uganda: developments and implications for health systems research*. Documento presentado en el 9o Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias, Mumbai, India, 12–16 de septiembre de 2005.
93. Bossert T, Beauvais J, Bowser D. *Decentralization of health systems: preliminary review of four country case studies*. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 2000 (Major Applied Research 6, Technical Report 1; http://www.localgovernance.org/documents/aid_healthdecentralization.pdf).
94. Seshamani V, Mwikisa CN, Odegaard K, eds. *Zambia's health reforms: selected papers 1995–2000*. Lund, Swedish Institute for Health Economics y Universidad de Zambia, Department of Economics, 2002.
95. Mercer A, Mobarak HK, Haseen F, Lira Huq N, Uddin N, Larson C. *Level and determinants of neonatal mortality in rural areas of Bangladesh served by a large NGO Programme*. Dhaka, ICDDR,B Centre for Health and Population Research, Bangladesh Population and Health Consortium, 2005.
96. Reid S. Community service for health professionals. In: *South African health review 2002*. Durban, Health Systems Trust, 2002 (Chapter 8:135–160; <http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter8.pdf>).
97. de Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, 2003, 93:789–793.
98. National Programme for Family Planning and Primary Health Care, Lady Health Workers, Ministerio de Salud, Gobierno del Pakistán (www.phc.gov.pk/template.php?id=27, consultado el 13 de febrero de 2006).
99. Jokhio HR, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:2091–2099.
100. Douthwaite M, Ward P. Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme. *Health Policy and Planning*, 2005, 2:117–123.
101. Evaluation of the Prime Minister's Lady Health Worker Programme. Oxford, Oxford Policy Management, 2002 (http://www.opml.co.uk/social_policy/health/cn1064_lhw.html, consultado el 8 de febrero de 2006).

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.

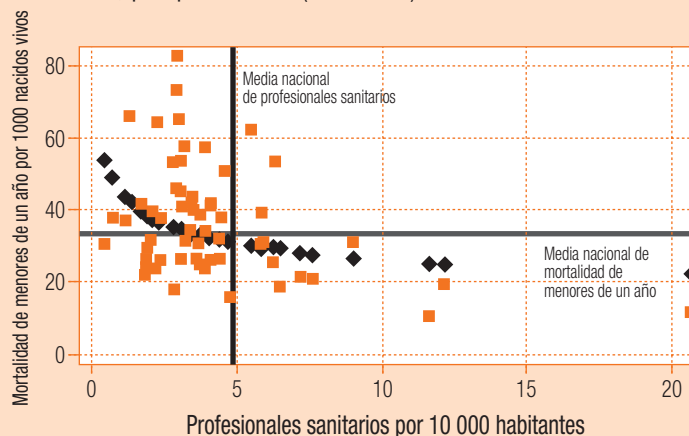
Las evaluaciones del desempeño del personal sanitario basadas en cuánto contribuye éste a la mejora deseada de la salud de la población dejan patente que dicho desempeño puede variar mucho. El recuadro 4.1 ofrece un ejemplo de cómo utilizan los trabajadores sanitarios los recursos económicos disponibles 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)



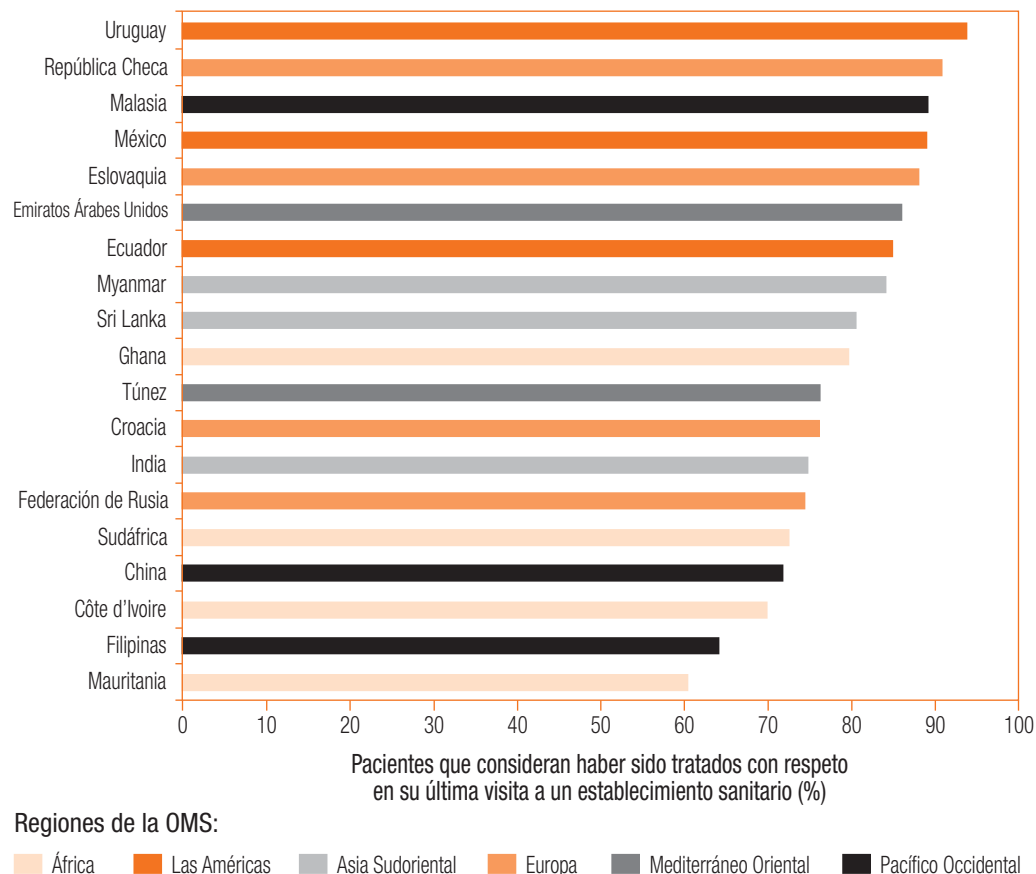
- ◆ Mortalidad provincial de menores de un año prevista en función de los recursos disponibles (basada en un modelo).
- Mortalidad provincial observada en menores de un año.

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.

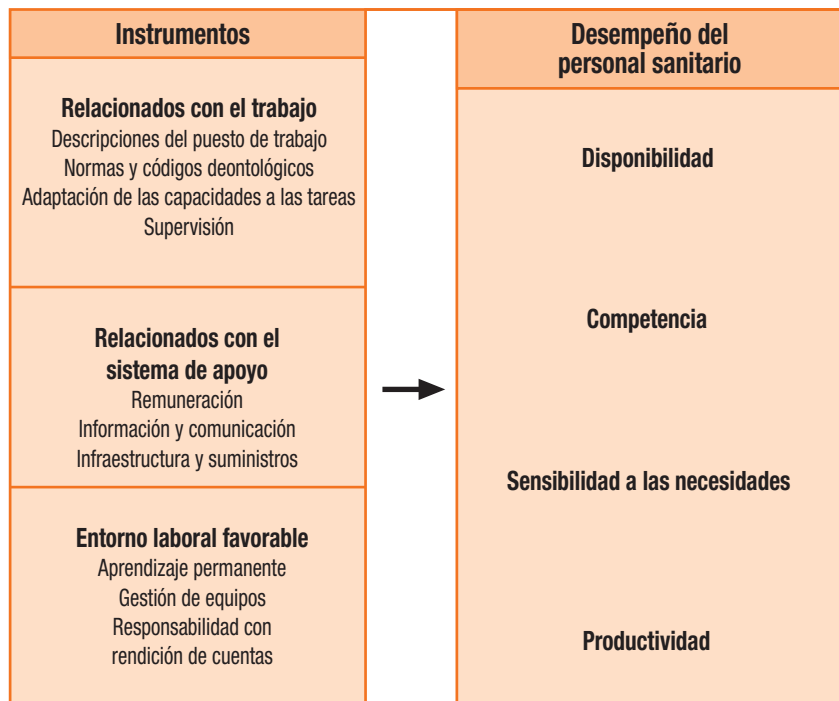
La figura 4.2 resume varios de los instrumentos clave existentes y las características de la fuerza laboral en las que pueden influir colectivamente. Unos han resultado relativamente fáciles de implantar, mientras que otros son más complejos. Unos ofrecen la posibilidad de obtener resultados relativamente 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

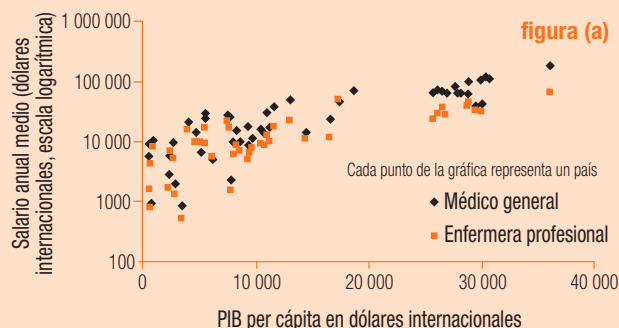
Todos los trabajadores sanitarios necesitan algunos apoyos básicos para realizar su trabajo: remuneración, información e infraestructura, incluidos equipos y suministros. Esta sección no ofrece un análisis general de los sistemas que proporcionan dichos apoyos, sino que se centra en aspectos de especial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

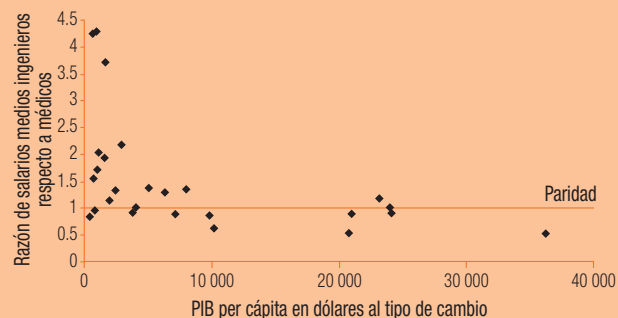
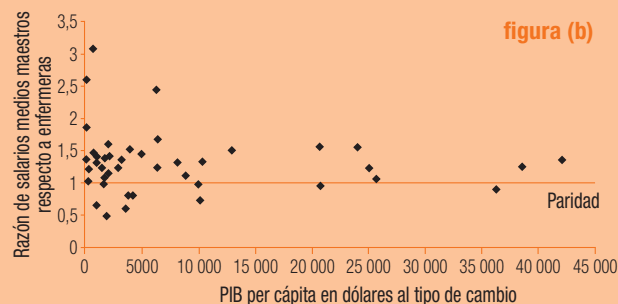
a) Comparaciones de los salarios anuales de médicos y enfermeras entre países

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.

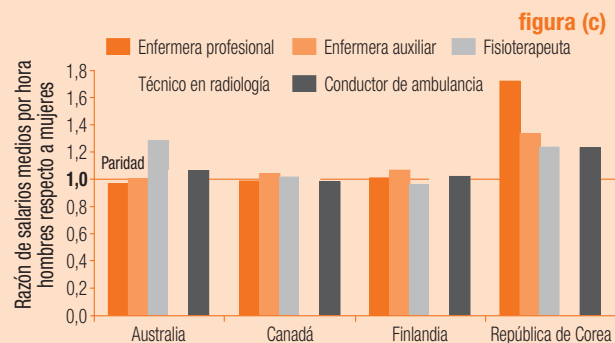


c) Comparaciones salariales entre el sector público y el privado

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.



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 endebles 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/ilstm/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.



gestión de las

capítulo cinco

bajas de personal

En este capítulo

98	Flujos y reflujos migratorios
106	Riesgos ocupacionales que afrontan los trabajadores sanitarios
108	Cambios de ocupación o de situación laboral
110	La jubilación
113	Conclusiones

Muchos son los trabajadores que año tras año abandonan la fuerza laboral sanitaria, ya sea de forma temporal o permanente. Si esas bajas no se cubren, pueden surgir déficits capaces de comprometer la dispensación y calidad de los servicios de salud (1, 2). Mientras que

en el capítulo 3 se analizaban las modalidades de incorporación de nuevos efectivos al sector sanitario, en éste examinaremos la otra cara de la moneda: los diversos factores por los que los trabajadores dejan el servicio activo. Se sugieren además una serie de herramientas para la gestión de las bajas, tanto en tiempos de déficit como de superávit de recursos humanos, con miras a optimizar el desempeño del personal sanitario. Por último, se repasan y analizan los factores que influyen en la disminución de los efectivos y se proponen estrategias para su gestión.

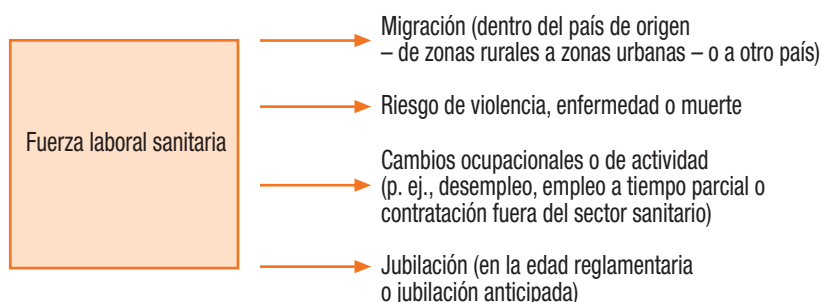
En la figura 5.1 se resumen los principales motivos que inducen a los trabajadores a abandonar la fuerza laboral sanitaria, a saber: la emigración; el riesgo de padecer actos de violencia, contraer enfermedades o morir; los cambios ocupacionales o de situación laboral; y la jubilación. Algunas bajas son temporales, por enfermedad o maternidad u otros motivos, por ejemplo para asistir a cursos de formación superior. Otras, en cambio, son permanentes, por ejemplo si el trabajador fallece o cambia de ocupación. En algunos casos, los trabajadores sanitarios migran de un país a otro, abandonando así de forma permanente una fuerza laboral sanitaria para incorporarse en otra. También se dan bajas parciales, por ejemplo cuando un empleado a tiempo completo pasa a trabajar a tiempo parcial. Las variaciones en el número de trabajadores contratados en uno u otro régimen de dedicación pueden alterar el equilibrio de la fuerza laboral sanitaria.

En las últimas décadas, la duración de la vida activa laboral de los trabajadores sanitarios ha cambiado debido a la evolución de la estructura ocupacional, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad (en África

principalmente atribuible al VIH/SIDA y la tuberculosis), las crecientes migraciones y el envejecimiento (sobre todo en los países de ingresos altos). Todos estos factores ponen serias trabas al logro del objetivo de mantener una fuerza laboral sanitaria eficiente y numéricamente adecuada.

La existencia de unas tasas de movimiento de personal elevadas puede dar lugar a un incremento de los costos de provisión. Esa situación representa además una amenaza para la calidad de la atención sanitaria, ya que podría perturbar el funcionamiento organizacional, reducir la eficiencia de los equipos y provocar una pérdida de conocimientos institucionales. Según demuestran diversos estudios, los costos asociados a los problemas para asegurar la permanencia del personal a menudo son

Figura 5.1 Vías por las que los trabajadores abandonan el sector de la salud



considerables (3). Con todo, el trasiego de trabajadores también puede resultar beneficioso, en la medida en que a veces brinda una buena ocasión para ajustar mejor los conocimientos del personal a las necesidades del lugar de trabajo, propiciar la introducción de nuevas ideas en instituciones ya consolidadas y aumentar la flexibilidad organizacional (4). En ese sentido, es importante que las instancias decisorias gestionen las bajas de efectivos sanitarios de tal modo que la perturbación de los servicios sea lo menor posible.

FLUJOS Y REFLUJOS MIGRATORIOS

En los últimos años, la preocupación sobre los efectos negativos del desplazamiento de profesionales calificados de los países más pobres a los países más ricos ha colocado el tema de la migración de trabajadores sanitarios en el centro de las agendas políticas (5). Sin embargo, las estadísticas sobre los flujos de trabajadores sanitarios siguen lejos de estar completas (5–12). En los contados países que hacen un seguimiento de las corrientes migratorias, la información disponible suele limitarse a los médicos y enfermeros diplomados. La disponibilidad de datos sobre los movimientos de farmacéuticos, ergoterapeutas y los muchos otros tipos de trabajadores sanitarios identificados en este informe es prácticamente nula.

Al carecerse de información sobre el número de trabajadores que se desplazan, así como sobre su procedencia y destino, resulta difícil hacerse una idea de la magnitud del

Cuadro 5.1 Médicos y enfermeras formados en el extranjero que trabajan en países de la OCDE

País de la OCDE	Médicos formados en el extranjero		Enfermeras formadas en el extranjero	
	Número	Porcentaje del total	Número	Porcentaje del total
Alemania	17 318	6	26 284	3
Australia	11 122	21	NA	NA
Canadá	13 620	23	19 061	6
Estados Unidos	213 331	27	99 456	5
Finlandia	1 003	9	140	0
Francia	11 269	6	NA	NA
Irlanda	NA	NA	8 758	14
Nueva Zelandia	2 832	34	10 616	21
Portugal	1 258	4	NA	NA
Reino Unido	69 813	33	65 000	10

NA: no se aplica.

problema. Según datos de la OCDE, los médicos y enfermeros formados en el exterior representan un porcentaje importante de la fuerza de trabajo total en la mayoría de los miembros de dicha organización, aunque especialmente en los países anglófonos (véase el cuadro 5.1).

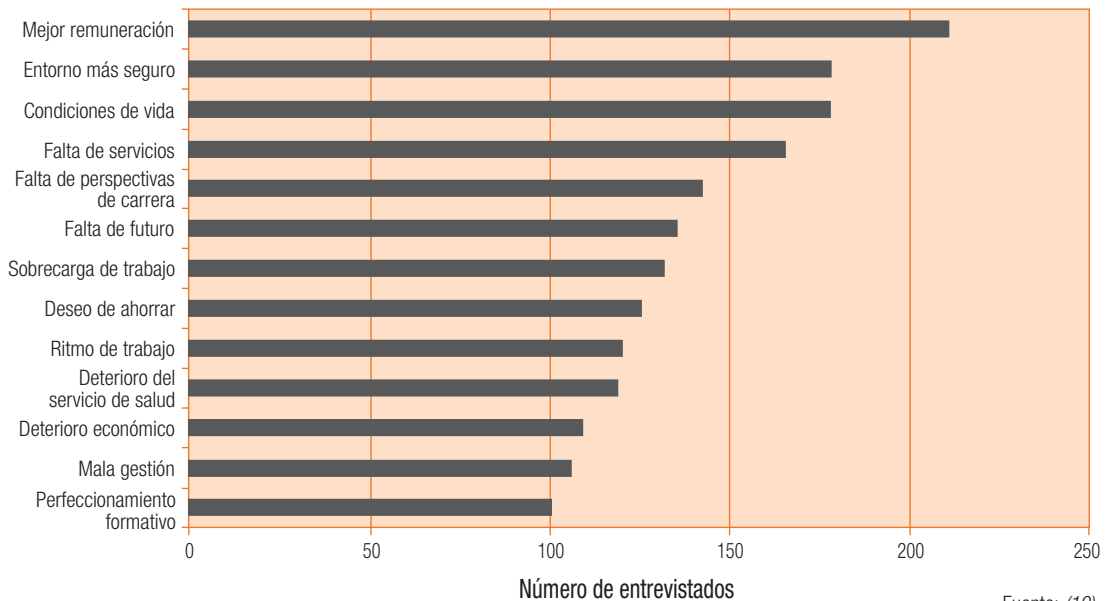
De esos datos también se desprende que el número de médicos formados en el África subsahariana y contratados en países de la OCDE equivale a cerca de una cuarta parte (un 23%) del cuerpo médico actual de los respectivos países de procedencia, con porcentajes que oscilan entre un 3%, en el Camerún, y un 37%, en Sudáfrica. En el caso de las enfermeras y asistentes de partería, esa proporción representa una vigésima parte (el 5%) de la fuerza de trabajo actual, aunque con un margen de variación extremadamente amplio, que va desde un modesto 0,1%, en Uganda, hasta un llamativo 34%, en Zimbabwe (véanse los cuadros 5.2 y 5.3, incluidos más abajo).

«El deseo de lograr una vida mejor y unos medios de subsistencia menos precarios es la causa fundamental que empuja a las personas a migrar»

¿Por qué migran los trabajadores sanitarios?

Tras esos datos de la OCDE se esconden complejas tendencias y razones que propician el movimiento de trabajadores. Las migraciones se dan tanto dentro de los países – de las zonas rurales a las urbanas – como dentro de las regiones – de los países más pobres a los más ricos –, y también pueden ser intercontinentales. El deseo de lograr una vida mejor y unos medios de subsistencia menos precarios es la causa fundamental que empuja a las personas a migrar. Generalmente, esa aspiración está vinculada a un (creciente) descontento o insatisfacción con las condiciones de trabajo/vida actuales (los llamados «factores impulsores»), así como al conocimiento de que existe – y a la ilusión de encontrar – un trabajo mejor en otro lugar (los llamados «factores atractores»). Según las conclusiones de un estudio reciente del África subsahariana, ambos tipos de factores, tanto los impulsores como los atractores, tienen su importancia (10). Las preocupaciones de los trabajadores en relación con la falta de perspectivas de ascenso, la mala gestión, la sobrecarga de trabajo, la falta de servicios, el deterioro del sistema de salud, la precariedad de las condiciones de vida y los elevados niveles de violencia y delincuencia son algunos de los factores impulsores de la migración (véase la figura 5.2). Entre los factores atractores destaca la perspectiva de recibir una mejor remunera-

Figura 5.2 Motivos alegados por los trabajadores sanitarios para migrar, en cuatro países africanos (Sudáfrica, Camerún, Uganda y Zimbabwe)



Fuente: (10).

Cuadro 5.2 Médicos formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE

País de origen	Número total de médicos en el país de origen	Médicos que trabajan en ocho países receptores de la OCDE ^a	
		Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo del país de origen
Angola	881	168	19
Camerún	3 124	109	3
Etiopía	1 936	335	17
Ghana	3 240	926	29
Mozambique	514	22	4
Nigeria	34 923	4 261	12
República Unida de Tanzania	822	46	6
Sudáfrica	32 973	12 136	37
Uganda	1 918	316	16
Zimbabwe	2 086	237	11
Total	82 417	18 556	Promedio 23

^a Países receptores: Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Portugal y Reino Unido.
Fuente: (11).

Cuadro 5.3 Enfermeras y asistentes de partería formados en el África subsahariana que trabajan en países de la OCDE

País de origen	Número total de enfermeras y asistentes de partería en el país de origen	Enfermeras y asistentes de partería que trabajan en siete países receptores de la OCDE ^a	
		Número	Porcentaje de la fuerza de trabajo del país de origen
Angola	13 627	105	0
Botswana	7 747	572	7
Camerún	26 032	84	0
Etiopía	20 763	195	0
Ghana	17 322	2 267	13
Guinea-Bissau	3 203	30	0
Kenya	37 113	1 213	3
Lesotho	1 123	200	18
Malawi	11 022	453	4
Mauricio	4 438	781	18
Mozambique	6 183	34	0
Namibia	6 145	54	0
Nigeria	210 306	5 375	3
República Unida de Tanzania	13 292	37	0
Sudáfrica	184 459	13 496	7
Swazilandia	4 590	299	7
Uganda	17 472	21	0
Zambia	22 010	1 198	5
Zimbabwe	9 357	3 183	34
Total	616 204	29 597	Promedio 5

^a Países receptores: Canadá, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, Irlanda, Portugal y Reino Unido.
Nota: Datos recopilados por la OMS a partir de diversas fuentes.

ración, lograr una mejor preparación, ganar experiencia y trabajar en un entorno más seguro, así como diversas consideraciones de índole familiar (véase la figura 5.2). En Zimbabwe, por ejemplo, un alarmante 77% de los estudiantes universitarios de final de carrera eran alentados por sus familias a emigrar (13).

Al margen de los deseos particulares de los trabajadores y sus familias, es evidente que la rápida globalización del sector terciario en las últimas dos décadas ha contribuido a impulsar las migraciones en el campo de la salud (14–18). Al mismo tiempo, los países de ingresos altos registran una creciente demanda insatisfecha de trabajadores sanitarios, debido en parte al rápido envejecimiento de sus poblaciones. En respuesta a estos fenómenos, se están produciendo dos cambios importantes en el mercado mundial: en primer lugar, un número cada vez mayor de países de ingresos medios forman trabajadores sanitarios para la exportación internacional (véase el recuadro 5.1); en segundo lugar, las agencias profesionales han empezado a recurrir en mayor medida al mercado internacional para surtir de trabajadores, lo que plantea una serie de interrogantes relacionados con la ética de la contratación (véase el recuadro 5.2).

Impacto de las migraciones

La emigración de trabajadores de la salud comporta también aspectos positivos. Este fenómeno genera cada año miles de millones de dólares en concepto de remesas (el dinero enviado por los migrantes a sus hogares). Tanto es así, que en algunos países de renta baja se ha llegado a asociar la emigración con una disminución de la pobreza (22). En caso de retorno, los trabajadores sanitarios vuelven a sus países de origen con un rico bagaje de conocimientos técnicos y prácticos. Ahora bien, cuando las tasas de emigración de médicos y enfermeros son elevadas, los países que han financiado su educación no sólo no obtienen ningún beneficio de su inversión sino que acaban otorgando involuntariamente una especie de «subsidio perverso» a los países ricos a los que van a parar sus profesionales (23). Con todo, las pérdidas financieras no constituyen el efecto más perjudicial. Si el sistema de salud de un país es frágil, la merma de personal sanitario puede empujarlo al borde del desmoronamiento, pudiendo medirse las consecuencias en términos de vidas perdidas. En esas circunstancias, los cálculos relativos a las migraciones internacionales dejan de centrarse en el éxodo o la afluencia de profesionales para establecer la magnitud de los «flujos letales» (24).

Estrategias para gestionar la migración

Los movimientos de trabajadores sanitarios vienen generados por una combinación de factores – relacionados con la situación del propio trabajador, el lugar de trabajo

« Si un sistema de salud es frágil, la merma de personal sanitario puede empujarlo al borde del desmoronamiento »

Recuadro 5.1 Cuando el «éxodo de profesionales» da paso a la «recuperación de cerebros»: el caso de Filipinas

Según estima la Comisión de Filipinos en el Extranjero, más de 7,3 millones de filipinos – aproximadamente un 8% de la población del país – residen en el exterior. El Gobierno de Filipinas, que lleva unos años fomentando la migración temporal de profesionales del país, ha adoptando medidas para convertir las remesas en un instrumento eficaz de desarrollo nacional (también en materia sanitaria), alentando a los migrantes a efectuar sus envíos de dinero a través de cauces oficiales. En 2004, el Banco Central de Filipinas cifró la cuantía total de remesas en US\$ 8500 millones, lo que equivale a un 10% del producto interno bruto (PIB) del país.

Al mismo tiempo, el Gobierno está aplicando una serie de estrategias para fomentar el retorno de los migrantes que llevan cierto

tiempo trabajando en el extranjero. La Administración Filipina del Empleo en el Extranjero se creó en 1995 con el cometido de promover el regreso y la reintegración de los migrantes. Los retornados se benefician de numerosos privilegios, como la exención de impuestos para las compras realizadas durante un año; el acceso a préstamos en condiciones preferenciales para capital de explotación y la posibilidad de solicitar becas de estudio.

El experimento de Filipinas ha reportado resultados alentadores y es considerado por algunos países en desarrollo como un modelo a seguir.

Fuente: (19).

y las fuerzas del mercado – de una complejidad tal que resulta imposible atajar el problema con una intervención sencilla o única. En las siguientes secciones se analizan algunas estrategias de gestión de la migración destinadas a proteger a los trabajadores sanitarios y minimizar las desigualdades. Una actuación en tres frentes – en los países de origen, en los países receptores y a nivel internacional – puede mitigar los efectos negativos de la migración.

Estrategias centradas en los países de origen

Los países de origen pueden barajar una amplia variedad de opciones para gestionar la migración, en particular las dos estrategias clave siguientes: proporcionar a los trabajadores sanitarios una capacitación acorde con su lugar de empleo y ofrecer facilidades para el retorno de profesionales que se marcharon a trabajar al extranjero.

Estrategia 5.1 Ajustar la capacitación a las necesidades y demandas

Una capacitación que esté centrada en las condiciones locales puede ayudar a contener la merma de recursos humanos. Según las enseñanzas extraídas de iniciativas puestas en marcha hace tiempo para mejorar la cobertura de personal sanitario en las zonas rurales, la formación de trabajadores locales – en los idiomas locales y en los conocimientos pertinentes para las condiciones del lugar – contribuye a amortiguar las tasas de deserción (25, 26). La aplicación de este tipo de enfoques en relación con la capacitación a menudo conlleva la expedición de certificados de estudios que no son reconocidos a nivel internacional, lo que restringe aún más las migraciones. Ahora bien, para alcanzar la meta propuesta es imprescindible ofrecer un amplio abanico de incentivos y opciones de formación en el servicio y asegurar la participación de instituciones clave, como las universidades y las asociaciones profesionales (25, 27).

Incluso en caso de continuar las migraciones, los esfuerzos de expansión de la formación pueden contribuir a reducir los déficits de personal. Para preservar la calidad de la enseñanza, es necesario contar con una autoridad certificadora que funcione con eficacia, sobre todo si la expansión de las instituciones de capacitación se produce de forma rápida. En los países de ingresos bajos sometidos a una gran presión fiscal, una expansión de esa índole requeriría una considerable participación financiera del sector privado o bien ayuda externa. También es fundamental que aumenten las oportunidades de empleo para los titulados, ya sea a través del sector público (si las restricciones fiscales no lo impiden) o del sector privado.

La capacitación se puede programar igualmente con el fin específico de atender

« Filipinas
lleva muchos años
formando personal
de enfermería para la
exportación »

Recuadro 5.2 Las agencias de contratación y las migraciones

Las agencias de contratación de profesionales médicos están en pleno auge, y existe una preocupación generalizada de que contribuyan a incentivar la emigración de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos. Según las conclusiones de un estudio realizado en 2004, fueron agencias de este tipo las que promovieron el grueso de las contrataciones de trabajadores procedentes del Camerún (10); un reciente análisis, centrado en cerca de 400 enfermeras emigradas que viven en Londres, demostró que nada menos que dos terceras partes de las encuestadas habían sido reclutadas por agencias para trabajar en Gran Bretaña (9). El presidente de la principal asociación de enfermeros de Mauricio observó recientemente que algunos empleadores británicos envían a los países agentes de reclutamiento para ponerse directamente en contacto con enfermeras y luego negociar contratos con toda discreción. Otro ejemplo es Varsovia,

ciudad en la que de pronto han aparecido docenas de agencias que tratan de captar médicos polacos para ejercer en el Reino Unido.

Muchos cuestionan la eticidad de las prácticas aplicadas por las agencias de contratación. Los trabajadores sanitarios contratados por agencias privadas a veces se encuentran con sorpresas poco gratas, como la obligación de tener que abonar cierta cantidad por los servicios prestados, que los sumen de inmediato en una situación de desventaja económica. Diversos estudios han demostrado asimismo que los profesionales sanitarios migrantes a menudo empiezan a trabajar antes de completarse su registro y que durante el tiempo de espera reciben remuneraciones inferiores a la norma (20–21).

las demandas de exportación. Filipinas, dentro de una política más amplia de fomento de la migración de trabajadores (véase el recuadro 5.1), lleva muchos años formando profesionales sanitarios, sobre todo personal de enfermería, para la exportación: en los Estados Unidos, por ejemplo, estos profesionales representan un 76% de los enfermeros diplomados extranjeros (28). De modo análogo, Cuba ha exportado miles de trabajadores de la salud, en el marco de sus relaciones bilaterales con otros países. Algunos países, como China, la India, Indonesia y Viet Nam, también aplican estrategias de exportación o están estudiando la posibilidad de hacerlo (29). Aunque estas estrategias no han sido sometidas a una evaluación sistemática, la experiencia indica que se caracterizan por un uso intensivo de recursos, que requieren el establecimiento de una autoridad institucional encargada de la formación y la expedición de los títulos pertinentes y que deben ir acompañadas de una cuidadosa gestión de las interacciones con el mercado interno o local de trabajadores de la salud.

Estrategia 5.2 Mejorar las condiciones locales

Como se señala en el capítulo 4, las actuaciones relacionadas con la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores contribuyen a eliminar los factores impulsores que inducen a los trabajadores a migrar. Pese a la ausencia de evaluaciones sistemáticas de los efectos que esas intervenciones tienen en las tasas de migración, la experiencia demuestra que la remuneración, los incentivos económicos, la seguridad financiera, la buena gestión y las posibilidades de ascender son todos ellos elementos de peso. Para facilitar la captación, y la permanencia, de trabajadores de la salud se recurre también a medidas de mejora de las condiciones de vida relacionadas con el transporte, la vivienda y la educación de otros miembros de la familia (30).

En los casos en que la formación del trabajador sanitario es costeada por el futuro empleador, pertenezca éste al sector público o privado, se establecen una serie de obligaciones contractuales o «cláusulas vinculantes» en virtud de las cuales el primero se compromete a trabajar para el segundo durante un determinado periodo. Aunque se trata de una práctica bastante extendida, se sabe poco sobre su eficacia. Las enseñanzas extraídas son ambivalentes: por un lado, la medida en cuestión permite asegurar una buena cobertura, pero por otro, suele ir acompañada de un bajo nivel de desempeño entre los trabajadores y de elevadas tasas de movimiento de personal (31).

Las encuestas centradas en los trabajadores migrantes indican que éstos suelen tener un gran interés por volver a trabajar en su país de origen (32). Como ilustra la estrategia de «generación de conocimientos» aplicada por Filipinas (recuadro 5.1), una gestión institucional activa de la migración puede facilitar el bienestar de los migrantes no sólo en el extranjero sino también a su regreso al país de origen. La disponibilidad de servicios especiales de migración para los trabajadores de la salud también podría contribuir a que éstos mantengan durante su ausencia vínculos productivos con las instituciones sanitarias locales (33).

Estrategias centradas en los países receptores

Los países receptores deben preocuparse por los derechos y el bienestar de los trabajadores migrantes y no cerrar los ojos ante las consecuencias negativas que su ausencia produce en los países de origen.

Estrategia 5.3 Asegurar que los trabajadores migrantes reciban un trato justo

Los escasos, aunque cada vez más abundantes, datos disponibles sobre la experiencia de los trabajadores sanitarios migrantes suscitan inquietudes en cuanto al incumplimiento de sus expectativas de envío de remesas, su seguridad personal, su aislamiento racial y cultural y la aplicación de condiciones de trabajo inferiores; otro factor preocupante es que conocen mal sus derechos y que su capacidad para ejercerlos es limitada (21, 34–37). Los trabajadores migrantes deben ser contratados en las mismas condiciones que el personal local y poder acceder a oportunidades de orientación cul-

tural. Asimismo, es primordial tener en funcionamiento políticas destinadas a detectar y combatir el racismo entre el personal y los usuarios (38).

Estrategia 5.4 Adoptar políticas de contratación responsables

Los países receptores tienen la responsabilidad de velar por que en la contratación de trabajadores procedentes de países con graves déficits de personal se tengan presentes las consecuencias negativas conexas. Conviene que dentro de las consideraciones de los futuros empleadores y las agencias de contratación cobren mayor peso factores como la magnitud de las inversiones que se destinan a la capacitación de dispensadores de atención sanitaria y los efectos inmediatos que causa la ausencia de los que optan por migrar. La celebración de consultas y negociaciones con los ministerios de salud, las unidades de planificación de plantillas y las instituciones de capacitación, en forma similar a la concertación de acuerdos bilaterales, contribuirá a evitar acusaciones de «sustracción de personal» y otras prácticas de contratación poco encomiables. Más abajo, se examina la formulación de instrumentos para la adopción de prácticas normativas en materia de contratación internacional.

Estrategia 5.5 Apoyar la disponibilidad de recursos humanos en los países de origen

Muchos países son al mismo tiempo receptores de migrantes y proveedores de asistencia internacional para el desarrollo destinada a la salud. A través de esta estructura ya existente, las iniciativas de apoyo podrían ir orientadas más directamente a la expansión de la fuerza de trabajo, no sólo con el fin de mitigar el impacto de la emigración sino también para solventar los problemas de recursos humanos que dificultan la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud (véase el capítulo 2).

Además de la ayuda destinada al fortalecimiento del personal sanitario en los países de origen, también hay disponibles importantes fuentes externas de apoyo directo en materia de recursos humanos dentro del contexto de los desastres humanitarios y las iniciativas de erradicación de enfermedades, así como a través de un número creciente de organizaciones no gubernamentales internacionales. Las «brigadas médicas» de Cuba, por ejemplo, han enviado 450 profesionales sanitarios a zonas deficitarias de Sudáfrica y más de 500 a zonas rurales de Haití. También cabe citar aquí a la Asociación de Médicos de Origen Indio, de la Región de las Américas, que con sus 35 000 facultativos constituye un importante proveedor de servicios de voluntariado (39). El hermanamiento

Recuadro 5.3 Ejemplo de un acuerdo bilateral concertado entre Sudáfrica y el Reino Unido

En 2003 Sudáfrica y el Reino Unido firmaron un acuerdo para: crear vínculos de asociación en lo referente a cuestiones de capacitación sanitaria y recursos humanos; facilitar desplazamientos de duración limitada; y promover el intercambio de información, asesoramiento y conocimientos técnicos. El memorando de entendimiento concertado al efecto prevé una serie de modalidades que permiten a los profesionales sanitarios de un país residir en el otro durante estancias de duración limitada, con el fin de perfeccionar su formación y efectuar prácticas, en beneficio de una y otra parte.

El intercambio de información y conocimientos técnicos abarca las esferas siguientes:

- regulación profesional;
- salud pública y atención primaria;
- planificación de la plantilla;
- planificación estratégica;
- alianzas publico-privadas, incluidas iniciativas de financiación privadas;
- revitalización de hospitales, incluida la gobernanza;

- hermanamiento de hospitales, con objeto de compartir buenas prácticas y fortalecer la gestión;
- capacitación en gestión de la atención sanitaria.

En el marco de este compromiso, se facilita el acceso mutuo de los profesionales sanitarios a las universidades y demás centros de formación para cursar programas de capacitación específicos o realizar visitas de estudio. Está previsto que los profesionales vuelvan a su país una vez concluido el periodo de intercambio, para lo cual se les conserva el puesto que ocupaban antes. A su regreso, utilizarán los nuevos conocimientos para apoyar el desarrollo del sistema sanitario en su propio país. En la Reunión de Ministros del Commonwealth celebrada en mayo de 2005, la Ministra de Salud de Sudáfrica informó sobre lo eficaz que estaba resultando el acuerdo bilateral para gestionar la migración de trabajadores sanitarios.

Fuente: (41).

directo de instituciones sanitarias entre países ricos y pobres, una forma muy extendida de asistencia para el desarrollo (40), implica igualmente importantes movimientos de trabajadores sanitarios en ambos sentidos. Al aumentar la concienciación sobre los déficits de recursos humanos que padecen los países pobres y el empeño por lograr los ODM relacionados con la salud, se han empezado a estudiar ambiciosas políticas para incrementar esos flujos (41). El despliegue de esfuerzos más sistemáticos para comprender la experiencia colectiva de esos programas, podría aportar mayores beneficios a los países de origen y a los países receptores, tanto a corto como a largo plazo.

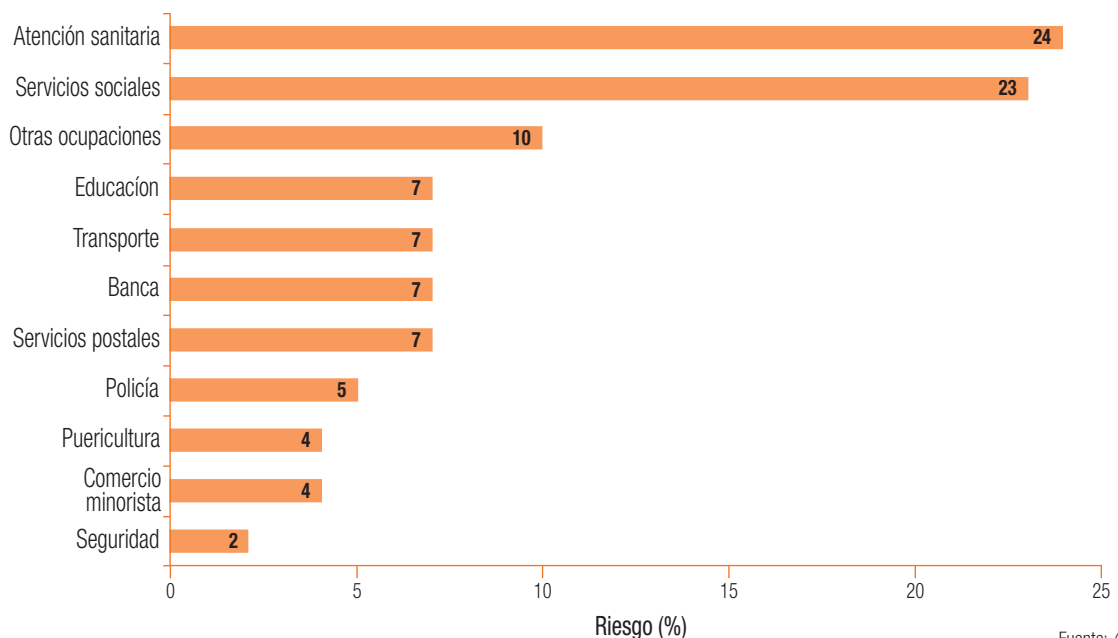
Instrumentos internacionales

Desde una perspectiva internacional, la demanda de que se tengan en cuenta al mismo tiempo los derechos de los trabajadores sanitarios migrantes y las inquietudes éticas relacionadas con la necesidad de asegurar que haya suficiente personal sanitario en los países de origen ha propiciado la formulación de diversas directrices, códigos de prácticas y políticas de contratación basados en criterios éticos (42). En los últimos cinco años, han surgido alrededor de una docena de instrumentos de esta índole, elaborados por autoridades nacionales, asociaciones profesionales y organismos internacionales. Aunque no son jurídicamente vinculantes, establecen normas de conducta importantes para los principales actores que intervienen en la contratación internacional de trabajadores sanitarios. Queda por ver si esas normas son suficientemente influyentes para propiciar los cambios deseados.

El modo 4 del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) trata del movimiento temporal de las personas físicas que suministran servicios en el territorio de otro miembro de la OMC. Hasta la fecha, dicho instrumento aún no ha sido empleado para establecer el carácter equitativo de un acuerdo comercial concertado entre dos países en relación con el suministro de dispensadores de servicios de salud. Al igual que ocurre con otros mecanismos del AGCS, no se puede dar por sentado que los países más pobres tengan la capacidad necesaria para representar y defender eficazmente sus intereses (43).

Los acuerdos bilaterales sobre dispensadores de servicios de salud pueden ofrecer un marco explícito y negociado para la gestión de las migraciones. Cuba lleva ya tiempo concertando este tipo de acuerdos con numerosos países, aunque en otros lugares del

Figura 5.3 Ocupaciones con riesgo de violencia, Suecia



«En muchos países, los trabajadores sanitarios corren el riesgo de padecer actos de violencia, accidentes o enfermedades e incluso de morir»»

mundo la adopción de este instrumento es más reciente (véase el recuadro 5.3). Las tendencias migratorias son tan complejas – por ejemplo, un país puede recibir trabajadores sanitarios de muchos Estados y al mismo tiempo enviar trabajadores sanitarios al exterior –, que plantean interrogantes importantes sobre la viabilidad de administrar múltiples acuerdos bilaterales para un país determinado. Por otro lado, no está claro hasta qué punto un acuerdo bilateral entre dos gobiernos puede abarcar los flujos no gubernamentales de trabajadores sanitarios.

RIESGOS OCUPACIONALES QUE AFRONTAN LOS TRABAJADORES SANITARIOS

En muchos países, los trabajadores sanitarios corren el riesgo de padecer actos de violencia, accidentes o enfermedades e incluso de morir, lo que puede llevarlos a abandonar su empleo.

La violencia

Aunque la violencia puede golpear a los trabajadores de cualquier ramo, las estadísticas indican que los del sector de la salud registran unos niveles de riesgo particularmente elevados (44, 45). En Suecia, por ejemplo, la atención sanitaria es el sector donde el riesgo de violencia es mayor, como se puede comprobar en la figura 5.3 (46).

La violencia ejercida contra las mujeres empleadas en el sector sanitario se ha convertido en un problema particularmente preocupante (47). Entre los actos violentos más frecuentes figuran la violencia física, las agresiones sexuales y los actos de acoso (48). Algunos estudios sugieren que existe una relación directa entre las agresiones y el aumento de las bajas por enfermedad, los casos de desgaste y la rotación de personal (49, 50).

Recuadro 5.4 Aplicación práctica de las estrategias: ejemplos de gestión de las bajas de personal

Los siguientes ejemplos muestran cómo los países aplican algunas de las estrategias examinadas en el cuerpo del documento para evitar que los trabajadores abandonen el sector sanitario y minimizar los efectos de las bajas.

Estrategia 5.6 Formular y aplicar tácticas contra la violencia: Reino Unido

La campaña de «tolerancia cero» contra la violencia se puso en marcha en 1998 y se publicitó principalmente a través de una serie de eventos con gran cobertura informativa. Según una encuesta realizada después de su introducción en 45 centros del Servicio Nacional de Salud, las medidas más comúnmente aplicadas son las que siguen: vigilancia mediante sistemas de televisión en circuito cerrado (77%), control del acceso a determinadas zonas (73%), guardas de seguridad (73%), mejora de la iluminación (68%), mejora de las señales indicadoras (68%), mejoras en el espacio y la distribución de éste (62%) y en la decoración de las zonas abiertas al público (47%), creación de zonas de fumadores (42%) y salas privadas (33%), mejora de la limpieza (31%) y control del ruido (28%) y de la temperatura (15%). Algunos de estos cambios no se han introducido específicamente en relación con la reducción de la violencia en el lugar de trabajo, sino como medidas para el mejoramiento general de las instituciones (52).

Estrategia 5.7 Crear y consolidar un entorno laboral seguro: Swazilandia y Zambia

La asociación nacional de enfermería de Swazilandia ha establecido un centro de excelencia para la promoción de la salud integral, especializado en el VIH y la tuberculosis, que atiende a los trabajadores

seropositivos y a sus familias; en Zambia, los enfermeros y otros dispensadores de atención sanitaria son el grupo destinatario de un programa especial cuya finalidad es asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño (53).

Estrategia 5.9 Recuperar a los trabajadores sanitarios empleados fuera del sector de la salud: Irlanda

La Organización Irlandesa de Enfermeras encargó una encuesta sobre las enfermeras que viven en el país y no están en ejercicio, con el fin de evaluar el número eventual de «efectivos recuperables» y determinar la eficacia que podrían tener distintas estrategias para alentarlas a reincorporarse al cuerpo sanitario. Según los resultados de ese estudio, la introducción de horarios flexibles y la aplicación de incrementos salariales podrían contribuir a animarlos a retomar su trabajo (54).

Estrategia 5.11 Crear la capacidad y formular los instrumentos de política adecuados para gestionar las jubilaciones: Guyana

El Gobierno decidió contratar a enfermeras jubiladas para cubrir las necesidades de personal dentro de los Proyectos de Reducción y Prevención del VIH/SIDA en Guyana (GHARP); el objetivo era evitar la «sustracción» de enfermeras empleadas en otros sectores del servicio sanitario, que de lo contrario abandonarían sus puestos actuales. Se recibieron 495 candidaturas para los 61 empleos ofrecidos por el GHARP. Una vez contratadas, las «nuevas» trabajadoras recibieron la capacitación necesaria para complementar y actualizar sus conocimientos (55).

Estrategia 5.6 Formular y aplicar tácticas contra la violencia

En el marco de su programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud, la Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras, la OMS y la Internacional de Servicios Públicos han publicado una serie de directrices sobre prevención y prestación de atención y apoyo a las víctimas y sobre control de la violencia en el lugar de trabajo (51). La adopción de medidas contra la violencia en el lugar de trabajo puede exigir cuantiosas inversiones, como demuestra el ejemplo de la campaña «tolerancia cero» puesta en marcha en el Reino Unido (véase el recuadro 5.4).

Otros riesgos

Los riesgos ocupacionales y el estrés también juegan en contra de la permanencia de los trabajadores sanitarios. En el Canadá, por ejemplo, las enfermeras figuran entre los profesionales con las tasas más elevadas de baja por enfermedad, debido principalmente al estrés, el desgaste y los traumatismos osteomusculares asociados al trabajo (56). De no contarse con unas directrices básicas sobre salud y seguridad, y con la capacidad necesaria para aplicarlas, los trabajadores sanitarios se exponen a sufrir accidentes y contraer enfermedades infecciosas.

Uno de los mayores riesgos de infección – no sólo para los dispensadores de servicios de salud sino también para el personal administrativo y auxiliar, por ejemplo los trabajadores encargados de la limpieza y la evacuación de desechos – son las heridas causadas durante la eliminación de agujas y jeringas u otros residuos biomédicos en condiciones no seguras. Cada año, en todo el mundo, tres millones de trabajadores sanitarios están expuestos al contagio de patógenos de transmisión hemática por vía percutánea: 2 millones a la hepatitis B, 900 000 a la hepatitis C y 170 000 al VIH. Las heridas de este tipo provocan, respectivamente, 15 000, 70 000 y 1000 infecciones. Más del 90% de las infecciones se producen en los países en desarrollo (57).

Estrategia 5.7 Crear y consolidar un entorno laboral seguro

Las infecciones por exposición accidental a sangre suelen poderse prevenir si los trabajadores sanitarios utilizan indumentaria protectora adecuada, por ejemplo guantes y protección para los ojos, si los derrames de líquidos orgánicos se limpian rápidamente y si los desechos biomédicos se eliminan de forma correcta. La OMS recomienda asimismo una inmunización sistemática contra la hepatitis B y la adopción de medidas inmediatas en caso de exposición a la sangre o a líquidos orgánicos (57).

Morbilidad y mortalidad causadas por el VIH/SIDA

En las zonas con tasas elevadas de VIH/SIDA, la disminución de los efectivos sanitarios por enfermedad o muerte alcanza niveles alarmantes. En Zambia las defunciones de enfermeras aumentaron en dos hospitales de 2 por 1000 en 1980 a 26,7 por 1000 en 1991. Según las estimaciones disponibles, Botswana vio menguar entre 1999 y 2005 su fuerza laboral sanitaria en un 17% a causa del SIDA. Si los trabajadores infectados por el VIH no reciben el tratamiento adecuado, la proporción de los que acaban falleciendo debido al SIDA podría ascender al 40% en 2010 (58, 59). En Lesotho y Malawi, las defunciones constituyen el principal motivo de merma de los recursos humanos (60, 61). Dentro del personal sanitario con VIH/SIDA, los niveles de absentismo laboral pueden representar hasta un 50% del tiempo de trabajo en el último año de vida de un trabajador (62).

En el África subsahariana, el VIH/SIDA ha convertido los centros sanitarios en un lugar de trabajo peligroso. Sólo unos pocos países africanos, en particular Swazilandia y Zambia, cuentan con programas

«Cada año, en todo el mundo, tres millones de trabajadores sanitarios están expuestos a la transmisión del VIH y los virus de la hepatitis por la sangre»

para ofrecer asesoramiento, apoyo y tratamiento a los trabajadores sanitarios expuestos al VIH (véase el recuadro 5.4). Es imperativo asegurar una rápida expansión de esos programas (63).

En 2005, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo y un cuadro de expertos (64) establecieron unas directrices sobre el VIH/SIDA y los servicios de salud que contienen recomendaciones específicas sobre prevención, capacitación, detección, tratamiento y confidencialidad (véase el recuadro 5.5).

CAMBIOS DE OCUPACIÓN O DE SITUACIÓN LABORAL

Los trabajadores que abandonan el mercado laboral de la salud o reducen su tiempo de dedicación al mismo pueden provocar déficits de personal.

Trabajadores que optan por una reducción de la semana laboral

En los países de la OCDE, los trabajadores tienden cada vez más a buscar un equilibrio más satisfactorio entre el tiempo dedicado, respectivamente, al trabajo, al ocio y a la familia, y los profesionales de la salud no son ninguna excepción.

Según los datos disponibles, muchos médicos – en especial los jóvenes, que tienden a conferir mayor importancia al tiempo reservado a los asuntos personales – optan por trabajar menos horas (65, 66). Por otro lado, cada vez más trabajadores, sobre todo mujeres, aspiran a un empleo a tiempo parcial (67–71).

Estrategia 5.8 Atender las necesidades y expectativas de los trabajadores

Ofrecer empleos a tiempo parcial y facilitar la reincorporación de las trabajadoras tras una licencia de maternidad, puede contribuir a evitar deserciones de la fuerza laboral y a fomentar el regreso de profesionales que la han abandonado. La disponibilidad de servicios de puericultura asequibles, la prestación de apoyo financiero y la concesión de licencias adaptadas a las necesidades familiares también constituyen elementos susceptibles de promover la afluencia de personal, sobre todo en el sector de la enfermería (72, 73).

Trabajadores de la salud empleados en sectores distintos del sanitario

Apenas existe información fiable sobre el número de trabajadores que sin haber alcanzado la edad de jubilación abandonan el sector de la salud, pero está claro que esa situación puede darse por diversos motivos. En algunos casos los trabajadores quizás

Recuadro 5.5 Medidas para un entorno laboral seguro: el VIH/SIDA

Los principios fundamentales en que se basan las directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA incluyen:

- La prevención y contención de los riesgos de transmisión: es preciso adoptar medidas de identificación, evaluación y control de los riesgos y adoptar disposiciones de profilaxis posterior a la exposición.
- El mantenimiento de un diálogo nacional permanente, que incluya todo tipo de negociaciones, consultas e intercambios de información entre los gobiernos, los empleadores y los trabajadores, debe constituir un mecanismo clave para la introducción de políticas y programas centrados en el VIH/SIDA que propicien la creación de entornos laborales más seguros y saludables.
- Debe ofrecerse información, educación y capacitación para convertir los lugares de trabajo en entornos atentos a las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y a los derechos y necesidades de

los pacientes, así como de los trabajadores. No debe recurrirse a la realización de pruebas obligatorias de detección del VIH para excluir a las personas afectadas del mundo laboral; los trabajadores con VIH/SIDA deben mantener sus empleos mientras estén médicamente aptos para desempeñarlos.

- Perspectiva de género: dado que el sector de servicios de salud da empleo a muchas mujeres, debe prestarse especial atención a las dificultades encaradas por las trabajadoras en los entornos laborales de la atención sanitaria. Es preciso contar con programas, planes educativos e iniciativas de capacitación que aseguren que tanto los hombres como las mujeres conozcan sus derechos, dentro y fuera del lugar de trabajo.

Fuente: (64).

consideren que los empleos disponibles son inaceptables o están mal ubicados, y en otros es posible que simplemente carezcan de oportunidades laborales en su sector. La enfermería es un buen ejemplo: en los Estados Unidos, de los aproximadamente 500 000 enfermeros diplomados no activos en el mercado laboral de esta profesión, 36 000 están buscando empleo en el sector de la enfermería y 136 000 desempeñan ocupaciones no relacionadas con ésta, unos datos que contrastan con el número estimado de puestos vacantes, que es superior a 100 000 (74). En cambio, en Kenya hay en estos momentos unos 5000 enfermeros que no están ejerciendo su profesión debido, en parte, a la aplicación de topes o cupos para la contratación de trabajadores sanitarios en el sector público (75). En Sudáfrica el número de enfermeros diplomados inactivos o desempleados ronda los 35 000, pese a que hay 32 000 vacantes (76).

Estrategia 5.9 Recuperar a los trabajadores sanitarios empleados fuera del sector de la salud

Se dispone de pocos datos sobre la eficacia de las políticas destinadas a captar a trabajadores fuera del sector de la salud, pero algunos indicios apuntan a que pueden hacer que mejore la situación. Efectuando los estudios pertinentes, se podría determinar qué tipo de condiciones alentarían a los trabajadores sanitarios a retomar los empleos para los que han sido formados (véase el ejemplo de Irlanda descrito en el recuadro 5.4).

Trabajadores ausentes y empleados fantasma

Aunque se dispone de bastantes datos aislados sobre el absentismo entre los trabajadores sanitarios (sobre todo en Asia Sudoriental), los investigadores sólo han empezado hace poco a medir el problema de forma sistemática. En un estudio reciente, en el marco del cual se efectuaron visitas no anunciadas en centros de atención primaria de seis países – Bangladesh, Ecuador, India, Indonesia, Perú y Uganda -, las tasas de absentismo en el cuerpo médico se cifraron entre un 23% y un 40%, tendiendo los niveles a ser más elevados en los países de ingresos bajos y, a nivel nacional, en las zonas de ingresos más bajos (77).

Un estudio realizado en Bangladesh identificó, como no es de extrañar, el aislamiento geográfico y la dificultad de acceso como principales aliados del absentismo. Las ausencias son mucho menos frecuentes entre el personal que trabaja en centros ubicados en aldeas o ciudades con electricidad y accesibles por carretera. Las tasas de absentismo suelen ir estrechamente ligadas a factores tales como la carencia de servicios de saneamiento adecuados, la falta de acceso a agua corriente potable y la ausencia de privacidad visual en el centro de salud (78).

Los empleados fantasma son personas que figuran en nómina pero que no existen, o que sólo trabajan a tiempo parcial (78). Su eliminación resulta compleja y costosa. Por otro lado, se dan casos en que las autoridades hacen la vista gorda ante el pluriempleo, por considerarlo una estrategia de supervivencia que permite a los trabajadores redondear los ingresos a un nivel satisfactorio y también un medio para alentar al personal sanitario a trabajar en lugares que, en otras circunstancias, resultarían poco atractivos. Esa tolerancia hacia los trabajadores fantasma quizás explique por qué en muchos países aún no se ha logrado aplicar una legislación que prohíba el pluriempleo. Otro lastre que pesa sobre la financiación del personal sanitario en algunos países es la práctica de no borrar de las nóminas a trabajadores que han abandonado el sector de la salud o que han fallecido. Así por ejemplo, en Ghana, de los 131 000 funcionarios públicos que figuraban en nómina a finales de agosto de 1987, 1500 ya no trabajaban para el Estado (79).

Estrategia 5.10 Hacer un seguimiento del personal sanitario

Las auditorías periódicas, los recuentos físicos, los cuestionarios y el cotejo de diferentes fuentes de datos podrían contribuir a identificar a los empleados fantasma y reducir el número de ausencias no autorizadas. La información obtenida por esos medios debería hacerse pública, y convendría facultar a las instituciones competentes para adoptar las medidas correctivas oportunas.

Cuadro 5.4 Edad reglamentaria de jubilación

Región de la OMS	Número de Estados Miembros		Edad de jubilación (años)	
	Total regional	Estados que han notificado datos	Promedio – hombres (intervalo)	Promedio – mujeres (intervalo)
África	46	37	58 (50–65)	57 (50–65)
Las Américas	35	34	62 (55–65)	61 (55–65)
Asia Sudoriental	11	6	55 (55–57)	55 (50–57)
Europa	52	49	64 (60–67)	61 (55–67)
Mediterráneo Oriental	21	15	60 (50–65)	57 (50–64)
Pacífico Occidental	27	20	58 (50–65)	58 (50–65)

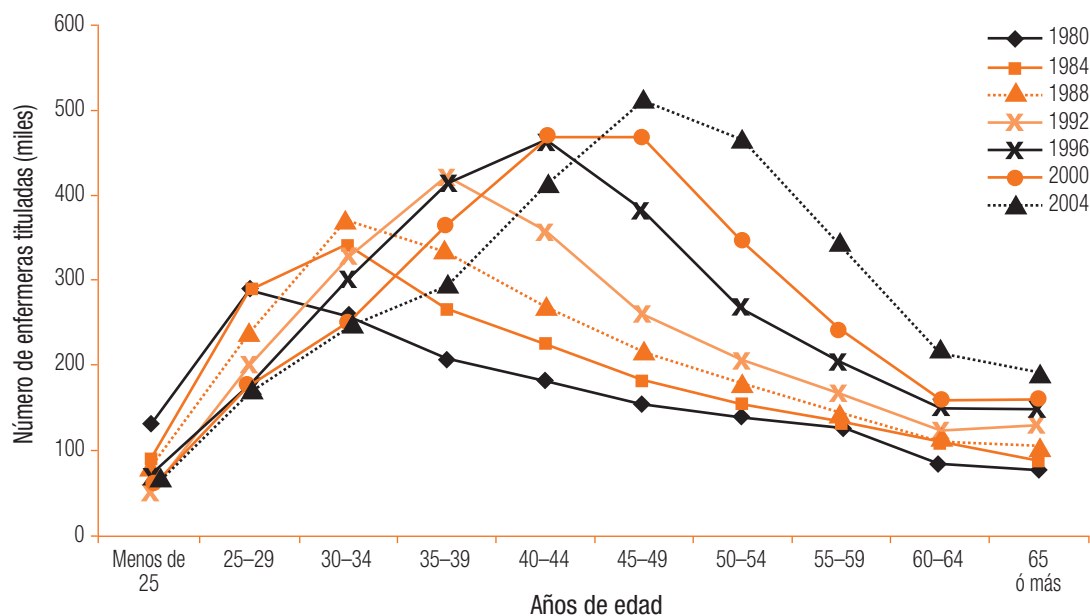
Fuente: (80, 81).

LA JUBILACIÓN

La media de edad reglamentaria de jubilación varía entre las distintas regiones de la OMS nada menos que en 8,2 años. Europa y las Américas son las regiones donde los trabajadores se jubilan más tarde, mientras que Asia Sudoriental se sitúa en el otro extremo (véase el cuadro 5.4). En todas las regiones, la edad reglamentaria de jubilación es más baja para las mujeres que para los hombres.

La edad reglamentaria no suele coincidir con la edad efectiva de jubilación (82). Según los datos disponibles, algunos profesionales sanitarios independientes siguen

Figura 5.4 Envejecimiento del personal de enfermería en los Estados Unidos de América



Fuente: (91).

trabajando después de alcanzar la edad del retiro (83, 89). Al mismo tiempo, en muchos países los trabajadores optan cada vez más por la jubilación anticipada (85). Esa tendencia parece estar calando también entre el personal sanitario (84) y probablemente se intensifique con la creciente presencia de mujeres, que se jubilan antes que sus compañeros del sexo opuesto (86–88).

Tasas de jubilación y riesgo de déficits

La información disponible sobre las tasas de jubilación de los trabajadores sanitarios es muy escasa. Con una vida laboral prevista de 30 años para los médicos y 23 para las enfermeras (89), y una distribución por edades uniforme, la tasa de jubilación se situaría en un 3% para los primeros y en un 4% para los segundos. Sin embargo, estas cifras no tienen en cuenta otros factores de baja, como la muerte, ni el peso de modalidades laborales diferentes, como el empleo a tiempo parcial, ni tampoco una distribución real por edades, de modo que las tasas de jubilación son en realidad más bajas. Se estima que en el Reino Unido se jubilan cada año unas 10 000 enfermeras (un 2% de la fuerza de trabajo especializada en enfermería) (87). En los países donde las carencias, establecidas sobre la base de las necesidades reales, son mayores, hay poca información disponible sobre el número de bajas que se producen en la fuerza laboral sanitaria. En el África subsahariana, se estima que se jubilan cada año entre 8780 y 13 070 dispensadores de servicios de salud (90), lo que equivale a entre un 0,6% y un 1% del personal sanitario. Aunque pueden parecer poco elevados, estos porcentajes correspondientes al continente africano se vuelven más preocupantes si se tienen en cuenta otros factores de abandono y se comparan con los niveles estimados de incorporación de nuevos trabajadores de la salud.

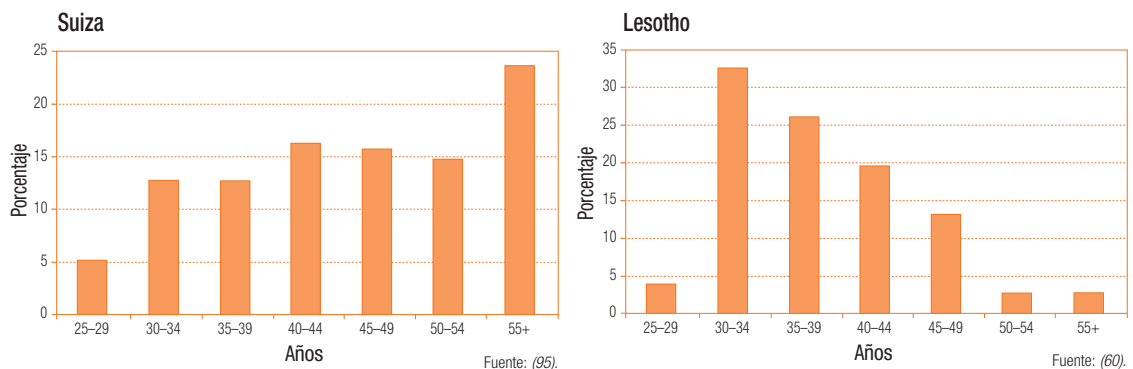
Envejecimiento de la fuerza de trabajo

En muchos países se registra una tendencia hacia la jubilación anticipada combinada con un aumento de la edad media de los trabajadores de la salud, una doble evolución que podría dar lugar a tasas de deserción masiva entre el personal sanitario (88, 91, 92). En muchos países, el grupo más nutrido de la fuerza laboral sanitaria está conformado por enfermeras de mediana edad – pertenecientes a la generación del «baby boom» que siguió a la Segunda Guerra Mundial – que alcanzarán la edad de jubilación en los próximos 10 ó 15 años. En los Estados Unidos, por ejemplo, el envejecimiento progresivo de la población de enfermeros diplomados que viene registrándose desde 1980 apunta a una aceleración de las tasas de disminución de efectivos correspondientes a ese colectivo, y ello en un periodo de creciente demanda (93, 94) (véase la figura 5.4).

No obstante, esta tendencia al envejecimiento no se da de forma homogénea en todas las partes del mundo. Algunos países en desarrollo, como Lesotho, cuentan por ejemplo con un cuerpo de médicos más joven que muchos países industrializados, como Suiza (véase la figura 5.5).

«En el Reino Unido se jubilan cada año unas 10 000 enfermeras»

Figura 5.5 Distribución de los médicos por edades



A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades y las migraciones, es relativamente fácil hacer previsiones en relación con la jubilación. La aplicación de políticas previsoras en esta materia podría evitar posibles déficits vinculados a las jubilaciones anticipadas y al envejecimiento del personal sanitario.

Estrategia 5.11 Crear capacidad y desarrollar instrumentos de política adecuados para gestionar las jubilaciones

Los sistemas de información pueden recoger datos detallados acerca de las estructuras por edades, los niveles anuales de disminución de los efectivos debido a las jubilaciones y al perfil de las mismas, elementos éstos que conforman la base para la formulación de políticas de gestión eficaces, capaces de reducir o incrementar el número de bajas atribuibles a esta causa. Una vez se hayan implantado políticas de este tipo, los empleadores podrán ofrecer a los trabajadores incentivos para retirarse anticipadamente o más tarde de lo previsto, y los gobiernos podrán aplicar subvenciones o gravámenes para modificar los costos asociados a la contratación de personas de más edad, o estudiar la posibilidad de introducir cambios en relación con la edad reglamentaria de jubilación. Los pensionistas representan un colectivo de trabajadores que podrían volver a incorporarse a la población activa para asegurar un incremento del número de efectivos y de la experiencia profesional, tan necesario en los entornos con recursos limitados del mundo entero. En el recuadro 5.4, se describe una política de esta índole aplicada en Guyana.

Necesidad de promover la transferencia de conocimientos

Con las jubilaciones, el sistema de atención sanitaria no sólo se queda sin los trabajadores que se retiran sino también sin la experiencia práctica y los conocimientos institucionales por ellos acumulados. Si no se vela por que quienes se van transfieran su experiencia y sus conocimientos a quienes se quedan – a través de planes de sucesión –, la fuerza laboral puede verse desposeída de competencias y aptitudes fundamentales. La mala planificación de las sucesiones ha sido identificada como uno de los principales problemas que arrastra el sector de la enfermería en las zonas rurales y remotas (96).

Estrategia 5.12 Promover la planificación de las sucesiones

La planificación de las sucesiones – que comprende estrategias dentro de las cuales los futuros jubilados actúan de orientadores de los trabajadores más jóvenes y participan en distintos mecanismos de intercambio de conocimientos, por ejemplo círculos de profesionales – puede contribuir a que los trabajadores sanitarios experimentados transmitan sus conocimientos a sus sucesores y minimizar el impacto de las jubilaciones en la fuerza laboral.

CONCLUSIONES

Aunque no se pretendía hacer un examen exhaustivo de los factores que provocan bajas temporales o permanentes en la fuerza de trabajo, se han analizado en este capítulo cuatro aspectos fundamentales: la migración; el riesgo de violencia, enfermedad o muerte; los cambios ocupacionales; y la jubilación. Si bien cada uno de estos elementos requiere un análisis detenido específico, con sus correspondientes respuestas, su examen como grupo permite obtener una visión de conjunto del problema de las bajas en la fuerza laboral o la disminución de los efectivos. De ese modo, es posible hacerse una idea de los niveles de deserción y evaluar, teniendo presente igualmente la información disponible sobre los niveles de afluencia, el nivel de equilibrio relativo en lo que a altas y bajas en la fuerza laboral se refiere. En una situación estable, con una fuerza laboral equilibrada, el número de altas – principalmente a través de la capacitación y la contratación – debería equivaler al número de bajas. Sin embargo, si el punto de partida es un déficit de personal importante, como ocurre en los 57 países con carencias graves identificados en el capítulo 1, las altas deberían superar con creces a las bajas.

El caso del África subsahariana es muy ilustrativo en ese sentido. En este capítulo hemos comprobado que el personal sanitario acusa elevados niveles de abandono, debido a las migraciones, los problemas de salud, el absentismo y, aunque en mucho menor medida, las jubilaciones. Para corregir los graves déficits que padece África, no basta con ampliar la incorporación de nuevos efectivos a través de la formación: habrá que reducir considerablemente las tasas de deserción reforzando las estrategias de retención, mejorando la salud de los trabajadores y reduciendo las pérdidas asociadas al absentismo y al fenómeno de los empleados fantasma.

Al examinar el conjunto de los factores que hacen que los trabajadores abandonen la fuerza laboral, queda claro lo importante que es mirar hacia el futuro y conocer las tendencias en esta esfera. En los países más ricos, la distribución del personal sanitario por edades revela una tendencia al envejecimiento, que a medio plazo dará lugar a una aceleración de las bajas por jubilación. De forma análoga, la distribución por sexos apunta a una feminización del sector, sobre todo en la profesión médica, con estructuras de empleo y jubilación para las mujeres que difieren notablemente de las correspondientes a los hombres. Ignorar estas tendencias sería un grave error: todas ellas ponen de manifiesto la necesidad de recurrir a una planificación prospectiva, con miras a evitar desequilibrios importantes. En el caso de las mujeres, es preciso redoblar los esfuerzos encaminados a asegurar que las ocupaciones sanitarias mantengan su carácter vocacional, ofreciendo una mayor protección contra los abusos y la falta de seguridad en el lugar de trabajo, una mayor flexibilidad en las modalidades de empleo para facilitar la conciliación de trabajo y vida familiar y unos mecanismos de ascenso que les permitan acceder a puestos de alta gestión y liderazgo en el sector de la salud.

Por último, como ilustra el ejemplo de las migraciones internacionales, la fuerza laboral sanitaria está estrechamente vinculada a los mercados de trabajo mundiales. Los déficits registrados en los países más ricos envían intensas señales de mercado a los países más pobres, y éstos responden inevitablemente con un aumento de los flujos de trabajadores migrantes. A la hora de articular sus planes en materia de recursos humanos, los países deben reconocer ésta y otras interacciones que trascienden sus fronteras. En los próximos dos capítulos, se hace hincapié en las dificultades relacionadas con la formulación de estrategias nacionales en el actual contexto mundial.

REFERENCIAS

1. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>, consultado el 2 de febrero de 2006).
2. Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper 2; WHO/EIP/OSD/00.2; http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf, consultado el 23 de enero de 2006).
3. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2005 (Issue Paper 4; <http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
4. Buchan J, Thompson M, O'May F. *Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper 4. Incentive and remuneration strategies; WHO/EIP/OSD/00.14; http://www.who.int/health-services-delivery/disc_papers/Incentives_remuneration.pdf, consultado el 23 de enero de 2006).
5. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz M.R, Adams O, Buchan J. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
6. Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 2004, 23:69–77.
7. Buchan J, Calman L. *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2004 (<http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
8. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
9. Buchan J, Jobanputra R, Gough P, Hutt R. *Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy*. Londres, King's Fund, 2005 (<http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/internationally.html>, consultado el 2 de febrero de 2006).
10. Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2004.
11. *Trends in international migration*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
12. Hagopian A, Thompson M, Fordyce M, Johnson K, Hart LG. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2004, 2:17.
13. Tevera D. *Early departures: the emigration potential of Zimbabwean students*. Cape Town, Southern African Migration Project, 2005 (Migration Policy Series no. 39; <http://www.queensu.ca/samp/sampresources/samppublications/policyseries/policy39.htm>, consultado el 2 de febrero de 2006).
14. Iredale R. The migration of professionals: theories and typologies. *International Migration*, 2001, 39:7–26.
15. Findlay A, Stewart E. *Skilled labour migration from developing countries*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 55).
16. Lowell BL, Findlay A. *Skilled Labour Migration from developing countries*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (ILO International Migration Papers, No. 56).
17. Mejía A, Pizurki H, Royston E. *Migración de médicos y enfermeras : análisis y repercusiones políticas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
18. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz MR. Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management [Migration de personal sanitario de los países en desarrollo: enfoques estratégicos para su gestión]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:595–600 (resumen en español).
19. *Unlocking the human potential for public sector performance*. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas, 2005 (World Public Sector Report, ST/ESA/PAD/SER.E/63).
20. Anderson B, Rogaly B. *Forced labour and migration to the UK*. Oxford, Centre for Migration Policy and Society, 2005.
21. Van Eyck K. *Who cares? Women health workers in the global labour market*. Ferney-Voltaire, Public Services International, 2005.
22. *Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*. Washington, DC, Banco Mundial, 2005.

23. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The "skills drain" of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres, Medact, 2005 (http://www.medact.org/article_health.php?articleID=337, consultado el 2 de febrero de 2006).
24. Chen LC, Boufford JL. Fatal flows – doctors on the move. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1850–1852.
25. Wibulpolprasert S. Economic uncertainties: future challenges to world health. Lessons learned from Thailand. In: *Health by the people: a celebration of the life of Ken Newell*. Liverpool, Liverpool School of Tropical Medicine, 2001.
26. *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2004.
27. *Health Priorities in the World Bank's Pacific Member Countries*. Washington, DC, Banco Mundial, 1994.
28. Choy CC. *Empire of care: nursing and migration in Filipino American history*. Durham, Duke University Press, 2003.
29. Commander S. *Brains: what can they do for export?* Sussex Development Lecture 2004 (http://www.london.edu/assets/documents/PDF/brains_lecture.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
30. Denham L, Shaddock A. Recruitment and retention of rural allied health professionals in developmental disability services in New South Wales. *Australian Journal of Rural Health*, 2004, 12:28–29.
31. Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: *South African Health Review, 2002*. Durban, Health Systems Trust, 2002 (<http://www.hst.org.za>, consultado el 2 de febrero de 2006).
32. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
33. Connell J, Brown R. Remittances in the Pacific: an overview. Manila, Banco Asiático de Desarrollo, 2005 (<http://www.adb.org>, consultado el 2 de febrero de 2006).
34. Van Eyck K. *Women and international migration in the health sector*. Ferney-Voltaire, Public Services International, 2004.
35. Hagey R, Choudhry U, Guruge S, Turriffin J, Collins E, Lee R. Immigrant nurses' experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001, 33:389–394.
36. Turriffin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M. The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39:655–667.
37. Rokoduru A. *The contemporary migration of skilled labour from Fiji to Pacific Island countries*. Canberra, Asia Pacific Migration Research Network, 2002 (Working Paper No. 12:43–48).
38. Allen H, Aggergaard LJ. *"We need respect" – experiences of internationally recruited nurses in the UK*. Londres, Royal College of Nursing, 2003 (<http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irn-report-we-need-respect.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
39. Barré R, Hernandez V, Meyer J-P, Vinck D. *Diasporas scientifiques*. Paris, Institut de recherche pour le développement (IRD), 2003.
40. *Building bridges: a report to the Massachusetts–South Africa Health Care Task Force*. Boston, MA, South Africa Partners, 2000 (<http://www.sapartners.org/documents/Doc4.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
41. Mafubelu D. *Using bilateral arrangements to manage migration of health care professionals: the case of South Africa and the United Kingdom*. Documento sometido al: IOM/WHO/CDC Seminar on Health and Migration, Ginebra, junio de 2004 (<http://www.iom.int/documents/officialtxt/en/pp%5Fbilateral%5Fsafrica.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
42. *Management of international health worker migration. Instruments on ethical recruitment and other policy options*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (informe inédito).
43. *World migration report – Costs and benefits of international migration*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2005.
44. Cooper C, Swanson N, eds. *Workplace violence in the health sector. State of the art*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (documento de trabajo; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).

45. Di Martino V. 2002: *Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Synthesis report*. Ginebra: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (documento de trabajo; http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
46. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, 1999, 6(1) (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
47. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 2000, 26:105.
48. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 2002, 10:13–20.
49. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29:532–541.
50. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 9:602–610.
51. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Public Services International (PSI). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
52. Wiskow C. *Guidelines on workplace violence in the health sector – Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA*. Ginebra, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (documento de trabajo de próxima aparición).
53. *Healthy and valued health workers are essential to save health systems in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2005 (comunicado de prensa ICN/PR05, No. 21 ; http://www.icn.ch/PR21_05.htm, consultado el 25 de febrero de 2006).
54. Egan M, Moynihan M. *An examination of non practising qualified nurses and midwives in the Republic of Ireland and an assessment of their intentions and willingness to return to practice*. Dublin, Irish Nurses Organisation/Michael Smurfit Business School, 2003.
55. Morgan R. *Addressing health worker shortages: recruiting retired nurses to reduce mother-to-child transmission in Guyana. Snapshots from the field*. Arlington, VA, Family Health International, 2005.
56. Shamian J, O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C, Kerr MS. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2003, 23:81–103.
57. *Aide-mémoire for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/en/AM_HCW_Safety.pdf, consultado el 1 de febrero de 2006).
58. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002 (Working Paper no. 2).
59. Buve A, Foaster SD, Mbwili C, Mungo E, Tollenare N, Zeko M. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8:396.
60. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Lesotho human resources consultancy: health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, MD, Medical Care Development International, 2004.
61. *Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Final draft*. Washington, DC, Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Bureau for Africa (USAID/AFR), y Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 2004.
62. Kober K, Van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 2004, 364:103–107.
63. Tawfik L, Kinoti S. *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Arlington, VA, Management Sciences for Health y Bethesda, MD, University Research Co., LLC, 2005.
64. *Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud, 2005.

65. Schroeder SA. How many hours is enough? An old profession meets a new generation. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:838–839 (<http://www.annals.org/cgi/content/full/140/10/838>, consultado el 2 de febrero de 2006).
66. Buske L. Younger physicians providing less direct patient care. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170:1217.
67. Knaul F, Frenk J, Aguilar A. The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labor supply. *Journal of American Medical Women's Association*, 1999, 55:32–35.
68. Higginbotham E. Celebrating women in ophthalmology. *Archives of Ophthalmology*, 1998, 116:1227–1228.
69. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender: the implications for managing physician supply*. Documento presentado en la 4a Conferencia General de la FICOSER, Cuernavaca, México, 1998.
70. Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70:305–312.
71. Woodward C, Hurley J. Comparison of activity level and service intensity of male and female in five fields of medicine in Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1097–1106.
72. Babies and bosses: reconciling work and family life, Canada, Finland, Sweden and the United Kingdom. Vol. 4. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
73. Phillips VL. Nurses' labor supply: participation, hours of work, and discontinuities in the supply function. *Journal of Health Economics*, 1995, 14:567–582.
74. Lafer G, Moss H, Kirtner R, Rees V. *Solving the nursing shortage*. Eugene, OR, University of Oregon, 2003.
75. *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Documento de trabajo para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2004 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
76. The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. In: *Trends in international migration, Part III*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004.
77. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Provider absence in schools and health clinics. *Journal of Economic Perspectives* (de próxima aparición; <http://post.economics.harvard.edu/faculty/kremer/webpapers/MissinginAction.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
78. Chaudhury N, Hammer J. *Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3065).
79. Dovlo D. 2005: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>, consultado el 2 de febrero de 2006).
80. McCallum N, Tyler V. *International experience with civil service censuses and civil service databases*. London, International Records Management Trust, 2001 (<http://www.irmt.org/download/DOCUME~1/DEVELO~1/RESEAR~1/Census.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2006).
81. *Social security programs throughout the world*. Washington, DC, Social Security Administration and International Social Security Association, 2003–2005 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw>, consultado el 23 de enero de 2006).
82. Keese M, Hirsch D. *Live longer, work longer*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (de próxima aparición).
83. Starkiene L, Smigelskas K, Padaiga Z, Reamy J. The future prospects of Lithuanian family physicians: a 10-year forecasting study. *BMC Family Practice*, 2005, 6:41.
84. Greene J. Physicians enticed into early retirement. *American Medical News*, 2000, 43(27):1–2.
85. Auer P, Fortuny M. *Ageing of the labour force in OECD countries: economic and social consequences*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/ep2.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).
86. Canadian Labour and Business Centre, for Task Force Two: A Physician Human Resource Strategy for Canada. *Physician workforce in Canada: literature review and gap analysis. Final report*. Ottawa, Government of Canada, 2003 (<http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-e.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).

87. Watson R, Manthorpe J, Andrews J. *Nurses over 50: options, decisions and outcomes*. Bristol, Policy Press in association with the Joseph Rowntree Foundation, 2003.
88. Schofield DJ, Beard JR. Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183:80–83.
89. Netten A, Knight J. Annuitying the cost of health service professional. *Health Economics*, 1999, 8:245–255.
90. Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health service providers in sub-Saharan Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
91. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of an ageing registered nurse workforce. *JAMA*, 2000, 283:2948–2954.
92. Buchan J. The “greying” of the United Kingdom nursing workforce: implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:818–826.
93. *The registered nurse population: national sample survey of registered nurses, March 2004. Preliminary findings*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2005 (<ftp.hrsa.gov/bhpr/nursing/rnpopulation/theregisterednursepopulation.pdf>, consultado el 23 de enero de 2006).
94. Janiszewski Goodin H. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 43:335–343.
95. Swiss Medical Association, 2004 (http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2004/sts2004-14.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).
96. National Rural Health Alliance. *Nursing in rural and remote areas*. Deakin, Association for Australian Rural Nurses Inc., 2002 (documento de posición; http://www.aarn.asn.au/pdf/papers/position_paper.pdf, consultado el 2 de febrero de 2006).

estrategias naci
desarrollo del p



capítulo seis

Condiciones de personal sanitario

En este capítulo

- | | |
|-----|---|
| 122 | Generar confianza y atender las expectativas |
| 123 | Una dirección justa y basada en la colaboración |
| 126 | Un liderazgo firme |
| 127 | Fortalecer la información estratégica |
| 129 | Invertir en instituciones de la fuerza laboral |
| 131 | Conclusiones |

El objetivo primordial de las estrategias de desarrollo del personal sanitario es lograr un sistema de prestación capaz de garantizar el acceso a la atención de salud y la protección social a todos los ciudadanos de todos los países. No existe un plan mundial que describa cómo alcanzar esa meta: cada nación

debe trazar el suyo propio. Para que las estrategias sean eficaces, han de adaptarse a la situación concreta del país y basarse en un consenso social.

La fuerza laboral plantea una serie de problemas interrelacionados que no pueden eliminarse o resolverse rápidamente mediante un remedio mágico. Son problemas que están profundamente enraizados en contextos que evolucionan, sembrados de incertidumbres y agravados por la falta de información. Y lo más importante es que pueden conllevar una carga emocional por cuestiones de estatus y ser políticamente sensibles debido a intereses divergentes. Por todo ello, las soluciones que conciernen a la fuerza laboral exigen la participación de todos los interesados, tanto para diagnosticar los problemas como para resolverlos.

La clave consiste en obtener el compromiso político de hacer frente a los retos que plantea la fuerza laboral, pero es una tarea difícil, porque lograr efectos sobre la salud a partir de inversiones en aquella lleva mucho más tiempo que el intervalo entre elecciones. Unos trabajadores descontentos pueden paralizar un sistema sanitario, detener una reforma sectorial e incluso a veces derribar un gobierno. Aun así, hay estrategias que han demostrado que pueden impulsar la fuerza laboral y obtener respaldo pú-

blico. El reto político consiste en aplicar soluciones conocidas, idear nuevos enfoques, supervisar los avances y hacer los ajustes pertinentes a lo largo del proceso.

En los capítulos anteriores se ha descrito el abordaje de los problemas de la fuerza laboral mediante la gestión del proceso de entrada – etapa laboral – salida. Estos aspectos determinan el desempeño de un sistema sanitario y su capacidad para encarar los retos presentes y futuros. Sin embargo, esos problemas no pueden discutirse sólo desde una perspectiva técnica y de gestión. También debe tenerse en cuenta el punto de vista de las personas que utilizan el sistema sanitario. Lo que ellas esperan no es la prestación eficiente de intervenciones costoeficaces a poblaciones destinatarias, sino ayuda

y atención cuando se encuentran ante un problema de salud al que no pueden hacer frente por sí solas. En la relación individual entre trabajadores sanitarios y pacientes, la confianza es crucial. Para desarrollarla y sostenerla hacen falta una dirección justa y una regulación eficaz, lo que a su vez exige liderazgo, información estratégica y fortalecimiento de las capacidades en las instituciones, instrumentos y formación. El presente capítulo aborda estos elementos esenciales de las estrategias nacionales de desarrollo de la fuerza de trabajo.

GENERAR CONFIANZA Y ATENDER LAS EXPECTATIVAS

Para la población general, el término «trabajadores sanitarios» evoca médicos y enfermeras. Aunque esta idea no hace justicia a la multitud de personas que aseguran el funcionamiento de los sistemas de atención de salud, sí refleja las expectativas de los pacientes: encontrarse con médicos y enfermeras informados, capacitados – y dignos de confianza – que los ayudarán a recuperar la salud y actuarán en su beneficio.

La confianza no surge de forma automática: hay que generarla y negociarla. «Se gana lentamente y se pierde con rapidez cuando las expectativas se frustran» (1). En muchos países, la clase médica ha perdido su aura de infalibilidad, imparcialidad y entrega a los intereses del paciente. Los artículos de los medios de comunicación sobre casos de mal funcionamiento de la atención de salud están minando la confianza pública en los trabajadores sanitarios, y ello tanto en el mundo industrializado (2) como en muchos países en desarrollo (3–5). Las personas pobres, en particular, pueden mostrarse escépticas o cínicas al hablar de los médicos, las enfermeras o las parteras que las atienden: «Preferimos tratarnos nosotros mismos a acudir a un hospital en el que una enfermera malhumorada podría inyectarnos el medicamento equivocado» (6). La confianza está en peligro cada vez que los pacientes no reciben la atención que necesitan, reciben la que no necesitan, o pagan demasiado por la que se les presta. Cuando los pacientes son víctimas de actos violentos, malos tratos o estafas en establecimientos de salud, su frágil confianza se hace añicos.

Las consecuencias de la pérdida de confianza van más allá de la relación individual entre el usuario y el proveedor. Una sociedad que desconfía de sus trabajadores sanitarios los disuade de seguir ejerciendo su profesión. La erosión de la confianza en los trabajadores afecta también a quienes gestionan y dirigen el sistema sanitario (7). Las instancias responsables de éste (gobiernos, instituciones de seguro médico y organizaciones profesionales) se ven obligadas a llegar a compromisos difíciles. Han de decidir entre demandas rivales: el derecho del ciudadano a acceder a bienes y servicios relacionados con la atención de salud; la importancia de controlar el coste de utilización de dichos bienes y servicios; y las necesidades de los profesionales y demás recursos humanos que los proveen. Las características del sector sanitario, con su gran número de agentes, la asimetría de la información y los intereses en conflicto, lo hacen particularmente vulnerable al uso indebido del poder en beneficio privado (8). El público ya no da por hecho que estos compromisos se realizan siempre de forma justa y eficaz, ni tampoco lo piensan los trabajadores sanitarios de primera línea.

Estrategia 6.1 Elaboración y aplicación de una estrategia de desarrollo de la fuerza laboral que potencie la confianza

Una estrategia de desarrollo del personal sanitario nacional podría incluir medidas orientadas a generar confianza en los proveedores y gestores del sistema de salud y a mantenerla (9, 10), y que consistirían en:

- modificar los comportamientos personales en la interacción entre proveedores de atención sanitaria y pacientes, entre empleadores y empleados, y entre gestores e instituciones (ello exige tanto formación como liderazgo político, y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental);
- instaurar prácticas de gestión y organización que dejen lugar para la sensibilidad a las necesidades, la atención integral, la interacción personal y el diálogo, y apoyar la generación de confianza;

- adoptar medidas explícitas para desterrar la exclusión y proteger a los pacientes de la mala gestión y la explotación económica;
- instaurar procesos de toma de decisiones que se perciban como justos e integradores.

UNA DIRECCIÓN JUSTA Y BASADA EN LA COLABORACIÓN

Para generar confianza, mantenerla y proteger a la población de los perjuicios se necesitan una buena gobernanza y una supervisión eficaz, además de una regulación justa del funcionamiento de los establecimientos sanitarios y del ejercicio profesional de los agentes de salud. El problema es que, en muchos países, la regulación es opaca y disfuncional. Por desgracia, es frecuente que a unas organizaciones profesionales y de la sociedad civil débiles, con pocos recursos o escasa influencia política se sume una burocracia estatal igualmente débil y carente de las estructuras, las personas y la voluntad política necesarias para regular eficazmente el sector sanitario.

Autorregulación

En muchos países, son las organizaciones profesionales las que deciden quién puede prestar atención sanitaria y cómo deben actuar los proveedores. Esta autorregulación puede ser eficaz y positiva, ya que las asociaciones profesionales tienen la posibilidad de fomentar la ética profesional y los modelos dignos de emulación, sancionar las prácticas incorrectas y mantener la competencia técnica de sus miembros. La forma en que los trabajadores sanitarios concilian sus propios intereses y los de sus pacientes depende en gran medida de lo que sus maestros y colegas consideran «buena conducta profesional». Las asociaciones profesionales pueden desempeñar un papel activo en la definición de este modelo (véase el recuadro 6.1).

La autorregulación por medio de las asociaciones profesionales no siempre es eficaz, y ello por diversas razones. En primer lugar, a diferencia de los médicos y las enfermeras, algunas categorías de trabajadores sanitarios no están organizadas de ese modo. En segundo lugar, cada una de ellas suele tener su propia organización, lo que las lleva a gastar energías en disputar límites y defender privilegios profesionales. En tercer lugar, a diferencia de lo que ocurre en Europa y las Américas, donde la mayoría de las organizaciones profesionales están consolidadas y cuentan al menos un siglo de existencia, cuatro de cada diez asociaciones de los países de ingresos bajos datan de hace menos de 25 años (11). Estas organizaciones más jóvenes suelen tener pocos recursos, conexiones políticas menos sólidas y, lo que es crucial, menos autoridad sobre sus miembros.

El modelo de autorregulación profesional está también mostrando signos de fatiga porque los empleadores prescinden cada vez más de él. Así viene ocurriendo desde hace tiempo en los países en los que el Estado es el empleador tradicional de los trabajadores sanitarios, pero en aquellos en los que gran número de éstos son independientes y autónomos, la mayoría trabajan ahora según una relación empleador-

Recuadro 6.1 Posibilidades de autorregulación

En 2001, un grupo de asociaciones nacionales de enfermeras, de enfermeras del sector público y de responsables de regulación de África oriental, central y austral elaboraron y publicaron un prototipo de marco de regulación y orientación para la acreditación de los programas de formación en enfermería y partería. A raíz de ello, los países de la región que ya disponían de registros han empezado a sustituir las inscripciones vitalicias por otras que exigen la revalidación periódica de la autorización de ejercer.

En Uganda, el responsable del Consejo de Enfermeras y Parteras clausuró recientemente varios centros de formación en profesiones sanitarias que no reunían los criterios exigidos. La medida se adoptó pese a que algunos de los centros clausurados y algunos de los es-

tudiantes afectados tenían contactos importantes en los círculos políticos y del alto funcionariado.

En Angola, las asociaciones nacionales de enfermeras y el Colegio de Enfermeros (Ordem dos Enfermeiros) de Portugal están equipando distritos con manuales de enfermería.

En Tailandia, el hecho de que las zonas rurales y subatendidas cuenten ahora con médicos comprometidos con esta labor debe mucho a la Asociación de Médicos Rurales.

El movimiento de la «medicina basada en la evidencia» ofrece otra posibilidad de autorregulación del ejercicio profesional por parte de los proveedores de atención de salud de una forma que sirve al interés general.

empleado. Como consecuencia de esta «proletarización» del personal sanitario (12), son los empleadores y no las organizaciones profesionales los que más influyen en la conducta profesional, tanto si el empleador es el Estado como si lo es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, una corporación financiera o un organismo internacional. Esta deriva del poder hacia el empleador es tan pronunciada que en algunos países los profesionales sanitarios han empezado a organizarse en sindicatos para dar respuesta a los empleadores que amenazan su autonomía y sus ingresos (13). Como consecuencia de ello, las asociaciones profesionales ya no pueden sostener que son capaces, ellas solas, de dirigir de forma coherente al conjunto del personal sanitario, y ello en aras del interés público.

El método incrementalista y el de «mando y control»

Las presiones políticas en pro del acceso universal y la protección económica han llevado a los gobiernos a asumir un papel cada vez más destacado en la financiación y regulación del consumo colectivo de atención de salud (14). Este mecanismo ha terminado por imponerse a la dirección autónoma ejercida por las organizaciones profesionales, y la autorregulación ha sido sustituida gradualmente por un control institucional más complejo, asumido por la administración pública (15).

Dicho control se ha ejercido de manera distinta en unos lugares y otros. En gran parte de Europa y de las Américas, donde la mayoría de la fuerza laboral es autónoma o está empleada en instituciones privadas, las iniciativas estatales en materia de regulación se han centrado fundamentalmente en los mecanismos de remuneración y los dispositivos de formación y acreditación para definir el ámbito de competencias de cada profesión sanitaria. Dada la resistencia de las asociaciones profesionales a que el Estado cercene su autonomía, el proceso por el que éste ha asumido la dirección de los trabajadores sanitarios ha sido en gran medida incrementalista, es decir, basado en «ir saliendo del paso» progresivamente en el marco de un conflicto de baja intensidad (16, 17). Existe, no obstante, una tradición de regulación negociada que ha reforzado las capacidades de las organizaciones estatales y de la seguridad social en esta materia.

En muchos países socialistas y del mundo en desarrollo, donde una gran proporción de trabajadores sanitarios son empleados del Estado, la autorregulación ha sido sustituida por una forma más compleja de control institucional. En estos países, la administración pública tiende a dirigir al personal sanitario según un método de «mando y control» basado en el uso de la jerarquía y los reglamentos administrativos. Es cierto que, cuando funcionan bien, las estructuras de este tipo ofrecen ventajas en caso de epidemias o catástrofes naturales. Sin embargo, como estrategias para regular y orientar el mercado de la atención de salud, tienen sus limitaciones.

En el peor de los casos, cuando el sistema sanitario padece un déficit estructural de financiación o está a punto de hundirse, o cuando se pone en cuestión la legitimidad del Estado, el método de «mando y control» no funciona. En el mejor de los casos, no se adapta a lo que se espera hoy de los sistemas de salud. Empecemos por señalar que los reglamentos administrativos son un instrumento un tanto burdo para orientar la interacción individual entre los trabajadores sanitarios y los pacientes, sobre todo cuando las expectativas de éstos están aumentando. En segundo lugar, esta forma de abordar la toma de decisiones y la regulación se centra generalmente en los funcionarios y deja que los trabajadores y las instituciones sanitarias que no pertenecen al sector público se ocupen de sí mismos. Las reglamentaciones vigentes (por ejemplo, la prohibición de tener un segundo empleo en el sector privado) no se aplican o no pueden aplicarse. El hecho de que el método tradicional de «mando y control» no haya logrado atajar la comercialización no regulada del sector sanitario (18) ha minado considerablemente la confianza en los proveedores de atención de salud y en los sistemas sanitarios.

Vigilancia y activismo

Las organizaciones de la sociedad civil que actúan en nombre de los ciudadanos (asociaciones de consumidores, defensores de los derechos de los afectados por el VIH/SIDA, etc.) se han vuelto muy influyentes en el sector sanitario. En muchos casos,

hace tiempo que desempeñan un papel importante en la obtención de recursos y la mejora de la prestación de asistencia sanitaria. En los últimos años han hallado, además, muchas formas de presionar a los proveedores, a las asociaciones profesionales y a las administraciones e instituciones sanitarias (3). Algunas de ellas ofrecen a los ciudadanos información que los coloca en una situación más sólida cuando han de tratar con proveedores de atención de salud. En Francia, por ejemplo, la prensa de información general publica una clasificación de hospitales según su desempeño en relación con diversos actos médicoquirúrgicos.

Otros grupos de la sociedad civil funcionan como organizaciones de vigilancia para dar la voz de alarma cuando a los ciudadanos se les deniegan sus derechos o se los discrimina en materia de atención sanitaria. Por ejemplo, a raíz de que un periódico de Sierra Leona publicara que habían muerto mujeres tras negárseles un tratamiento que no podían costearse, asociaciones de mujeres se manifestaron por las calles de Freetown reclamando que el gobierno militar garantizara la atención de urgencia a todas las mujeres embarazadas. En muchos países, grupos de la sociedad civil contribuyen a fijar las prioridades participando en el proceso de planificación, como en Bangladesh (19), o en calidad de «frenos y contrapesos» de la elaboración de los presupuestos públicos, como en México (20).

Los movimientos de defensa de los consumidores están cobrando fuerza porque pueden presionar para que se instauren mecanismos que protejan a las personas de la exclusión, la atención de mala calidad, la medicalización excesiva y los gastos catastróficos. Pueden, además, conseguir que se adopten procedimientos que prevén reparaciones en caso de perjuicio. Es evidente que hoy por hoy muchas personas carecen de esta protección. Por ejemplo, a diferencia de lo que ocurre en los países industrializados, en la mayor parte del mundo en desarrollo casi no existen mecanismos que regulen los honorarios de los centros privados o de los proveedores de atención de salud autónomos. E incluso cuando existen, es frecuente que a los gobiernos les resulte muy difícil aplicarlos (21). Conocemos tres datos al respecto, a saber, que cada año unos 44 millones de hogares del mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos (22), que son muchas más las personas excluidas del acceso a la atención sanitaria, y que esta situación propicia una medicalización excesiva inducida por la oferta (23). Un ejemplo de ello es la alta incidencia de cesáreas en todo el mundo (24). En un mismo país, madres que disponen de medios económicos pueden verse sometidas a una intervención innecesaria que entraña riesgos mientras esa misma intervención se le niega a otra mujer que la necesita para salvar su vida o la de su hijo, pero que no puede obtener el dinero para costearla.

Un modelo de gobernanza eficaz

Ninguno de los modelos descritos (autorregulación por asociaciones profesionales, «mando y control» por instancias de reglamentación institucionales y activismo de la sociedad civil) es suficiente, por sí solo, para regular el ejercicio de los trabajadores y las instituciones del sector sanitario. En lugar de basarse en un monopolio regulador, las estrategias de desarrollo del personal sanitario de los países deberían insistir en una gobernanza fundada en la colaboración. Los reglamentos emanados de la colaboración entre las tres instancias, junto con las instituciones y el personal del sector sanitario, tienen más probabilidades de generar confianza y espíritu de cooperación.

Estrategia 6.2 Gobernanza cooperativa de las políticas nacionales para el desarrollo de la fuerza laboral

Para que, en el proceso de fortalecimiento de las capacidades, queden garantizadas la seguridad pública y la correcta gobernanza de los proveedores de atención sanitaria, es preciso invertir en la arquitectura general de la reglamentación, descrita en la figura 6.1. Y al mismo tiempo deberán reforzarse las posibles contribuciones de las instituciones estatales y la seguridad social, así como las de las organizaciones profesionales y la sociedad civil. Esto significa que, además de organismos técnicos encargados de conceder las autorizaciones para el ejercicio profesional y otras acreditaciones, deben

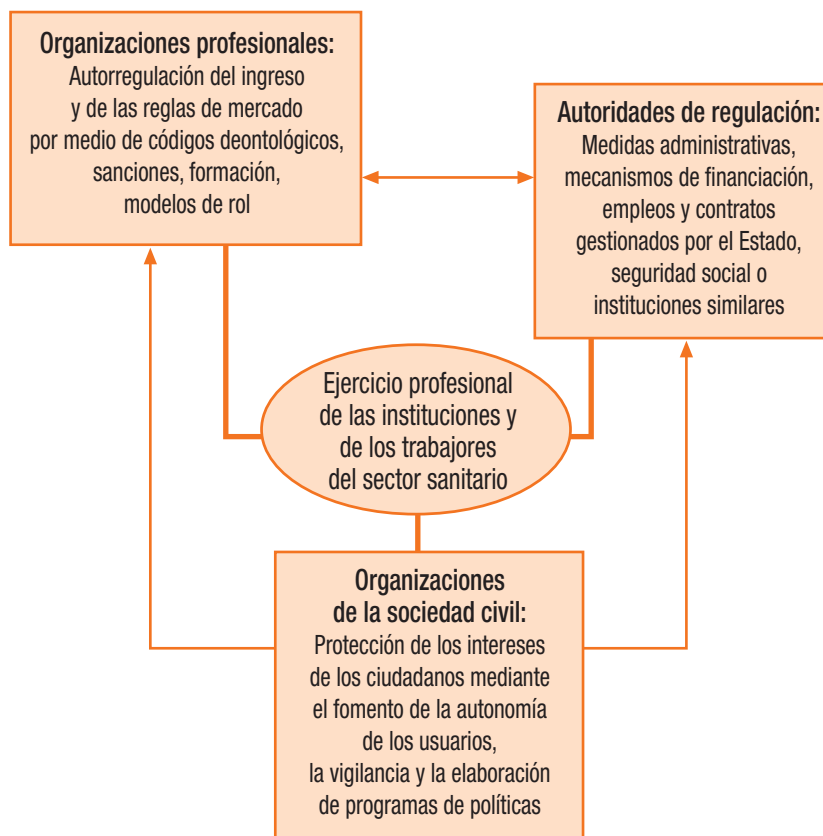
crearse foros que permitan la interacción entre estos grupos, lo que a su vez implica reconocer y apoyar, también económicamente, sus contribuciones (19). Es probable que los ministerios de salud se muestren reacios a fortalecer precisamente aquellas instituciones que actúan como «frenos y contrapesos» de su propio trabajo, pero a la larga les beneficia contar con un sistema sólido de diálogo y cooperación.

UN LIDERAZGO FIRME

En torno a la fuerza laboral sanitaria se dan cita muchos intereses contrapuestos, por lo que la elaboración de políticas no puede basarse exclusivamente en el consenso y a veces debe poder apelar a un arbitraje. Sin un liderazgo firme, las políticas nacionales tienden a diluirse en una combinación de soluciones circunstanciales, muchas de las cuales defienden los intereses de categorías profesionales concretas y generan a su vez problemas. Se necesita un liderazgo nacional para poner en marcha el proceso, impulsar los avances, integrar a los interesados principales (trabajadores, administración pública y sociedad civil), potenciar las sinergias entre ellos y animarlos a trabajar en colaboración.

El ejercicio de este liderazgo incumbe a las autoridades públicas, es decir, a los responsables de políticas y los gestores de los sectores público y parapúblico. Sin embargo, en los últimos años el sector público ha invertido poco o nada en liderazgo. En un ambiente de escepticismo generalizado respecto a su participación y la del Estado, las funciones de rectoría han sido víctimas del bloqueo que las limitaciones macroeconómicas han impuesto sobre el desarrollo del sector público, y lo han sido en la misma

Figura 6.1 Organizaciones que influyen en el ejercicio profesional de los trabajadores y las instituciones del sector sanitario



medida o más que otras funciones de la salud pública.

Es quizá en las situaciones extremas, como la reconstrucción de Afganistán o de la República Democrática del Congo tras los conflictos, donde más patente se hace la necesidad de contar con capacidades administrativas y de rectoría. También es manifiesta en muchos países estables en los que los enfoques sectoriales o las estrategias de reducción de la pobreza resultan menos eficaces de lo previsto por falta de liderazgo, o en aquellos en los que la comercialización no reglamentada del sector sanitario está deteriorando el desempeño del personal sanitario y del sistema de salud.

También es crucial el liderazgo para conciliar los intereses contrapuestos y lograr que las instancias políticas de alto nivel respalden las estrategias de desarrollo de la fuerza laboral sanitaria. La labor del «equipo del cambio» que llevó a cabo las reformas sanitarias en Colombia a principios de la década de 1990 ilustra algunas de las capacidades tácticas fundamentales para que una reforma tenga éxito (25). En una primera etapa, el equipo controló rigurosamente el acceso a la toma de decisiones y desvió la atención de las reformas del sector sanitario mediante la incorporación de propuestas en el marco más general de una reforma de la seguridad social centrada fundamentalmente en las pensiones. Sin embargo, el equipo comprendió que había que permitir que se escucharan algunas voces, como las de los senadores. Trabajando con grupos que defendían los cambios, se concentraron en el desarrollo de instituciones nuevas, como organismos de seguros, que participarían en el nuevo sistema. La reforma de las instituciones antiguas, que prometía ser difícil, se afrontó en una fase ulterior.

Para desarrollar las capacidades de liderazgo es preciso disponer de estructuras de dirección y capacidades tácticas, pero se ha reconocido que ambas faltan. El problema es que la mayoría de las personas tienden a pensar que la habilidad política es una cualidad innata, no una capacidad que se pueda desarrollar. Quienes imparten cursos de formación para el liderazgo llegan a menudo a la decepcionante conclusión de que no han avanzado mucho. Son pocas las pruebas empíricas de que alguna medida resulte eficaz, si la hay. Sin embargo, las entrevistas con responsables de políticas demuestran que las capacidades tácticas individuales se desarrollan mediante la capacitación personalizada y la tutoría, sobre todo en el marco de proyectos estructurados, mientras que lo que más influye en la creación de estructuras de liderazgo es el intercambio organizado de conocimientos y experiencias con otros países. La capacitación personalizada, la tutoría y los intercambios entre países son instrumentos de desarrollo de las capacidades menos sencillos que la formación, pero viables. Si pudieran aplicarse de manera eficaz y a gran escala, ayudarían a eliminar uno de los principales obstáculos al desarrollo de la fuerza laboral sanitaria: la falta de personas y estructuras que ofrezcan capacidad de liderazgo en materia de políticas, y lo lograrían incluso en países frágiles o con pocos recursos.

FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Con demasiada frecuencia, la información de que disponen las instancias decisorias nacionales sobre la fuerza laboral sanitaria es sumamente escasa. Por ejemplo, muchos de los ministerios de salud, quizá la mayoría, no saben cuántos profesionales sanitarios hay en el país, y aún menos cómo se distribuyen. Que los principales interesados conozcan tan mal su propia situación pone de relieve la falta de conexión entre los graves problemas de recursos humanos y las instancias que deberían darles una respuesta acorde.

Estrategia 6.3 Obtener mejor información sobre el personal sanitario nacional

Para conocer a fondo los problemas de la fuerza laboral sanitaria deben abordarse sistemáticamente cuatro áreas: la magnitud y la naturaleza del problema en el contexto nacional; lo que se está haciendo y lo que puede hacerse; la política nacional en torno a la cuestión, y las posibles reacciones de los trabajadores sanitarios y las instituciones que los emplean.

Magnitud y naturaleza del problema del personal sanitario nacional

En la mayoría de los países, esta información es, como mucho, fragmentaria. Malawi es uno de los países que ha demostrado recientemente que un correcto conocimiento de la naturaleza de los problemas del personal sanitario local puede ayudar a dar un paso de gigante en la formulación de políticas y estrategias más coherentes (26). Es fundamental disponer de información exacta sobre la demografía sanitaria, las carencias y los excedentes, pero también hay que conocer el conjunto de problemas relacionados con la incorporación a la vida activa, la etapa laboral y la salida, así como con el desempeño y la confianza; la información debe abarcar todos los tipos de trabajadores sanitarios, no sólo los médicos y las enfermeras, y no sólo los del sector público; y también hay que analizar la situación sobre el terreno, así como las expectativas del personal y el público a la luz de la crisis actual y de los retos futuros.

Medidas adoptadas y otras posibilidades

Es esta un área en la que se está trabajando aún menos que en documentar la magnitud de los problemas de la fuerza laboral sanitaria y los factores que los determinan. Se puede aprender mucho de los procesos de innovación y resolución de problemas que se desarrollan a nivel local y pasan inadvertidos para los responsables de políticas, pero analizar las medidas y las posibilidades exige unas capacidades específicas y un enfoque sistemático e institucional que implica mantener inventarios, supervisar, evaluar, documentar y realizar intercambios. También se puede aprender mucho de las experiencias de otros países, y también en este caso el análisis ha de realizarse de forma sistemática, mediante un proceso metódico de evaluación, puesta en común e intercambio.

Política nacional y personal sanitario

Para desarrollar una estrategia viable mediante la modificación de una situación disfuncional, a menudo resulta útil empezar por conocer las fuerzas que han generado dicha situación; de lo contrario, existe el riesgo real de empeorarla. Gran parte de la rigidez que caracteriza a la fuerza laboral del sector público, por ejemplo, deriva del intento de protegerla de injerencias políticas: por ello, las políticas mal concebidas por las que se busca una mayor flexibilidad pueden abrir la puerta a la discriminación y el favoritismo, lo que agravaría las disfunciones. Veamos otro ejemplo: si la excesiva centralización de la gestión de los recursos humanos obedece a una deficiente capacidad de gestión o a la ausencia de mecanismos de responsabilización en niveles más descentralizados, probablemente no convenga proceder a una rápida descentralización administrativa.

Reacciones de los trabajadores sanitarios y sus empleadores

Pese a las buenas intenciones que los animan cuando conciben las estructuras, los procesos y los programas de reforma de los sistemas sanitarios, los responsables de políticas se olvidan a menudo de tener en cuenta la reacción probable de los trabajadores sanitarios. Es especialmente importante comprender las razones por las que éstos se resisten al cambio. Por ejemplo, cabría esperar que el personal de un sistema centralizado acogiera favorablemente la mayor autonomía que le ofrece la descentralización. Sin embargo, en Uganda y Zimbabwe, los trabajadores percibieron ésta como una amenaza para la seguridad del empleo y les preocupó que, en adelante, tanto la contratación como la gestión del personal pudieran regirse por criterios de pertenencia étnica (27, 28). Cuando se recortan los servicios públicos o se transfieren al sector privado, los trabajadores sanitarios pueden verse sometidos a una tensión triple: el temor a perder el empleo, el temor a no poder lograr otro puesto de trabajo, y la mayor carga de trabajo (29). En otras situaciones, los trabajadores sanitarios pueden resistirse al cambio porque les preocupen las mayores responsabilidades que conllevan las reformas propuestas. Muchos de estos problemas pueden prevenirse si se comprenden mejor

las reacciones de los diversos interesados. El diálogo informal ayuda mucho a dicha comprensión, pero también pueden organizarse análisis más sistemáticos para evaluar las posibles reacciones (30).

INVERTIR EN INSTITUCIONES DE LA FUERZA LABORAL

Cuando los poderes públicos tienen poca capacidad para elaborar políticas, los grupos de presión se apropian fácilmente de las medidas de regulación y ocurre que, en el mejor de los casos, la elaboración de políticas se vuelve ineficaz, y en el peor, contra-productiva. Algunos países han resuelto con éxito esta situación, como lo demuestra el plan de recursos humanos de Malawi (véase el recuadro 2.2). Sin embargo, en los últimos años, la mayoría de los países no han invertido lo suficiente en desarrollar las capacidades de elaboración de políticas y de regulación. Así, durante la década de 1990, un número considerable de departamentos de ministerios de salud de todo el mundo fueron víctimas de la reducción y la racionalización del sector público.

Desarrollar o restaurar las capacidades nacionales de elaboración de políticas en el ámbito de la atención sanitaria exige mucho más que instrumentos y formación: existe una jerarquía de instrumentos, personas y estructuras (31). No sirve de nada disponer de instrumentos para fijar costes y elaborar presupuestos, y formar a personal para utilizarlos, si no hay responsables de políticas y gestores capaces de interpretar y contextualizar el producto de dichos instrumentos. De igual forma, sin instituciones, estructuras y comités con autoridad para tomar decisiones, los gestores y los responsables de políticas no pueden plasmar los análisis intelectuales en hechos políticos.

Se necesitan instituciones nacionales del personal sanitario para generar confianza pública, garantizar una dirección justa y basada en la colaboración, formar líderes enérgicos y reunir información estratégica. Estas razones bastarían, por sí solas, para justificar su financiación, pero el hecho real es que a los responsables de políticas no les resulta fácil convencer de la necesidad de desarrollar y fortalecer estas instituciones, y ello porque se trata de un planteamiento a largo plazo y porque algunas cuestiones no son lo bastante patentes, como el rendimiento de la inversión.

Dado que se acepta mejor una inversión en instrumentos o en formación y que actualmente se están asignando muchos fondos a ésta, probablemente lo que convenga hacer sea vincular ambos a la creación de instituciones. La clave reside en identificar las áreas concretas en las que se dan mayores insuficiencias y donde iniciativas institucionales bien definidas pueden dar resultados concretos.

Algunas de estas iniciativas ya se han comentado en apartados anteriores de este capítulo: desarrollar la capacidad de regulación, instaurar estructuras de liderazgo y capacidades tácticas, y recopilar información estratégica sobre indicadores fundamentales. Otras dos áreas que merece la pena destacar son el aprendizaje a partir de las microinnovaciones y la elaboración de escenarios futuros y la planificación. Ambas se analizan a continuación; la mejor forma de organizarlas es mediante la creación de observatorios nacionales de la fuerza laboral sanitaria (véase el recuadro 6.2) o la incorporación de los departamentos del ministerio de salud, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales a las redes de aprendizaje y las comunidades de profesionales.

Aprender de las microinnovaciones

Quizá ningún otro ámbito haya sido testigo de tantas soluciones creativas de problemas y de tantas microinnovaciones como el de la fuerza laboral sanitaria. Se han mencionado muchos ejemplos a lo largo de este informe. La idea es aprender de ellas, promover las que funcionan y desechar las ineficaces. Para analizarlas hacen falta unas capacidades específicas, así como un enfoque sistemático e institucional que exige mantener inventarios, supervisar, evaluar, documentar y realizar intercambios.

Es preciso evaluar cuidadosamente las innovaciones para decidir cuáles merecen ser incluidas en una estrategia nacional de la fuerza laboral: han de ser eficaces con

relación al costo, ofrecer resultados rápidos, corregir las distorsiones actuales e impedir un mayor deterioro de los servicios de salud (34). Una de las que cumplían estas condiciones era la solución «parche» adoptada en Mozambique para hacer frente a la falta de médicos: se formó en competencias quirúrgicas a los llamados *tecnicos de cirujia* (ayudantes quirúrgicos). Sus excelentes resultados impulsaron a los responsables de políticas a generalizar el experimento y hoy día los *tecnicos de cirujia* están presentes en los hospitales de distrito de todo el país (35).

Elaboración de escenarios futuros y planificación

También estas dos tareas, que son esenciales para fijar las orientaciones a largo plazo, requieren capacidades específicas que las hacen tributarias de un enfoque institucional. Los responsables de elaborar las estrategias nacionales han de tomar decisiones fundamentales que definirán las características de la futura fuerza laboral y su relación con los sistemas de valores de la sociedad en la que opera. Las exigencias respecto al personal sanitario cambian rápidamente, por lo que sólo cabe hacer conjeturas sobre su futuro, pero la era de los profesionales omniscientes que trabajaban solos ha quedado definitivamente atrás. El porvenir de la prestación de atención sanitaria radica en el trabajo en equipo, con competencias que se solapen, se complementen y se adapten continuamente a los rápidos cambios sociales y tecnológicos. Al mismo tiempo, se le pedirá al equipo de atención sanitaria que esté mucho más próximo a los pacientes, con un profesional sanitario de contacto que puede ser el médico de familia y que actuará como coordinador del equipo y enlace entre los pacientes y el sistema sanitario. Pronto quedará superado el modelo de profesiones sanitarias separadas e independientes.

Más que planificar, la preparación para estos cambios exige organizar un amplio debate en torno a los derechos y los escenarios futuros. Estos debates pueden impulsarlos

Recuadro 6.2 Observatorios de Recursos Humanos en Salud en América Latina

En el marco de una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que es la Oficina Regional de la OMS para las Américas, se crearon en 1998 observatorios nacionales de los recursos humanos para la salud en 22 países, con miras a corregir la escasa atención prestada a las cuestiones relacionadas con el personal sanitario en América Latina durante la década de 1980 y principios de 1990. La OPS creó un Observatorio de Recursos Humanos en Salud para relacionar entre sí a los observatorios nacionales, los cuales han ayudado a dar a conocer las cuestiones relacionadas con el personal sanitario, mejorar la base de información y fortalecer la función de rectoría en el sector sanitario (32). Los observatorios ofrecen continuidad en entornos en los que decisores y políticas cambian con frecuencia. Su característica común es la participación de múltiples interesados: universidades, ministerios de salud, asociaciones profesionales, proveedores corporativos, sindicatos y representantes de los usuarios.

Sin embargo, la organización institucional es específica de cada país. El observatorio brasileño (33) ofrece un ejemplo destacado de desarrollo interactivo de las capacidades en el que intervienen el sector estatal y el no estatal. Consiste en una red formada por institutos universitarios, centros de investigación y un departamento federal encargado de los recursos humanos para la salud. Existen en ella 13 «nodos» o «puestos de trabajo», coordinados por una secretaria con personal del Ministerio de Salud y de la oficina de la OPS en Brasilia. Desde 1999, el cometido del observatorio ha sido contribuir al desarrollo, la regulación y la gestión de los recursos humanos en el sector sanitario y en áreas de políticas conexas, y reunir información que guíe esas tareas.

El observatorio ha generado mucha información valiosa y estudios analíticos, y sus capacidades se han desarrollado considerablemente. Se ha basado en redes informales existentes en las que gestores y universitarios se sentían motivados por su interés profesional en investigar la utilidad de la planificación, la gestión y la formación en recursos humanos para el sector sanitario. Gran parte del éxito de la red y de su capacidad de adaptación pueden atribuirse al hecho de que, desde el principio, se centrara tanto en el contenido como en la forma de trabajar. La preocupación por el contenido permitió a los miembros de la red desarrollar sus capacidades técnicas y profesionales en un clima de independencia intelectual y autonomía que sigue caracterizando hoy sus interacciones. El estilo de trabajo se distingue por la flexibilidad, la creatividad, el pragmatismo, la inventiva y el espíritu emprendedor. La combinación de excelencia técnica y colaboración informal ha dado como resultado el aprendizaje del grupo y la síntesis de las ideas puestas en común.

Partiendo de esta base, se formalizaron e institucionalizaron las redes a finales de la década de 1990, iniciativa que mejoró aún más la productividad, sobre todo porque intensificó los intercambios nacionales e internacionales con la ayuda de varias personalidades de Brasil y otros países.

El observatorio brasileño demuestra que la creación de redes informales puede evolucionar hacia estructuras más formales que generan productos y resultados concretos. Desde dentro de la red se reclama una intensificación de los intercambios en cuanto a contenido y utilidad en materia de políticas, y la instauración de mecanismos de supervisión y evaluación que garanticen la calidad y la pertinencia de los productos de la red.

movimientos de la sociedad civil, como en Tailandia (36), autoridades locales, como en Oregón (Estados Unidos) (37), o la administración de la salud pública, como en Nueva Zelanda o los Países Bajos (38, 39). Los debates sobre escenarios futuros han de tener en cuenta el abanico de fuerzas que actúan sobre la fuerza laboral: la evolución de las necesidades en materia de salud, las tendencias demográficas (como el envejecimiento), las expectativas de los consumidores, el auge de los servicios de salud privados, y el mercado de trabajo mundial para los profesionales sanitarios (véase la figura 2 del Panorama general de este informe). En lo referente al contenido, es probable que los escenarios futuros se centren en las tensiones entre la comercialización, por un lado, y el acceso universal y la protección social, por otro, y entre una orientación tecnocrática de la atención y la demanda social de un enfoque más centrado en el paciente.

Lo verdaderamente importante es el proceso. Al igual que la gobernanza justa, la planificación requiere que se trabaje en colaboración. La experiencia de los debates para fijar prioridades demuestra que la legitimidad de las decisiones depende menos de lo que se decide que de la percepción de que el procedimiento ha sido justo (40). Si las decisiones se toman de forma integradora y transparente, recibirán el respaldo social. Existe una clara relación entre la intensidad del diálogo con múltiples interesados y la solidez y sostenibilidad de las decisiones en materia de políticas (30, 41). No ser integrador supone desaprovechar oportunidades y propiciar la oposición y el resentimiento.

CONCLUSIONES

Las estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario deben mirar más allá de los salarios y la formación en el sector público para abarcar todo el ciclo de entrada – etapa laboral – salida tanto en el sector privado como en el público. El desarrollo de la fuerza laboral es una labor a la vez técnica y política, y exige generar confianza entre los interesados y vincular las expectativas de las personas al desempeño de los trabajadores sanitarios.

Tanto en los países frágiles que se centran en perspectivas a corto y medio plazo como en otros más estables que elaboran estrategias a más largo plazo y cuentan con mayores recursos, la calidad y el éxito de la elaboración de políticas y la reglamentación dependen en primer lugar de que se incorpore a los interesados principales. También es crucial disponer de las personas y los recursos necesarios para formular las políticas, así como poder basar éstas en un correcto conocimiento de la naturaleza de los problemas.

Todas las estrategias de los países deberían considerar prioritarias las acciones siguientes:

- Elaborar estrategias nacionales a partir de puntos de intervención concretos que abarcan la gestión del proceso de entrada – etapa laboral – salida, y también el desarrollo o el fortalecimiento de la confianza, la gestión del marco regulador por múltiples interesados, y las capacidades de liderazgo.
- Prestar atención al proceso. Las decisiones pueden ser difíciles y controvertidas: es esencial garantizar la equidad del proceso haciéndolo integrador y transparente, pero con la valentía de apelar al arbitraje cuando los intereses amenacen con imponerse.
- Fortalecer la información estratégica centrándose en: (i) conocer la magnitud y la naturaleza de los problemas del personal sanitario; (ii) evaluar lo que se está haciendo y determinar lo que puede hacerse; (iii) identificar los factores políticos que han conducido a la actual situación; y (iv) conocer las opiniones de los trabajadores y prever sus posibles reacciones a los cambios.
- Desarrollar la capacidad institucional del personal sanitario del país centrándose en la regulación, el liderazgo y la información estratégica, lo que incluye: (i) el análisis y la evaluación de las microinnovaciones; y (ii) la elaboración de escenarios futuros y la planificación.

REFERENCIAS

1. Davies H. Falling public trust in health services: implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
2. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. In: Conrad P, ed. *The sociology of health and illness*. 6ª edición. Nueva York, NY, Worth Publishers, 2001:198-204.
3. Van Lerberghe W, Ferrinho P. *Civil society organizations and the poor: the unfulfilled expectations*. Washington, DC, Banco mundial, 2003 (Documento de referencia 28028 para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004).
4. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
5. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karhala, 2003.
6. Narajan D. *Voices of the poor: can anyone hear us?* Nueva York, NY, Oxford University Press, 2000:97.
7. Robinson R. Rationing health care: a national framework and local discretion. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1997, 2:67–70.
8. Transparency International. *Corruption and health. Global corruption report 2006*. Londres, Pluto Press, 2006.
9. Benington J. Risk and reciprocity: local governance rooted within civil society. In: Coulson A, ed. *Trust and contracts: relationships in local government, health and public services*. Bristol, The Polity Press, 1998.
10. Taylor-Gooby P. Markets and motives: Trust and egoism in welfare markets. *Journal of Social Policy*, 1999, 28:97–114.
11. Mercer H, Ineson S, McCarty P. *National regulation of medical profession capacities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (Documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
12. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. In: Conrad P, ed. *The sociology of health and illness*. 6ª edición. Nueva York, NY, Worth Publishers, 1999:175–185.
13. Krause EA. *Death of the guilds. Professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, CT, y Londres, Yale University Press, 1996.
14. Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
15. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester y Nueva York, NY, Manchester University Press, 1999.
16. Lindblom CE. The science of «muddling through». *Public Administration Review*, 1959, 19:79–88.
17. Bennet AE, Holland WW. Rational planning or muddling through? Research allocation in the NHS. *Lancet*, 1977, 8009:464–466
18. Bloom G, Standing H. *Pluralism and marketisation in the health sector: meeting health needs in context of social change in low and middle-income countries*. Brighton, Institute of Development Studies, 2001 (IDS Working Paper 136).
19. Jahan R, Germain A. Mobilizing support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744.
20. *Las Cuentas de la Dignidad: Una guía para utilizar el análisis de presupuestos en la promoción de los derechos humanos*. México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación. 2004 (International Budget Project, International Human Rights Internship Program).
21. Van Lerberghe W, el Rashidi AR, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:296–311.
22. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud, Technical Brief for Policy-Makers, No. 2)

23. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
24. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
25. Gonzalez-Rossetti A. *Enhancing the political feasibility of health reform: the Colombia case*. Data for Decision-making Project, 2000 (Health Sector Reform Initiative, Paper No. 39; <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/Colombiafinal-pp2.PDF>, consultado el 22 de febrero de 2006).
26. Palmer D. Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programme. DFID-Malawi, diciembre de 2006.
27. Pangu KA. Health workers motivation in decentralized settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Amheres, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16):19–29.
28. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda, MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
29. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. 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/>)
30. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
31. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:336–345.
32. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health* <http://www.lachsr.org/en/observatorio.cfm>, consultado el 22 de febrero de 2006).
33. Campos FE, Hauck V. *Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health. A case study prepared for the project 'Capacity, Change and Performance'*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2005 (Discussion Paper, 57L). (http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?ReadForm, consultado el 22 de febrero de 2006).
34. Rehabilitating the workforce: the key to scaling up MNCH. *Policy Brief 2. Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
35. Vaz F, Bergstrom S, Vaz Mda L, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery [Formación en cirugía para ayudantes de medicina]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (resumen en español).
36. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of universal coverage in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2004.
37. Kitzhaber JA. Prioritizing health services in an era of limits: the Oregon experience. In: R Smith, ed. *Rationing in action*. Londres, BMJ Publishing Group, 1993.
38. *Core services 1993/4*. Wellington, National Advisory Committee, 1992.
39. *Choices in health care: a report by the Government Committee on Choices in Health Care*. Rijswijk, Ministerio de Salud, Welfare and Cultural Affairs, 1992.
40. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *BMJ*, 1996, 312:691–694.
41. Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values: six case studies from the Australian public sector*. University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management, 2003 (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2006).

colaboración dentro



capítulo siete

y entre los países

En este capítulo

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

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

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

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

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

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

CATALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y DEL APRENDIZAJE

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

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

Sólidos cimientos para la información

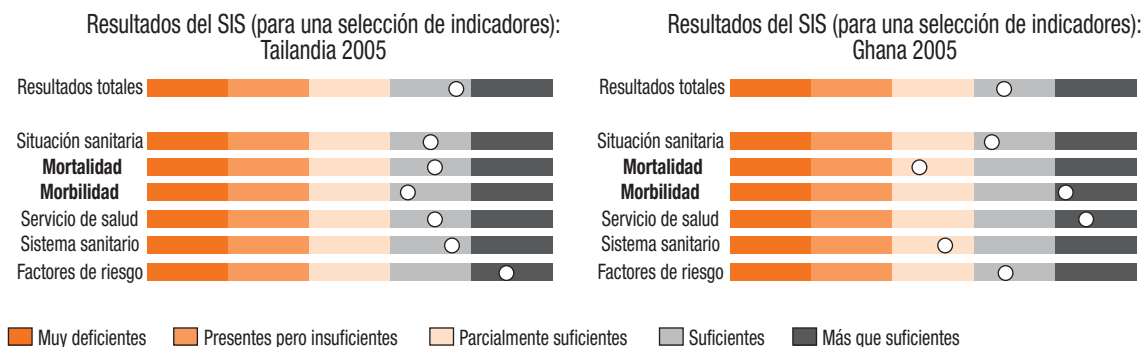
Una de las primeras medidas para fortalecer los cimientos para la información relativa a los trabajadores sanitarios consiste en elaborar un marco conceptual claro que defina los límites de la fuerza laboral y describa su composición. En ese sentido, es alentador saber que hay en marcha una iniciativa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

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

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

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

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



Fuente: (5).

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

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

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

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

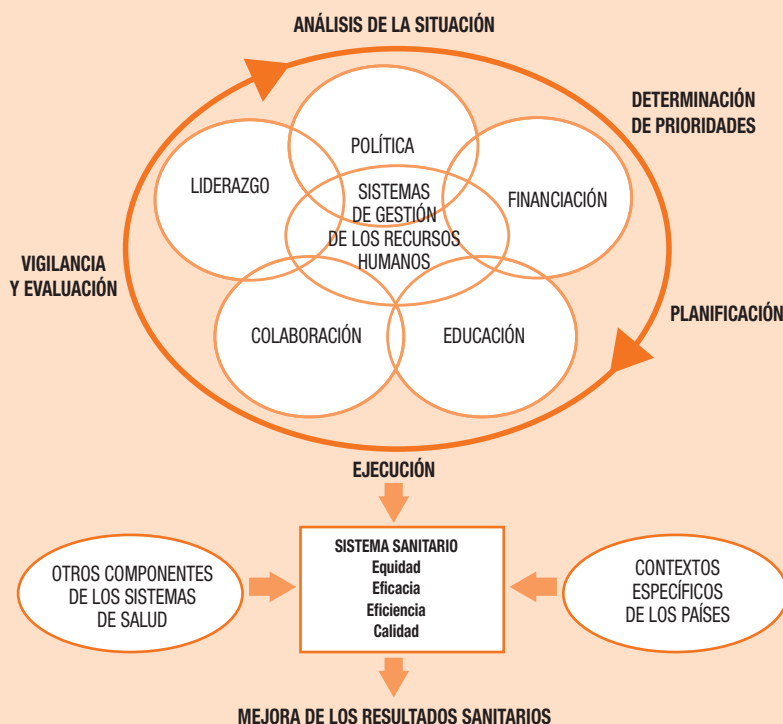
nes conceptuales generales para el análisis de las cuestiones pertinentes. Varios de ellos se centraban únicamente en un aspecto específico, como por ejemplo la planificación de los recursos humanos.

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

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

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

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



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

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

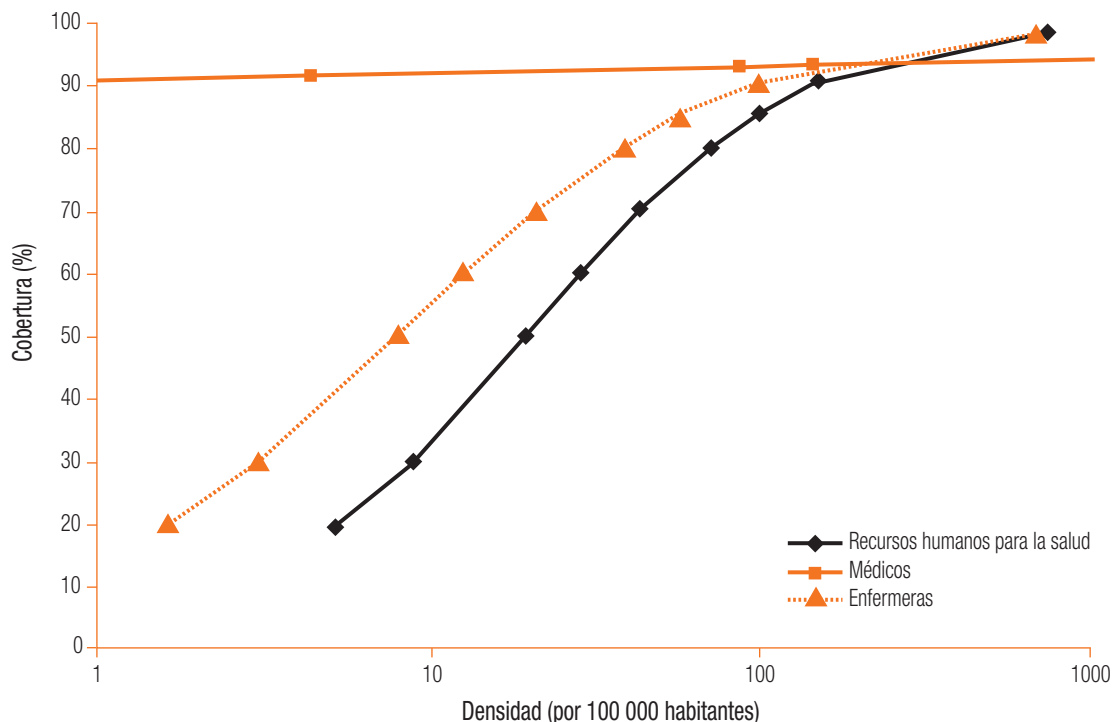
Fuente: (10).

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

Generación y gestión de conocimientos

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

Figura 7.2 Cobertura inmunitaria y densidad de trabajadores sanitarios



Fuente: (5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puesta en común de los conocimientos especializados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCERTACIÓN DE ACUERDOS DE COOPERACIÓN

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

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

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

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

«Esta crisis exige una respuesta mundial realmente contundente»

RESPUESTA A LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO

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

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

Necesidad de una respuesta mundial contundente

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

Coaliciones en torno a los planes de emergencia

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

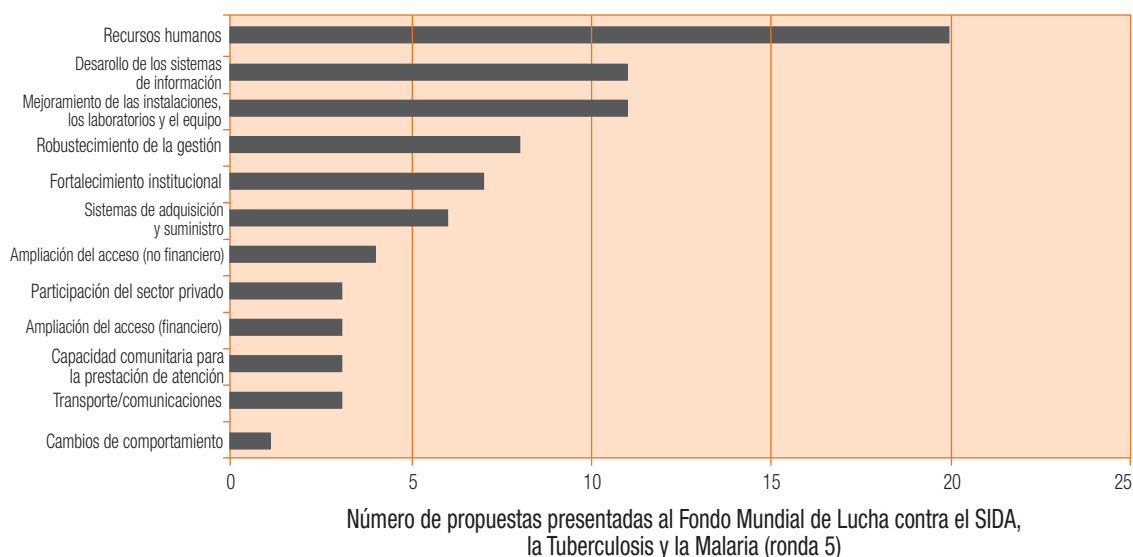
Hacia la adopción de prácticas más atentas a las necesidades de los trabajadores

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

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

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

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



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

El imperativo de contar con una financiación adecuada y sostenida

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

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

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

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

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

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

Orientaciones mundiales en materia de financiación

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

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

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

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

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

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

AVANZAR JUNTOS

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

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

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

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

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

Liderazgo nacional

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

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

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

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

Solidaridad mundial

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

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

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

Plan de acción

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

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

Cuadro 7.2 Plan de acción a diez años

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

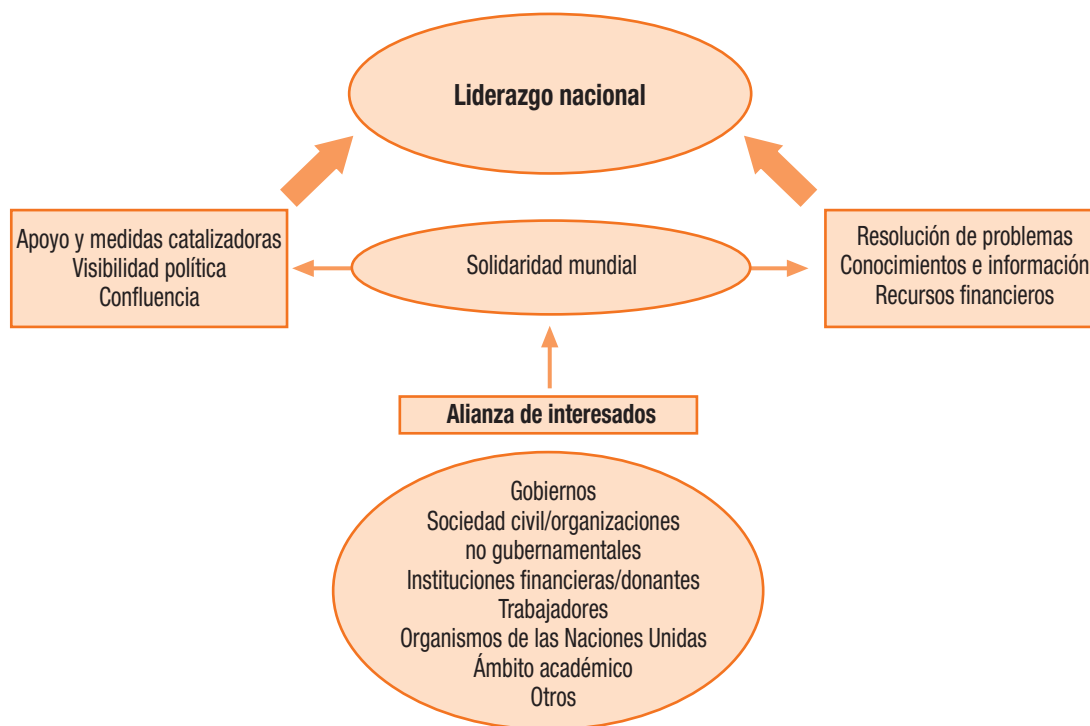
las consecuencias adversas, pese al incremento de los flujos internacionales de trabajadores. Deberá instaurarse una financiación internacional sostenida para dar apoyo a los países receptores durante los próximos diez años, mientras éstos amplían sus efectivos.

MEDIDAS CONJUNTAS PARA EL FUTURO

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

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

Figura 7.4 Alianza mundial de interesados



REFERENCIAS

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

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

anexo estadístico

notas

explicativas

CUADRO 1

Todas las estimaciones del tamaño y la estructura de la población para 2004 están basadas en las evaluaciones demográficas preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (1). Estas estimaciones se refieren a la población *de facto* y no a la población *de jure* de los distintos Estados Miembros.

Las tasas de crecimiento anual, el índice de dependencia, el porcentaje de personas de 60 años o mayores y la tasa total de fecundidad también proceden de la base de datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

A fin de determinar los logros sanitarios generales, es fundamental evaluar de la mejor manera posible la tabla de vida correspondiente a cada país. Se han elaborado para los 192 Estados Miembros tablas de vida para 2004, comenzando por un examen sistemático de todos los datos disponibles acerca de los niveles y tendencias de la mortalidad de menores de cinco años y la mortalidad de adultos. Son dignos de mención los esfuerzos desplegados por las oficinas regionales de la OMS para acopiar los datos de registro civil de los Estados Miembros (2). Algunos organismos internacionales, como las Naciones Unidas y el UNICEF, también mantienen bases de datos históricas sobre las tasas de mortalidad de menores de cinco años, que han compartido generosamente con nosotros, de modo que hemos podido incorporarlas en nuestros análisis. Otras fuentes de información son los datos de los censos nacionales o de encuestas de hogares como las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) emprendidas por ORC Macro, el Estudio de medición de los niveles de vida del Banco Mundial, y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) realizadas por el UNICEF. Por último, también se incorporaron en la base de datos documentos estadísticos nacionales, por ejemplo anuarios estadísticos, informes de organismos especializados y resultados de publicaciones periódicas.

Este examen se ha beneficiado considerablemente de una evaluación en colaboración del UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones

Unidas, que se encarga de vigilar las tendencias de la mortalidad en la niñez, sobre la mortalidad de menores de cinco años en 2004. Los cuatro organismos han establecido el Grupo de Coordinación sobre la Mortalidad en la Niñez, en el que trabaja un grupo independiente de profesores universitarios que pretende realizar una revisión crítica de los procedimientos que sigue actualmente cada institución para acopiar datos y hacer estimaciones puntuales (3).

La OMS emplea un método estándar para estimar y proyectar las tablas de vida de todos los Estados Miembros utilizando datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias con respecto a las tablas de vida oficiales preparadas por los Estados Miembros.

Las estimaciones correspondientes a la esperanza de vida al nacer, la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años (tasa de mortalidad de menores de cinco años) y la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años (tasa de mortalidad de adultos) se han obtenido de las tablas de vida estimadas por la OMS para cada Estado Miembro.

Los procedimientos empleados para elaborar las tablas de vida correspondientes a 2004 difirieron de un Estado Miembro a otro, dependiendo de la disponibilidad de datos para establecer la mortalidad en la niñez y la mortalidad adulta. Dada la creciente heterogeneidad de las pautas de mortalidad de adultos y niños, la OMS ha desarrollado un sistema de tablas de vida constituido por un modelo logit de dos parámetros, con parámetros adicionales específicos para la edad destinados a corregir los sesgos sistemáticos asociados a la aplicación de un sistema de dos parámetros (4). Este modelo de tablas de vida ha sido ampliamente utilizado para elaborar las tablas de vida de los Estados Miembros que carecen de sistemas apropiados de registro civil y para proyectar las tablas de vida hasta 2004 cuando los datos más recientes disponibles corresponden a años anteriores. Las estimaciones para 2004 se han revisado para tener en cuenta los nuevos datos recibidos desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2005* para numerosos Estados Miembros y tal vez no sean plenamente comparables con las publicadas en informes anteriores. A continuación se resumen los métodos utilizados para elaborar las tablas de vida; se ha publicado a este respecto una sinopsis completa y detallada (4, 5).

Para los Estados Miembros que cuentan con sistemas de registro civil y registro de estadísticas vitales por muestreo, se aplicaron primeramente técnicas demográficas (método de Preston-Coale, método del equilibrio de Brass, método del equilibrio generalizado y método de Bennett-Horiuchi) a fin de evaluar el grado de integridad de los datos registrados de mortalidad en la población de mayores de cinco años, y luego esos grupos de edad se ajustaron en consecuencia (6). Cuando se disponía de datos de registro civil para 2004, éstos se utilizaron directamente para establecer las tablas de vida. Para otros países en cuyo caso el sistema facilitaba una serie cronológica de tablas de vida anuales, los parámetros (l_5, l_{60}) se proyectaron utilizando un modelo de regresión ponderada que confería mayor importancia a los años más recientes (mediante un mecanismo de ponderación exponencial que aseguraba que el peso de cada año t fuese un 25% inferior al correspondiente al año $t+1$). Para los países con una población total de menos de 750 000 habitantes, o cuando el error cuadrático medio de la regresión era mayor o igual a 0,011, se estimó una tendencia a más corto plazo, aplicando un factor de ponderación con un decaimiento exponencial del 50% anual. Los valores proyectados de los dos parámetros utilizados para las tablas de vida se aplicaron seguidamente a un modelo logit de tablas de vida modificado, utilizando como estándar los datos nacionales más recientes – reflejo de la estructura de edades más reciente – para predecir la tabla de vida completa correspondiente a 2004.

Para todos los Estados Miembros se evaluaron y ajustaron otros datos disponibles para la mortalidad en la niñez – por ejemplo, datos de encuestas y censos – a fin de estimar la tendencia probable correspondiente a los últimos decenios y predecir así la mortalidad en la niñez en 2004. Se empleó un método estándar para predecir la mortalidad en la niñez a fin de obtener las estimaciones correspondientes a 2004 (7).

Estas estimaciones se utilizan, por una parte, para sustituir las tasas de mortalidad de menores de cinco años en las tablas de vida de aquellos países que, aunque cuentan con sistemas de registro civil o de registro de estadísticas vitales por muestreo, carecen de un registro completo del número de defunciones de menores de cinco años. Por otro lado, en el caso de los países sin sistemas de registro civil que puedan utilizarse a estos efectos – que suelen ser los que presentan niveles de mortalidad elevados –, las tasas proyectadas de mortalidad de menores de cinco años se utilizan como uno de los inputs del sistema logit modificado. Las tasas de mortalidad de adultos se obtuvieron a partir de encuestas o censos cuando se tuvo acceso a esas fuentes; en los demás casos, se seleccionó el correspondiente nivel más probable de mortalidad adulta sobre la base de modelos de regresión de mortalidad en la niñez frente a mortalidad adulta observados en el conjunto de aproximadamente 1800 tablas de vida. Estos niveles estimados de mortalidad en la niñez y mortalidad de adultos se aplicaron seguidamente a un estándar mundial, definido como el promedio de todas las tablas de vida, usando el modelo logit modificado, para calcular las estimaciones correspondientes a 2004.

Conviene señalar que el modelo logit de tablas de vida modificado que utiliza el estándar mundial no refleja los efectos de una alta epidemividad de VIH/SIDA, porque las tablas de vida empíricas subyacentes no proceden de países aquejados por esa epidemia. De modo análogo, tampoco se recogen las muertes atribuibles a conflictos bélicos, ya que los sistemas de registro civil a menudo dejan de funcionar en tiempos de guerra (8). Por estos motivos, en el caso de los países afectados se estimó la mortalidad sin defunciones por VIH/SIDA y por guerras, y luego se añadieron las estimaciones efectuadas por separado de las muertes causadas por el VIH/SIDA y las guerras en 2004.

Los principales resultados incluidos en el cuadro 1 van acompañados de sus respectivos intervalos de incertidumbre, para que el lector conozca el margen de variación plausible de las estimaciones para cada país respecto de cada uno de los indicadores. En el caso de los países con datos del registro civil proyectados aplicando modelos de regresión de series temporales a los parámetros del modelo logit de tablas de vida, para reflejar la incertidumbre en torno a los coeficientes de regresión se han utilizado 1000 valores aleatorios de los parámetros sobre la base de los estimadores de regresión y de la matriz de varianza-covarianza. Para cada uno de los valores aleatorios se calculó una nueva tabla de vida. En los casos en que había fuentes de información adicionales que aportaban intervalos plausibles para las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos, los 1000 valores aleatorios se limitaron de tal modo que cada tabla de vida produjera estimaciones dentro de esos intervalos específicos. El margen de 1000 tablas de vida obtenido a partir de esos valores aleatorios refleja parte de la incertidumbre que presentan las tendencias proyectadas de la mortalidad, en particular las imprecisiones en la cuantificación de los cambios sistemáticos de los parámetros del modelo logit durante el periodo abarcado por los datos de registro civil disponibles.

En el caso de los Estados Miembros para los cuales se disponía de registros de defunción completos para el año 2004 y no se hicieron proyecciones, la incertidumbre de las tablas de vida refleja la incertidumbre asociada al recuento de eventos – caracterizada mediante la distribución de Poisson – en las tasas de mortalidad por grupos de edad, estimadas a partir de la observación de un número finito de defunciones en un intervalo fijo de un año.

Para los países que carecían de series temporales de datos de mortalidad por grupos de edad y sexo, se siguieron los pasos descritos a continuación. En primer lugar, se elaboraron para cada país estimaciones puntuales e intervalos para las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos, por sexo (5). En el sistema logit de tablas de vida modificado descrito más arriba (4), los valores de estos dos parámetros se pueden utilizar para identificar una serie de distintas tablas de vida en relación con una tabla de vida estándar mundial. Utilizando los métodos de simulación de Monte Carlo, se generaron 1000 tablas de vida aleatorias tomando muestras a partir de distribuciones normales de esos inputs, con varianzas definidas según los intervalos de incertidumbre.

En el caso de los países donde, debido a la falta de datos de encuestas o métodos de vigilancia, las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos presentaban un grado de incertidumbre considerable, se muestrearon distribuciones amplias, si bien los resultados se limitaron sobre la base de las estimaciones de los valores máximos y mínimos plausibles para los puntos estimados.

En el caso de 55 países, pertenecientes en su mayoría al África subsahariana, las estimaciones de las tablas de vida se efectuaron construyendo tablas de vida contrafactuales que excluían el impacto de la mortalidad de la epidemia de VIH/SIDA y combinando seguidamente esas tablas con estimaciones exógenas de las tasas de exceso de mortalidad atribuible al VIH/SIDA. Las estimaciones se basaron en modelos de cálculo inverso elaborados en el marco de los esfuerzos de colaboración de la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) con miras a realizar estimaciones epidemiológicas para el VIH/SIDA a nivel de país. En el caso de los países donde el número de muertes por guerras era sustancial, las estimaciones de los respectivos intervalos de incertidumbre también se incorporaron en el análisis de incertidumbre de las tablas de vida.

CUADRO 2

El cuadro 2 (cuadro 5 del anexo en el informe del año pasado) proporciona un conjunto de indicadores de interés para la formulación de políticas relacionadas con importantes magnitudes agregadas del gasto sanitario. Uno de esos indicadores es el gasto sanitario total, que se desglosa en el gasto público/del gobierno general en salud y el gasto sanitario privado. Se presentan algunos componentes del gasto sanitario público (gasto de la seguridad social en salud) y del gasto sanitario privado (seguro de enfermedad y sistemas de prepago y de gasto directo). El gasto del gobierno general en salud también se presenta como proporción de los gastos totales del gobierno (GTG). Se ofrecen también datos sobre los recursos externos, que son los flujos destinados a la salud procedentes del extranjero y considerados como una fuente de financiación. Los recursos externos son todos los fondos del exterior que se dedican a financiar el gasto en salud del gobierno general antes citado y el gasto sanitario privado.

Los datos incluyen las mejores cifras a que tuvo acceso la OMS sobre sus 192 Estados Miembros hasta el final de 2005. En el sitio web de la OMS sobre las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) (<http://www.who.int/nha/en/>) pueden encontrarse actualizaciones posteriores, datos sobre otros años e información más detallada.

Durante la primera mitad de la presente década, un número cada vez mayor de países han dado a conocer datos más pormenorizados sobre el gasto sanitario: unos 100 países produjeron cuentas nacionales de salud completas (para uno o más años) o informaron de los gastos en salud a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que ésta publicaría como *OECD health data* (datos de salud de la OCDE). La OMS publica datos reunidos a partir de fuentes e informes nacionales e internacionales. Los datos son consolidados, triangulados y armonizados en el marco de las CNS, sobre la base de las clasificaciones internacionales y de los procedimientos habituales de las cuentas nacionales. Se han usado técnicas corrientes de estimación y extrapolación para obtener series temporales. Como en años anteriores, se envió a los ministros de salud un borrador de las estimaciones recabando observaciones y ayuda para obtener información adicional. Sus respuestas, unidas a las de otros organismos públicos, como oficinas de estadísticas, aportaron una valiosa retroinformación que ha permitido mejorar las estimaciones de los indicadores del gasto sanitario aquí presentados. Ese proceso se ve facilitado por personal de la OMS en la Sede y en las oficinas regionales y en los países. Los años ya acumulados de consultas regulares y conversaciones han permitido establecer amplios canales de comunicación con los ministerios de salud y otros organismos, y diversos expertos y redes nacionales e internacionales también han contribuido al desarrollo de la capacidad nacional.

Medición del gasto sanitario

Las cuentas de salud sintetizan los flujos de financiación y de gastos asociados al funcionamiento de un sistema de salud y permiten vigilar todas las transacciones, desde las fuentes de financiación hasta la distribución de las prestaciones, según parámetros geográficos, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. Las cuentas nacionales de salud (CNS) están relacionadas con las cuentas macroeconómicas y macrosociales, cuya metodología aprovechan.

Una contribución metodológica importante para la preparación de cuentas nacionales de salud es *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (9), basada en los principios de contabilidad de los sistemas de salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (10). Dicha metodología se basa en los principios enunciados en el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (comúnmente denominado SCN93) (11).

La OMS viene publicando una serie evolutiva quinquenal sobre los indicadores de las CNS desde 2002, y actualiza las cifras cada año con las mejores estimaciones al alcance. Cada serie quinquenal presenta los años abarcados con coherencia interna. Dado que las cuentas de salud constituyen una disciplina en desarrollo – no sólo respecto a los métodos, sino también respecto a la implementación por los países – varios Estados Miembros han modificado estimaciones anteriores a fin de mejorar las mediciones. Las razones de esas mejoras de las estimaciones pueden clasificarse en cinco grupos: 1) nuevos informes de CNS, cuando el país elabora su primer informe de CNS; 2) mejores informes de CNS, cuando un nuevo informe ofrece mejores estimaciones que los trabajos preliminares; 3) nuevas fuentes de datos, cuando se tiene acceso a nuevos datos, como por ejemplo datos de la seguridad social, o a los resultados de las encuestas más recientes sobre el gasto de los hogares; 4) mejores fuentes de datos, cuando los gobiernos proporcionan mejores datos o detectan casos de doble contabilidad; y 5) actualización de datos macroeconómicos. Se requiere cautela a la hora de comparar las estimaciones recién publicadas con otras series publicadas anteriormente, o de intentar trazar una serie más larga que la permitida por la serie multianual disponible (en el sitio web se pueden encontrar series verificadas más largas).

Definiciones

El gasto sanitario total (GST) se ha definido como la suma del gasto del gobierno general en salud (GGGS) (comúnmente denominado gasto público en salud) y el gasto privado en salud (GPrS). El gasto del gobierno general en salud (GGGS) se calcula como la suma de los desembolsos realizados por las entidades del gobierno para adquirir servicios y productos de atención de salud: en particular los gastos efectuados por los ministerios de salud y los organismos de seguridad social. El gasto privado en salud (GPrS) comprende los desembolsos totales en salud realizados por entidades privadas: en particular las aseguradoras, las instituciones sin fines de lucro y los hogares que complementan la financiación de las instituciones antes citadas o incurren unilateralmente en gastos para adquirir productos básicos de salud. Las fuentes de ingresos de esas entidades pueden ser de diverso tipo, incluidos los fondos externos. Esto obliga a tener en cuenta algunos aspectos esenciales de la contabilidad sanitaria, como son la completitud de los datos, la coherencia, la normalización y la puntualidad, a la hora de elaborar las estimaciones. Todas las estimaciones se calculan en millones de unidades monetarias nacionales (millones de UMN) a precios corrientes.

El GGGS comprende los desembolsos destinados a mantener, restablecer o mejorar el estado de salud de la población, efectuados con cargo a:

- autoridades centrales/federales (ministerio de salud u otros ministerios), estatales/provinciales/regionales o locales/municipales;
- organismos financiados con fondos extrapresupuestarios, principalmente planes de seguridad social;

- organismos paraestatales que sufragan gastos directos en atención sanitaria (que funcionan como si fueran empresas del sector privado pero están controlados por el gobierno).

Las tres categorías pueden financiarse mediante fondos nacionales o recursos externos (principalmente donaciones canalizadas a través del gobierno o créditos canalizados a través del presupuesto nacional).

El GGGs comprende tanto los gastos fijos como los gastos de inversión (incluidas las transferencias de capital) efectuados a lo largo del año. La clasificación de las funciones de las administraciones públicas (CFAP) promovida por las Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional (FMI), la OCDE y otras instituciones marca los límites de los desembolsos públicos. En muchos casos, los datos que aparecen en las publicaciones se ciñen a los suministrados por los ministerios de salud. Sin embargo, el gasto sanitario debe abarcar todos los gastos cuyo objeto principal sea la promoción de la salud, con independencia de la entidad ejecutora. Se ha procurado obtener datos sobre los gastos sanitarios de otros ministerios, fuerzas armadas, cárceles, escuelas, universidades, etc., para asegurar que se incluyeran todos los recursos con los que se sufragan gastos sanitarios. Además, todos los gastos en salud incluyen el consumo final, las subvenciones a productores, y las transferencias a los hogares (principalmente reembolsos por facturas médicas y farmacéuticas).

Las cifras sobre los gastos de la seguridad social en salud incluyen la adquisición de bienes y servicios de salud a través de sistemas obligatorios y controlados por el gobierno. Un obstáculo importante es la necesidad de verificar que no se incurra en doble contabilidad y que las estimaciones no incluyan las prestaciones en efectivo por enfermedad y/o pérdida de empleo, pues esos conceptos se clasifican como gastos de mantenimiento de los ingresos. Se incluyen también aquí los sistemas de seguridad social obligatorios y controlados por el gobierno que sólo se aplican a un grupo determinado de la población, por ejemplo a los empleados del sector público.

El GPrS se ha definido como la suma de los gastos efectuados en concepto de lo siguiente:

- Planes de prepago y arreglos de mancomunación del riesgo: desembolsos de planes de seguro privados y regímenes previsionales privados (sin control gubernamental de las tarifas de pago y de los proveedores participantes, pero con directrices generales del gobierno), planes de seguro comerciales y sin fines de lucro (mutuas), organizaciones de mantenimiento de la salud y otros agentes que administran prestaciones médicas y paramédicas de prepago (incluidos los gastos de funcionamiento de esos planes).
- Gasto de las empresas en salud: desembolsos de empresas privadas en atención médica y prestaciones de mejora de la salud, diferentes de los pagos a la seguridad social u otros sistemas de prepago.
- Instituciones sin fines de lucro que atienden principalmente a familias: recursos utilizados para adquirir bienes y servicios de salud por entidades cuyo estatuto no les permite ser una fuente de ingresos, ganancias u otros beneficios financieros para las unidades que las establecen, controlan o financian. Comprende financiación de fuentes internas y externas.
- Gastos familiares en efectivo: desembolsos directos de las familias, con inclusión de honorarios y otros pagos en especie a personal de salud y a dispensadores de preparaciones farmacéuticas, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuyo principal objetivo es contribuir al restablecimiento o fortalecimiento del estado de salud de individuos o grupos de población. Comprenden los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales, y los costos compartidos, franquicias, copagos y honorarios no reembolsables. No incluyen los pagos efectuados por las empresas que ofrecen a sus empleados prestaciones médicas y paramédicas, impuestas o no por ley, y los pagos de tratamientos dispensados en el extranjero. Tampoco se incluyen los costos

de transporte y alimentación (salvo los sufragados oficialmente a los proveedores) y las aportaciones a los sistemas de mancomunación con prepago.

Los recursos externos consignados en el cuadro 2 son los que se incorporan al sistema como fuente de financiación; es decir, están incluidos todos los recursos externos (subvenciones y préstamos) con independencia de que sean canalizados a través de los gobiernos o de entidades privadas. Las otras instituciones y entidades a las que se hace referencia corresponden a gastos públicos o privados en salud y se conceptúan como agentes de financiación. Estos últimos son instituciones que mancomunan recursos de salud procedentes de diferentes fuentes de financiación (como los hogares, el gobierno, organismos externos, empresas y organizaciones no gubernamentales) y adquieren la asistencia sanitaria o la pagan directamente con sus recursos.

El Producto Interior Bruto (PIB) es el valor de todos los bienes y servicios generados en un país por los residentes y no residentes, independientemente de su distribución entre activos internos y externos. Corresponde (con pequeños ajustes) a la suma total del gasto (consumo e inversión) de los agentes privados y públicos de la economía durante el año de referencia.

Los gastos totales del gobierno (GTG) comprenden los desembolsos directos e indirectos consolidados (p. ej., subsidios a productores, transferencias a familias), incluido el capital, de todos los niveles de gobierno (central/federal, provincial/regional/estadual/distrital y municipal/local), instituciones de seguridad social, órganos autónomos y otros fondos extrapresupuestarios.

Fuentes

El cuadro 2 presenta cifras actualizadas y revisadas sobre los años 1999 a 2003. En <http://www.who.int/nha> se pueden hallar las estimaciones correspondientes a otros años, junto con las fuentes y metodología. Entre las fuentes nacionales cabe citar las siguientes: informes sobre cuentas nacionales de salud y sobre gastos públicos, anuarios estadísticos y otras publicaciones periódicas, documentos presupuestarios, informes sobre cuentas nacionales, informes de bancos centrales, informes de organizaciones no gubernamentales, estudios académicos, e informes y datos suministrados por oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, ministerios de finanzas y de desarrollo económico, oficinas de planificación, asociaciones profesionales y comerciales, datos estadísticos en sitios web oficiales, y encuestas de hogares.

Se pueden conseguir cuentas de salud específicas o documentos y estudios detallados sobre financiación sanitaria (tanto del sector privado como del sector público) en los países que se citan a continuación, por regiones:

- Región de África: Argelia, Burkina Faso, Camerún, Etiopía, Guinea, Kenya, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.
- Región de las Américas: Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay.
- Región de Asia Sudoriental: Bangladesh, India, Indonesia, Sri Lanka, Tailandia.
- Región de Europa: Albania, Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia, Tayikistán, Turquía.
- Región del Mediterráneo Oriental: Bahrein, Djibouti, Egipto, Jordania, Líbano, Marruecos, Omán, República Islámica de Irán, Túnez, Yemen.
- Región del Pacífico Occidental: Australia, China, Filipinas, Japón, Malasia, Mongolia, Nueva Zelandia, Papua Nueva Guinea, República de Corea, Samoa, Tonga, Viet Nam.

OECD health data series presenta datos del GGGGS y el GPrS de los 30 países miembros de la OCDE. En lo relativo al GGGGS, gracias a la disponibilidad de un mayor número de informes sobre el gasto en salud de países no pertenecientes a la OCDE, en comparación con años anteriores, se pudo efectuar una estimación más completa que en las últimas ediciones del Informe sobre la salud en el mundo. *Government finance statistics*, del FMI, presenta datos sobre el gasto público central en salud en más de 120 países y sobre el gasto sanitario de gobiernos regionales y locales en una tercera parte de ellos. Los datos financieros de los gobiernos, junto con los anuarios estadísticos, informes sobre finanzas públicas y análisis de la aplicación de políticas sanitarias, facilitan la estimación del GGGGS para los Estados Miembros que aún no publican esa información.

La mayoría de los datos sobre el gasto privado en salud provienen de informes sobre cuentas nacionales de salud, anuarios estadísticos y otras publicaciones periódicas, datos estadísticos de sitios web oficiales, encuestas sobre los gastos de hogares, informes de organizaciones no gubernamentales, estudios académicos e informes y datos suministrados por oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, organismos aseguradores, asociaciones profesionales y comerciales y consejos de planificación. Las cifras correspondientes a los años que faltan se estiman mediante técnicas corrientes de extrapolación.

La información sobre los recursos externos procede del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (CAD/OCDE). Algunos Estados Miembros vigilan explícitamente los recursos externos que ingresan en su sistema de salud, y esa información se ha utilizado para validar o modificar las magnitudes derivadas de los datos del CAD. Los datos del CAD empleados por la OMS guardan relación con los desembolsos (notificándose sólo los flujos bilaterales de algunos países), cuando los hay, y en caso contrario se presentan los compromisos.

En cuanto a las variables macro, varias referencias internacionales facilitan la compilación de las estimaciones necesarias, en particular los últimos datos publicados en *Government finance statistics yearbook* (12), *International financial statistics yearbook* (13) y *International financial statistics* (14), del FMI; *Key indicators*, del Banco Asiático de Desarrollo (15); *OECD health data* (16); *International development statistics* (17); *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables*, de las Naciones Unidas (18); División de Estadística de las Naciones Unidas, Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, y Comisión Económica y Social para Asia Occidental de las Naciones Unidas; *Indicadores del desarrollo mundial* del Banco Mundial, datos inéditos del departamento de investigaciones del FMI; Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM); y series nacionales de los ministerios de finanzas o bancos centrales.

Las fuentes principales del PIB son las últimas estimaciones del año corriente facilitadas en *OECD national accounts* y *OECD health data* para los países de la OCDE; en el caso de los países que no forman parte de la OCDE, se utilizan las estadísticas de las cuentas nacionales de las Naciones Unidas y datos de otros organismos de las Naciones Unidas. Cuando no se dispone de datos de las Naciones Unidas, se emplean algunas de las fuentes citadas más arriba.

Notas metodológicas

Las variaciones en los límites utilizados en las fuentes originales se han ajustado en la medida de lo posible para conseguir definiciones normalizadas. Por ejemplo, en algunos países el GGGGS, y por tanto el GST, incluye el gasto en salud ambiental, capacitación del personal sanitario y actividades de investigación, mientras que en otros países esos gastos son presentados como partidas pro memoria. En los cuadros aquí incluidos, se aplicaron los principios esbozados en *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (9), que consideran esos gastos como relacionados con la salud, por lo que no se han incluido en el GST. La imposibilidad de excluir esos gastos ha llevado a veces a publicar valores sobrestimados del GST respecto al PIB. La disponibilidad de nueva información y los subsiguientes

ajustes se han traducido en consecuencia en cifras inferiores a las notificadas anteriormente.

Los recursos externos consignados en los cuadros de este anexo se tratan de forma distinta a los recursos del resto del mundo (ROW) en el marco del Sistema de cuentas de salud de la OCDE. En el caso de la OCDE, los fondos ROW se clasifican como fuentes de financiación (agentes de financiación en las categorías de las CNS) e incluyen sólo las subvenciones que pasan por los países. Estos cuadros presentan también los gastos en salud sufragados por instituciones paraestatales como gasto público, mientras que otros los incluyen en el gasto privado.

Algunas veces los gastos consignados como financiación pública se refieren sólo a los efectuados por el ministerio de salud, no a todos los gastos en salud con independencia del origen. En estos casos, en la medida de lo posible, se han estimado otras series para complementar esa fuente. El GGGs, y por tanto las cifras del GST, tienden a subestimar la realidad cuando no se pueden obtener datos sobre los gastos de los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, otros ministerios y los seguros.

International financial statistics, del FMI, facilita cifras de los pagos de los gobiernos centrales que se aproximan a los GTG en muchos países en desarrollo que carecen de poder autónomo local en materia de impuestos. Las cifras sobre los desembolsos de los gobiernos centrales se han complementado en la medida de lo posible con datos referentes a administraciones locales/municipales, así como a algunos pagos de la seguridad social relacionados con la atención sanitaria. Para verificar los GTG, se han consultado diversas auditorías de fondos públicos, presupuestos ejecutados, planes presupuestarios, anuarios estadísticos, sitios web, informes del Banco Mundial y de bancos regionales de desarrollo y estudios académicos.

Los datos no siempre configuran una serie temporal continua para todos los países, lo que obliga a hacer otras investigaciones más exhaustivas de publicaciones nacionales pertinentes para triangular y completar la información. Además, hay series temporales anteriores que se han actualizado tras llevar a cabo revisiones de los puntos de referencia o cambios de metodología para estimar determinados datos, en especial los gastos directos, y reelaborar a fondo las cuentas de salud. Si el PIB se estima mediante el actual sistema de cuentas nacionales SCN93 en lugar de la versión de 1968 (SCN68), los porcentajes cambiarán.

Se han utilizado varios procedimientos de control de la calidad para determinar la validez de los datos. Estos se triangulan con información de diferentes fuentes y con los datos macro del país para obtener las mejores estimaciones. Por ejemplo, los datos agregados del gasto sanitario público se comparan con los GTG, o el gasto directo se compara con el consumo privado total o de los hogares. Además, el gasto estimado en salud se compara con el gasto en atención hospitalaria, el gasto farmacéutico y otros registros (incluidos los gastos de administración de programas) procurando que los desembolsos sobre los que se haya reunido información constituyan el grueso del gasto público/privado en salud. De este modo, las estimaciones obtenidas son plausibles en el marco de la descripción de los sistemas.

CUADRO 3

El cuadro 3 (cuadro 6 del informe del pasado año) presenta el gasto sanitario total y el gasto del gobierno general en salud por habitante. La metodología y las fuentes utilizadas para calcular el GST y el GGGs son las ya descritas antes en las notas sobre el cuadro 2. Las razones matemáticas por habitante se obtienen dividiendo las cifras de gasto por la población. Esas cifras por habitante se expresan en US\$ a un tipo de cambio medio (el promedio anual observado o la cifra al final del año del número de unidades a las que se comercia una moneda en el sistema bancario). Se presentan también en dólares internacionales, calculados dividiendo las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad de poder adquisitivo (PPA) en comparación con

el dólar estadounidense, medida ésta que reduce al mínimo los efectos de las diferencias de precios entre los países.

OECD health data es la principal fuente de las estimaciones de población correspondientes a los 30 países miembros de la OCDE, así como de otros gastos en salud y variables macroeconómicas. Todas las estimaciones del tamaño y estructura de las poblaciones de países no integrados en la OCDE se basan en las evaluaciones demográficas preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (1). Se usan las estimaciones de la población residente *de facto*, no la población *de jure* de cada Estado Miembro.

Los tipos de cambio se han obtenido principalmente a partir de *International financial statistics*, del FMI. Para los otros países se han empleado informes de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Banco Asiático de Desarrollo. Aunque se han usado principalmente los tipos oficiales, a veces también se han usado los tipos de cambio del mercado. Por otro lado, el cambio de divisa en un determinado año ha obligado a veces a revisar toda la serie.

En lo concerniente a los países miembros de la OCDE, se han utilizado las PPA de la OCDE para calcular los dólares internacionales. En el caso de los países europeos y de Asia central pertenecientes a la Comisión Económica para Europa (CEPE) de las Naciones Unidas pero no a la OCDE, se han utilizado las PPA de la CEPE. Para los países no europeos y no pertenecientes a la OCDE, la OMS estimó los dólares internacionales aplicando métodos semejantes a los utilizados por el Banco Mundial.

CUADRO 4

Los recursos humanos para la salud se han definido como «el conjunto de todos los individuos que participan en la promoción, protección o mejora de la salud de la población» (19). Sin embargo, a los efectos de este informe, nos centramos sólo en las actividades remuneradas y dividimos la fuerza laboral sanitaria en dos grupos principales: «proveedores de servicios de salud» y «personal administrativo y auxiliar» (véase el capítulo 1).

Los indicadores necesarios para describir las características de la fuerza laboral sanitaria y controlar su evolución a lo largo del tiempo se generan a menudo a partir de varias fuentes y abarcan muchas áreas (como la profesión, el nivel de formación y el sector de empleo). Los datos usados en el cuadro 4 se reunieron a partir de cuatro fuentes principales: encuestas de instituciones, encuestas de hogares y de la fuerza de trabajo, censos de población y de habitación, y registros de fuentes profesionales y administrativas. La diversidad de fuentes obligó a realizar un trabajo de armonización para obtener estimaciones comparables del personal sanitario para cada Estado Miembro. El proceso de armonización se basó en los sistemas de clasificación normalizados internacionales, principalmente en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), pero también en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU).

Algunos de los problemas de armonización de los datos derivados de la multiplicidad de definiciones y sistemas de clasificación no pudieron resolverse aplicando la CIUO. Por ejemplo, para dar cabida a tipos de trabajadores específicos de los países, muchos ministerios de salud aplican su propio sistema de clasificación nacional. Los agentes de salud comunitarios y las parteras tradicionales no aparecen reflejados en el sistema estándar de la CIUO, pero a veces representan hasta una tercera parte de la fuerza laboral sanitaria y constituyen una parte importante de la infraestructura de dispensación de servicios. Por ello, a los efectos de este informe, hemos englobado a los agentes de salud comunitarios y las parteras tradicionales en un grupo independiente, pero también hemos mapeado la mayoría de las profesiones específicas de un país con arreglo a la clasificación común de la CIUO.

En el cuadro 4 se utilizan las siguientes categorías ocupacionales:

- Médicos: incluye generalistas y especialistas.
- Enfermeras: comprende enfermeras (y parteras) profesionales, enfermeras auxiliares y enfermeras habilitadas, y otras enfermeras como las dedicadas a la odontología o las de atención primaria.
- Parteras: incluye parteras auxiliares y parteras habilitadas. No abarca a las parteras tradicionales, que se contabilizan como agentes de salud comunitarios. No obstante el gran esfuerzo realizado, se impone la cautela al usar los datos sobre las enfermeras y parteras; en el caso de algunos países la información disponible no diferencia claramente a los dos grupos.
- Dentistas: comprende dentistas, ayudantes de odontología y técnicos de odontología.
- Farmacéuticos: abarca farmacéuticos, ayudantes de farmacia y técnicos farmacéuticos.
- Técnicos de laboratorio: comprende especialistas científicos de laboratorio, ayudantes de laboratorio, técnicos de laboratorio y radiógrafos.
- Profesionales del medio ambiente y la salud pública: comprende técnicos medioambientales y de sanidad, técnicos de saneamiento, higienistas, técnicos medioambientales y de salud pública, oficiales de salud de distrito, técnicos de malaria, inspectores de carnes, supervisores de salud pública y otras profesiones similares.
- Agentes de salud comunitarios: comprende prácticos de la medicina tradicional, curanderos religiosos, ayudantes/agentes de educación sanitaria comunitaria, oficiales de salud de la comunidad, agentes de salud de la familia, visitadoras sanitarias, agentes de extensión sanitaria, parteras comunitarias y parteras tradicionales.
- Otros trabajadores sanitarios: comprende un gran número de ocupaciones, como ayudantes clínicos, dietistas y nutricionistas, ayudantes de medicina, ergoterapeutas, operadores de equipos médicos y de odontología, optometristas y ópticos, fisioterapeutas, podólogos, protesistas/ortesisistas, psicólogos, terapeutas respiratorios, técnicos de respiroterapia, foniatras y pasantes.
- Trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares: comprende administradores generales, estadísticos, profesionales docentes, abogados, contables, secretarías médicas, jardineros, técnicos informáticos, personal de ambulancias, personal de limpieza, personal de construcción e ingeniería, personal administrativo especializado y personal auxiliar general.

Aparte del tema referente a la armonización de las categorías de trabajadores sanitarios, otro reto fue el que planteó la triangulación de diversos datos de diferentes fuentes. En general, cuando había datos de más de una fuente, optamos por el censo como primera elección, pues ese instrumento brinda información tanto sobre los «proveedores de servicios de salud» como sobre el «personal administrativo y auxiliar». Sin embargo, eran pocos los censos disponibles y accesibles con información suficientemente detallada codificada conforme a la CIUO. En el actual conjunto de datos, un total de 12 países entra dentro de esa categoría: Australia, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Honduras, México, Mongolia, Nueva Zelanda, Panamá, Paraguay, Tailandia y Turkmenistán. En el caso de otros tres países, a saber, los Estados Unidos, Estonia y el Reino Unido, los datos presentados en el cuadro 4 proceden de encuestas representativas de la fuerza laboral o de hogares, reunidas en el Estudio de ingresos (o empleo) de Luxemburgo (<http://www.lisproject.org/>). Esas encuestas eran tan detalladas como los datos del censo en lo referente a las categorías profesionales, y al mismo tiempo se basaban en el sistema de clasificación de la CIUO (caso de Estonia), o las mapeamos ateniéndonos a los códigos de ese sistema (caso de las encuestas del Reino Unido y de los Estados Unidos).

Para todos los países de la Región de África, así como para un gran número de países de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental, los datos presentados en el cuadro 4 se obtuvieron mediante una encuesta especial preparada por la OMS y llevada a cabo a través de sus oficinas regionales y en los países. En la medida de lo posible, en la encuesta se intentó obtener información tanto sobre los «proveedores

de servicios de salud» como sobre el «personal administrativo y auxiliar» y se utilizó el sistema CIUO, manteniendo algunas clasificaciones específicas de los países para determinadas ocupaciones (23). Se enumeran a continuación los países en que se llevó a cabo la encuesta:

Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Bangladesh, Benin, Bhután, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, India, Indonesia, Iraq, Jordania, Kenya, Lesotho, Líbano, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Marruecos, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Níger, Nigeria, Omán, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Islámica del Irán, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Swazilandia, Timor-Leste, Togo, Túnez, Uganda, Yemen, Zambia, Zimbabue.

Para los siguientes países, los datos empleados proceden de distintas fuentes; a saber: registros de los departamentos de salud, listas mantenidas por comisiones de servicios públicos y otras fuentes administrativas:

Argentina, Belice, Brunei, Camboya, Chile, China, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Fiji, Filipinas, Finlandia, Islas Cook, Jamaica, Malasia, Nicaragua, Papua Nueva Guinea, República Dominicana, Tonga, Tuvalu, Uruguay, Venezuela, Viet Nam.

En el caso de los restantes países, los datos necesarios se reunieron a partir de *OECD health data*, la base de datos de salud para todos de Europa (<http://data.who.int/hfad/index.php>) o la versión anterior de la base de datos mundial de la OMS sobre la fuerza laboral sanitaria. Estos datos eran los menos detallados de todos, con información referente únicamente a cuatro o cinco ocupaciones, y casi siempre sin información alguna sobre el personal administrativo y auxiliar.

Los países cuyos datos proceden de esas fuentes son los siguientes: Afganistán, Albania, Alemania, Andorra, Angola, Antigua y Barbuda, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bahamas, Barbados, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Canadá, Chipre, Croacia, Dinamarca, Dominica, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Francia, Georgia, Granada, Grecia, Guatemala, Guyana, Haití, Hungría, Irlanda, Islandia, Islas Marshall, Islas Salomón, Israel, Italia, Japón, Kazajistán, Kirguistán, Kiribati, Kuwait, Letonia, Libia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Micronesia (Estados Federados de), Moldova, Mónaco, Nauru, Niue, Noruega, Países Bajos, Palau, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, República Árabe Siria, República Checa, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Rumania, Saint Kitts y Nevis, Samoa, San Marino, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Serbia y Montenegro, Somalia, Suecia, Suiza, Suriname, Tayikistán, Trinidad y Tabago, Turquía, Ucrania, Uzbekistán y Vanuatu.

El cuadro presenta las mejores cifras de que disponía la OMS en enero de 2006 para cada uno de los 192 Estados Miembros. Toda actualización posterior se publicará en el sitio web dedicado al Atlas mundial OMS de la fuerza laboral sanitaria (www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp).

REFERENCIAS

1. División de Población de la Organización de las Naciones Unidas. *World population prospects – the 2004 revision*. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 2005.
2. *WHO mortality database*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
3. Child Mortality Coordination Group. Tracking progress towards the Millennium Development Goals: reaching consensus on child mortality levels and trends [Seguimiento de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: por un consenso sobre los niveles y tendencias de la mortalidad en la niñez]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:225-232 (resumen en español).
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1-18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries = Mortalité mondiale en 2000 : tables de mortalité pour 191 pays = Mortalidad mundial en 2000 : tablas de mortalidad en 191 países*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data [Determinar el número de defunciones y las causas de defunción: evaluación de la situación mundial de los datos sobre las causas de mortalidad]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177 (resumen en español).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54).
9. OMS/Banco Mundial/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. *Guía del productor de cuentas nacionales de salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>, consultado el 20 de febrero de 2006).
10. *Sistema de cuentas de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, enero de 2002 (<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=419392>, consultado el 20 de febrero de 2006).
11. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos/Fondo Monetario Internacional/Banco Mundial/Organización de las Naciones Unidas/Eurostat. *System of national accounts 1993*. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 1994.
12. *Government finance statistics yearbook, 2004*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2004.
13. *International financial statistics yearbook, 2005*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2005.
14. *International Financial Statistics*, noviembre de 2005.
15. *ADB Key indicators 2003*. Manila, Banco Asiático de Desarrollo, 2004.
16. *ECO-SALUD OCDE 2004*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004.
17. *International development statistics 2004*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Comité de Asistencia para el Desarrollo, 2004.
18. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 2004.
19. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
20. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3.
21. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11.
22. Hoffmann E, Dal Poz MR, Diallo K, Zurn P, Wiskow C. *Defining the scope of human resources in health, as basis for requesting national statistics*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Nota técnica inédita; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento de referencia para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;ª no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	ESTIMACIONES DEMOGRÁFICAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)			PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)		ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)												PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)															
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos			Ambos sexos		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)				Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)								Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)															
			1994	2004	1994	2004	1994	2004																						1994	2004										
	2004	1994-2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre													
1 Afganistán	28 574	3,9	96	97	4,6	4,4	8,0	7,4	42	30	-	53	257	179	-	333	1	42	31	-	52	42	29	-	55	258	183	-	338	256	176	-	328	509	311	-	760	448	212	-	716
2 Albania	3 112	-0,2	61	56	8,9	11,8	2,7	2,2	72	71	-	72	19	15	-	22	2	69	68	-	69	74	73	-	75	19	15	-	22	18	15	-	22	171	158	-	185	96	82	-	111
3 Alemania	82 645	0,2	46	49	20,6	24,8	1,3	1,3	79	79	-	79	5	5	-	5	3	76	76	-	76	82	82	-	82	5	5	-	6	5	4	-	5	112	111	-	113	58	57	-	58
4 Andorra	67	0,7	46	44	20,5	21,3	1,3	1,3	80	78	-	83	7	4	-	9	4	77	74	-	80	83	81	-	85	7	4	-	10	6	4	-	9	108	73	-	143	46	34	-	67
5 Angola	15 490	2,6	100	96	4,1	4,0	7,0	6,7	40	33	-	46	260	230	-	288	5	38	32	-	44	42	34	-	49	276	246	-	305	243	215	-	270	591	458	-	754	504	324	-	697
6 Antigua y Barbuda	81	1,7	62	55	9,1	10,5	2,5	2,3	72	71	-	74	12	6	-	18	6	70	69	-	71	75	74	-	76	14	6	-	20	10	6	-	16	191	168	-	212	120	107	-	134
7 Arabia Saudita	23 950	2,8	78	68	3,4	4,5	5,4	3,9	71	67	-	74	27	20	-	34	7	68	64	-	73	74	70	-	76	29	22	-	37	24	18	-	31	196	117	-	296	120	77	-	183
8 Argelia	32 358	1,6	79	54	5,7	6,4	3,7	2,5	71	69	-	72	40	33	-	47	8	69	68	-	71	72	70	-	73	41	33	-	48	39	32	-	46	153	138	-	167	124	109	-	140
9 Argentina	38 372	1,1	63	58	13,1	13,8	2,8	2,3	75	74	-	75	18	17	-	20	9	71	71	-	71	78	78	-	79	20	19	-	22	16	15	-	18	173	168	-	179	90	87	-	94
10 Armenia	3 026	-0,8	60	51	12,0	14,7	2,2	1,3	68	67	-	69	32	26	-	39	10	65	64	-	66	72	71	-	73	34	27	-	41	30	25	-	36	248	215	-	286	111	94	-	130
11 Australia	19 942	1,2	50	48	15,4	17,0	1,8	1,7	81	81	-	81	5	5	-	6	11	78	78	-	79	83	83	-	83	6	5	-	7	5	4	-	5	86	83	-	88	50	48	-	52
12 Austria	8 171	0,2	49	47	19,7	22,3	1,4	1,4	79	79	-	80	5	4	-	6	12	76	76	-	77	82	82	-	82	5	5	-	6	5	4	-	6	114	111	-	117	55	53	-	57
13 Azerbaiyán	8 355	0,8	64	51	7,9	9,3	2,7	1,8	65	64	-	67	90	73	-	106	13	63	62	-	64	68	67	-	69	94	75	-	112	85	70	-	99	205	178	-	233	113	97	-	134
14 Bahamas	319	1,5	57	53	7,0	9,1	2,5	2,3	73	72	-	74	13	10	-	16	14	70	69	-	71	76	75	-	77	14	11	-	17	12	9	-	14	256	238	-	274	145	135	-	155
15 Bahrein	716	2,4	50	44	3,9	4,3	3,2	2,4	74	72	-	75	11	10	-	12	15	73	71	-	74	75	73	-	76	11	10	-	12	11	10	-	12	112	98	-	127	82	67	-	97
16 Bangladesh	139 215	2,0	76	65	5,1	5,6	3,9	3,2	62	61	-	64	77	70	-	84	16	62	60	-	63	63	61	-	64	81	74	-	89	73	66	-	79	251	223	-	282	258	233	-	283
17 Barbados	269	0,3	53	42	14,3	13,1	1,6	1,5	75	74	-	76	12	9	-	16	17	71	70	-	72	78	78	-	79	12	9	-	15	13	9	-	16	191	173	-	211	105	94	-	116
18 Belarús	9 811	-0,5	53	44	17,8	18,8	1,5	1,2	68	68	-	69	10	9	-	11	18	63	62	-	63	74	74	-	75	11	10	-	12	9	7	-	10	377	358	-	396	135	124	-	147
19 Bélgica	10 400	0,3	51	52	21,2	22,2	1,6	1,7	78	78	-	79	5	4	-	5	19	75	75	-	76	81	81	-	82	5	5	-	6	4	4	-	5	122	119	-	126	65	63	-	67
20 Belice	264	2,4	88	71	5,9	5,9	4,2	3,1	68	67	-	70	39	29	-	48	20	65	63	-	68	72	71	-	73	44	34	-	56	33	25	-	40	243	204	-	290	135	122	-	151
21 Benin	8 177	3,2	98	89	4,3	4,3	6,5	5,7	53	46	-	58	152	137	-	167	21	52	46	-	58	53	46	-	59	152	137	-	166	153	137	-	167	388	252	-	551	350	224	-	528
22 Bhután	2 116	2,2	89	77	6,3	6,9	5,4	4,2	63	56	-	69	80	64	-	96	22	62	56	-	68	65	57	-	71	80	63	-	95	80	64	-	96	255	114	-	418	196	92	-	365
23 Bolivia	9 009	2,1	81	75	6,2	6,7	4,7	3,8	65	58	-	71	69	62	-	75	23	63	56	-	70	66	59	-	72	70	63	-	76	68	62	-	74	248	106	-	426	184	87	-	346
24 Bosnia y Herzegovina	3 909	1,0	43	44	11,8	18,9	1,5	1,3	73	72	-	75	15	12	-	19	24	70	68	-	71	77	76	-	78	17	13	-	21	14	10	-	17	188	160	-	216	88	76	-	101
25 Botswana	1 769	1,1	82	70	3,9	5,0	3,9	3,1	40	36	-	44	116	99	-	133	25	40	37	-	43	40	36	-	44	123	106	-	141	109	92	-	125	786	717	-	839	770	698	-	826
26 Brasil	183 913	1,5	61	52	7,1	8,7	2,5	2,3	70	70	-	71	34	29	-	39	26	67	67	-	67	74	73	-	74	38	32	-	43	31	26	-	35	237	228	-	246	127	118	-	135
27 Brunei Darussalam	366	2,4	56	49	4,2	4,6	3,0	2,4	77	76	-	78	9	7	-	10	27	76	74	-	77	78	78	-	79	10	8	-	11	8	6	-	9	107	89	-	125	81	70	-	93
28 Bulgaria	7 780	-0,7	50	45	21,0	22,3	1,4	1,2	72	72	-	73	15	14	-	16	28	69	69	-	69	76	76	-	76	17	15	-	18	13	12	-	14	217	213	-	220	92	90	-	95
29 Burkina Faso	12 822	3,0	104	101	4,9	4,3	7,1	6,6	48	41	-	53	192	173	-	211	29	47	41	-	52	48	40	-	55	193	175	-	213	191	171	-	209	472	351	-	631	410	256	-	600
30 Burundi	7 282	1,8	100	93	4,5	4,2	6,8	6,8	45	38	-	51	190	150	-	230	30	42	36	-	49	47	39	-	54	196	154	-	237	184	146	-	223	593	450	-	737	457	317	-	616
31 Cabo Verde	495	2,4	105	80	6,4	5,7	4,7	3,6	70	65	-	73	36	29	-	44	31	67	62	-	71	71	68	-	75	38	30	-	45	35	28	-	42	209	127	-	322	139	85	-	212
32 Camboya	13 798	2,2	98	70	4,7	5,5	5,1	4,0	54	47	-	60	141	127	-	155	32	51	45	-	56	58	50	-	64	154	138	-	169	127	115	-	140	430	293	-	580	276	154	-	466
33 Camerún	16 038	2,1	93	83	5,5	5,6	5,5	4,5	50	44	-	56	149	137	-	162	33	50	45	-	55	51	44	-	57	156	143	-	170	143	130	-	155	444	316	-	582	432	305	-	586
34 Canadá	31 958	1,0	48	45	16,0	17,5	1,7	1,5	80	80	-	80	6	5	-	6	34	78	78	-	78	83	82	-	83	6	6	-	6	5	5	-	6	91	89	-	93	57	55	-	58
35 Chad	9 448	3,3	98	101	5,1	4,7	6,7	6,7	46	39	-	52	200	168	-	231	35	45	38	-	51	48	40	-	54	212	177	-	245	188	158	-	217	497	370	-	669	422	286	-	601
36 Chile	16 124	1,3	57	50	9,4	11,3	2,5	2,0	77	77	-	77	9	8	-	10	36	74	73	-	74	81	80	-	81	10	9	-	11	9	8	-	9	133	125	-	144	66	63	-	69
37 China	1 315 409	0,8	48	42	9,2	10,8	1,9	1,7	72	71	-	73	31	29	-	33	37	70	70	-	71	74	73	-	74	27	25	-	29	36	33	-	39	158	148	-	167	99	90	-	108
38 Chipre	826	1,4	57	48	14,7	16,5	2,2	1,6	79	78	-	80	5	4	-	6	38	77	76	-	78	82	80	-	83	5	4	-	6	5	4	-	7	94	84	-	104	47	38	-	56
39 Colombia	44 915	1,7	64	57	6,5	7,4	2,9	2,6	73	72	-																														

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;ª no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	ESTIMACIONES DEMOGRÁFICAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)									
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos		Ambos sexos			Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)		Hombres		Mujeres		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)				Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)			
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre				2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre
	2004	1994-2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre		2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre
46 Dinamarca	5 414	0,4	48	51	20,0	20,7	1,8	1,8	78	77 - 78	5	4 - 6		46	75	75 - 76	80	80 - 80	5	5 - 7	5	4 - 6	117	110 - 125	72	68 - 75	
47 Djibouti	779	2,7	86	81	4,1	4,6	6,0	4,9	56	49 - 62	126	106 - 144		47	54	48 - 60	57	50 - 63	131	111 - 150	120	101 - 137	373	237 - 521	312	193 - 468	
48 Dominica	79	0,5	62	55	9,1	10,5	2,2	2,0	74	73 - 75	14	11 - 17		48	72	71 - 73	76	75 - 77	13	11 - 14	15	11 - 20	204	187 - 221	122	103 - 143	
49 Ecuador	13 040	1,5	70	63	6,5	8,1	3,3	2,7	72	72 - 73	26	22 - 30		49	70	69 - 70	75	75 - 76	29	24 - 33	24	20 - 28	210	197 - 223	128	119 - 137	
50 Egipto	72 642	1,9	77	63	6,4	7,1	3,8	3,2	68	67 - 68	36	33 - 40		50	66	65 - 66	70	69 - 70	36	32 - 40	36	33 - 40	239	229 - 250	158	150 - 165	
51 El Salvador	6 762	2,0	74	66	6,8	7,5	3,4	2,8	71	70 - 72	28	24 - 32		51	68	67 - 69	74	73 - 75	30	25 - 34	26	22 - 30	244	211 - 278	138	127 - 152	
52 Emiratos Árabes Unidos	4 284	6,4	42	31	1,9	1,7	3,6	2,5	77	77 - 78	8	6 - 9		52	76	76 - 77	79	79 - 80	8	7 - 10	7	6 - 8	89	79 - 99	67	60 - 73	
53 Eritrea	4 232	3,3	93	89	4,0	3,9	6,1	5,4	60	53 - 67	82	74 - 91		53	58	52 - 65	62	55 - 68	89	79 - 98	75	67 - 83	345	196 - 498	281	170 - 427	
54 Eslovaquia	5 401	0,1	51	41	15,1	16,0	1,7	1,2	74	74 - 75	8	7 - 11		54	70	70 - 71	78	78 - 79	9	7 - 11	8	6 - 10	203	193 - 214	76	72 - 81	
55 Eslovenia	1 967	0,0	45	42	17,6	20,2	1,3	1,2	77	77 - 77	4	4 - 5		55	73	72 - 73	81	81 - 81	5	4 - 6	4	4 - 4	158	150 - 167	67	64 - 71	
56 España	42 646	0,7	46	44	20,5	21,3	1,2	1,3	80	80 - 80	5	4 - 5		56	77	76 - 77	83	83 - 84	5	4 - 5	4	4 - 4	113	107 - 120	45	44 - 47	
57 Estados Unidos de América	295 410	1,0	53	50	16,3	16,5	2,0	2,0	78	77 - 78	8	7 - 8		57	75	75 - 76	80	80 - 80	8	8 - 9	7	7 - 7	137	130 - 145	81	80 - 83	
58 Estonia	1 335	-1,0	52	47	18,9	21,5	1,5	1,4	72	71 - 73	8	6 - 11		58	66	66 - 67	78	77 - 78	10	8 - 11	6	4 - 9	301	277 - 328	108	97 - 119	
59 Etiopía	75 600	2,6	95	91	4,4	4,6	6,6	5,7	50	43 - 56	166	137 - 196		59	49	42 - 55	51	44 - 58	175	141 - 209	158	131 - 183	451	315 - 620	389	260 - 559	
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	2 030	0,4	50	45	13,0	15,3	1,9	1,5	72	72 - 73	14	13 - 15		60	69	69 - 70	76	75 - 76	16	15 - 18	12	11 - 13	198	186 - 210	84	78 - 91	
61 Federación de Rusia	143 899	-0,3	50	41	16,5	17,3	1,4	1,3	65	64 - 68	16	14 - 17		61	59	58 - 64	72	71 - 72	18	16 - 19	14	13 - 15	485	- 507	180	168 - 180	
62 Fiji	841	1,0	65	56	5,0	6,2	3,3	2,9	69	67 - 70	20	18 - 22		62	66	65 - 67	71	70 - 73	21	19 - 23	19	17 - 21	270	244 - 297	169	151 - 187	
63 Filipinas	81 617	2,0	75	65	5,1	6,0	4,0	3,1	68	68 - 69	34	29 - 39		63	65	64 - 65	72	71 - 72	40	34 - 46	28	24 - 32	269	257 - 281	149	137 - 159	
64 Finlandia	5 235	0,3	50	50	18,8	20,9	1,8	1,7	79	79 - 79	4	4 - 5		64	75	75 - 75	82	82 - 82	5	4 - 6	3	3 - 4	137	134 - 141	62	60 - 65	
65 Francia	60 257	0,4	53	53	20,3	20,9	1,7	1,9	80	79 - 80	5	4 - 5		65	76	76 - 76	83	83 - 84	5	4 - 6	4	4 - 5	132	127 - 138	60	58 - 62	
66 Gabón	1 362	2,3	92	81	7,2	6,2	5,0	3,9	57	51 - 64	91	81 - 102		66	55	49 - 61	59	53 - 66	102	91 - 114	80	70 - 90	411	270 - 557	344	218 - 482	
67 Gambia	1 478	3,2	84	79	5,2	5,9	5,5	4,6	57	50 - 63	122	105 - 140		67	55	49 - 61	59	52 - 65	129	111 - 148	115	99 - 132	344	199 - 499	263	152 - 437	
68 Georgia	4 518	-1,3	53	50	15,9	18,0	1,8	1,4	74	71 - 75	45	40 - 49		68	70	68 - 72	77	75 - 79	51	46 - 56	38	34 - 42	161	127 - 196	60	48 - 83	
69 Ghana	21 664	2,3	89	76	5,0	5,6	5,3	4,2	57	50 - 63	112	97 - 128		69	56	50 - 62	58	51 - 63	113	98 - 131	111	95 - 125	349	208 - 509	319	209 - 477	
70 Granada	102	0,3	62	55	9,1	10,5	2,6	2,4	68	67 - 69	21	16 - 27		70	66	65 - 67	69	68 - 70	24	18 - 30	19	14 - 24	256	234 - 277	218	200 - 237	
71 Grecia	11 098	0,5	47	48	21,1	22,9	1,3	1,2	79	79 - 79	5	4 - 6		71	77	76 - 77	82	81 - 82	6	5 - 7	4	4 - 5	110	106 - 115	46	44 - 48	
72 Guatemala	12 295	2,3	95	91	5,6	6,1	5,3	4,5	68	67 - 69	45	40 - 50		72	65	64 - 66	71	70 - 72	45	40 - 49	45	40 - 51	276	238 - 316	152	124 - 179	
73 Guinea	9 202	2,4	89	90	5,4	5,6	6,4	5,8	53	47 - 59	155	140 - 170		73	52	47 - 58	55	47 - 61	160	144 - 175	150	135 - 165	364	228 - 523	319	188 - 494	
74 Guinea Ecuatorial	492	2,4	89	93	6,3	6,0	5,9	5,9	43	37 - 50	204	177 - 232		74	42	37 - 49	44	38 - 52	213	183 - 244	195	169 - 219	577	436 - 707	522	368 - 665	
75 Guinea-Bissau	1 540	2,9	96	102	5,3	4,8	7,1	7,1	47	40 - 53	203	183 - 223		75	45	39 - 51	48	40 - 55	212	191 - 234	194	175 - 213	482	351 - 641	413	264 - 587	
76 Guyana	750	0,3	64	53	6,9	7,3	2,5	2,2	63	59 - 67	64	35 - 94		76	62	59 - 66	64	60 - 68	64	36 - 93	64	34 - 96	291	242 - 354	258	202 - 328	
77 Haití	8 407	1,4	90	72	5,8	6,0	4,6	3,9	55	48 - 61	117	100 - 134		77	53	47 - 60	56	49 - 62	122	104 - 139	112	96 - 128	417	269 - 563	358	242 - 499	
78 Honduras	7 048	2,6	89	77	4,7	5,5	4,7	3,6	67	64 - 71	41	37 - 45		78	65	61 - 69	70	67 - 73	42	37 - 46	40	36 - 43	258	180 - 352	159	103 - 229	
79 Hungría	10 124	-0,2	48	45	19,3	20,5	1,6	1,3	73	72 - 73	8	7 - 9		79	69	68 - 69	77	77 - 77	9	8 - 10	7	7 - 8	249	239 - 260	108	103 - 114	
80 India	1 087 124	1,7	68	60	7,0	7,8	3,7	3,0	62	62 - 63	85	77 - 94		80	61	61 - 62	63	63 - 64	81	74 - 90	89	80 - 98	275	259 - 293	202	186 - 220	
81 Indonesia	220 077	1,3	61	52	6,8	8,2	2,8	2,3	67	66 - 68	38	35 - 42		81	65	65 - 66	68	67 - 69	41	37 - 45	36	33 - 39	239	222 - 256	200	186 - 216	
82 Irán, República Islámica del	68 803	1,2	90	52	6,1	6,4	3,7	2,1	70	69 - 71	38	30 - 46		82	68	66 - 69	72	71 - 73	39	31 - 48	36	29 - 44	190	173 - 207	118	108 - 129	
83 Iraq	28 057	3,0	88	79	4,6	4,5	5,6	4,7	55	50 - 61	125	75 - 177		83	51	45 - 57	61	56 - 66	130	82 - 183	120	69 - 170	452	336 - 539	201	173 - 235	
84 Irlanda	4 080	1,3	57	45	15,2	15,0	1,9	1,9	78	77 - 79	6	5 - 7		84	75	74 - 76	81	80 - 81	7	6 - 8	5	4 - 7	105	95 - 116	60	55 - 66	
85 Islandia	292	1,0	55	51	15,0	15,6	2,2	2,0	81	80 - 81	3	3 - 3		85	79	78 - 80	83	82 - 83	3	3 - 4	2	2 - 2	79	70 - 89	52	48 - 55	
86 Islas Cook	18	-0,9	71	65	6,4	7,5	3,1	2,6	72	71 - 73	21	19 - 22		86	70	69 - 71	75	74 - 75	24	23 - 25	17	16 - 18	158	141 - 178	104	95 - 114	
87 Islas Marshall	60	1,7	69	60	5,8	6,5	5,0	4,4	62	60 - 64	59	43 - 74		87	60	58 - 62	64	62 - 66	66	48 - 82	52	38 - 66	327	297 - 356	275	250 - 295	
88 Islas Salomón	466	2,8	88	77	4,2	4,1	5,0	4,2	68	64 - 72	56	48 - 64		88	66	62 - 70	70	66 - 73	60	51 - 68	52	44 - 59	193	125 - 265	143	83 - 207	
89 Israel	6 601	2,4	65	61	13,0	13,1	2,9	2,8	80	80 - 80	6	5 - 6		89	78	78 - 78	82	82 - 82	6	5 - 6	6	5 - 6	91	88 - 93	48	46 - 51	
90 Italia	58 033	0,1	46	51	22,1	25,3	1,2	1,3	81	80 - 81	5	4 - 5		90	78	77 - 78	84	83 - 84	5	4 - 6	4	4 - 5	91	88 - 94	47	45 - 49	

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;ª no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	ESTIMACIONES DEMOGRÁFICAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)															
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos		Ambos sexos			2004	Incertidumbre	Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)															
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre				Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 añosª)		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)															
	2004	1994-2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre		2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre						
91 Jamahiriya Árabe Libia	5 740	2,0	75	52	4,7	6,3	3,8	2,9	72	68	75	20	17	23	91	70	66	73	75	72	77	20	17	23	19	16	22	186	118	276	109	70	164
92 Jamaica	2 639	0,7	71	65	9,7	10,1	2,8	2,4	72	71	74	20	16	24	92	70	68	72	74	73	75	21	16	25	19	16	23	188	159	222	120	104	135
93 Japón	127 923	0,2	44	50	19,9	25,6	1,5	1,3	82	82	82	4	4	4	93	79	79	79	86	86	86	4	4	4	3	3	4	92	92	93	45	45	46
94 Jordania	5 561	3,1	80	69	4,2	5,0	4,9	3,4	71	70	72	27	23	30	94	69	68	70	73	73	74	28	24	31	26	23	29	187	169	207	119	111	128
95 Kazajstán	14 839	-0,8	58	47	9,6	11,4	2,3	1,9	61	60	62	73	55	92	95	56	55	57	67	66	68	83	62	105	62	46	77	424	394	451	187	170	205
96 Kenya	33 467	2,4	98	84	4,2	4,1	5,2	5,0	51	45	56	120	109	131	96	51	45	56	50	45	56	129	118	142	110	99	120	477	350	618	502	389	627
97 Kirguistán	5 204	1,4	76	62	8,0	7,7	3,4	2,6	63	63	64	68	54	82	97	59	59	60	67	67	68	72	57	68	63	50	76	336	316	355	162	145	178
98 Kiribati	97	2,2	69	60	5,8	6,5	4,6	4,1	65	64	66	65	55	75	98	63	62	64	67	66	69	66	57	76	64	53	74	297	265	330	175	152	205
99 Kuwait	2 606	4,1	48	36	2,1	3,0	3,0	2,3	77	76	79	12	9	15	99	76	76	77	78	76	80	12	10	15	11	8	15	72	66	78	54	44	59
100 Lesotho	1 798	0,7	95	79	6,9	7,4	4,5	3,5	41	38	46	82	68	95	100	39	36	43	44	40	48	87	73	101	76	64	89	845	772	892	728	650	795
101 Letonia	2 318	-0,9	52	47	19,0	22,3	1,5	1,3	71	71	72	11	9	13	101	66	66	66	76	76	77	11	9	13	11	9	13	300	293	307	115	110	120
102 Líbano	3 540	1,4	64	57	9,5	10,2	2,9	2,3	70	69	71	31	28	34	102	68	67	69	72	72	73	35	32	38	26	23	29	198	174	222	136	121	151
103 Liberia	3 241	4,6	97	97	3,9	3,7	6,9	6,8	42	34	49	235	191	279	103	39	33	46	44	35	52	249	205	296	220	176	261	596	451	747	477	310	656
104 Lituania	3 443	-0,6	51	48	17,3	20,5	1,7	1,3	72	72	72	10	8	11	104	66	66	67	78	78	78	10	9	12	9	7	10	304	298	310	102	98	107
105 Luxemburgo	459	1,4	46	49	18,3	18,3	1,7	1,7	79	78	79	6	5	7	105	76	75	76	81	80	82	6	5	8	5	5	6	118	109	127	59	52	67
106 Madagascar	18 113	3,0	92	90	4,8	4,8	6,1	5,3	57	50	63	123	108	137	106	55	49	61	59	51	65	128	113	143	117	103	131	338	198	510	270	150	444
107 Malasia	24 894	2,3	66	59	5,9	6,8	3,5	2,8	72	71	72	12	11	14	107	69	68	70	74	74	75	14	12	16	11	10	13	200	182	220	109	98	120
108 Malawi	12 608	2,4	91	101	4,7	4,6	6,7	6,0	41	37	46	175	159	191	108	41	37	46	41	36	47	179	161	195	172	156	187	663	560	768	638	526	748
109 Maldivas	321	2,8	99	81	5,3	5,1	5,8	4,1	67	66	68	46	31	58	109	66	65	67	68	67	68	47	32	60	44	31	56	186	159	218	140	126	156
110 Malí	13 124	2,9	103	104	4,5	4,3	7,3	6,8	46	38	52	219	197	240	110	44	37	50	47	39	53	230	205	252	208	187	228	490	356	670	414	253	605
111 Malta	400	0,7	51	46	15,7	18,3	2,0	1,5	79	78	79	6	5	7	111	76	76	77	81	81	82	7	6	8	5	4	6	82	78	87	48	44	51
112 Marruecos	31 020	1,6	71	57	6,3	6,8	3,4	2,7	71	70	72	43	35	51	112	69	68	70	73	72	74	47	39	56	38	31	45	157	146	169	102	90	113
113 Mauricio	1 233	1,1	51	46	8,5	9,4	2,2	2,0	72	71	72	15	12	19	113	69	68	69	75	75	75	17	13	20	14	11	17	217	201	234	112	106	119
114 Mauritania	2 980	2,9	89	87	5,4	5,3	6,1	5,7	58	50	64	125	107	144	114	55	49	62	60	52	66	134	115	155	115	99	132	325	166	493	246	128	421
115 México	105 699	1,5	69	58	6,2	7,6	3,0	2,3	74	74	74	28	27	28	115	72	72	72	77	77	77	31	30	31	25	24	25	161	160	163	94	93	94
116 Micronesia, Estados Federados de	110	0,4	89	74	5,6	4,9	4,7	4,3	70	68	72	23	16	30	116	68	67	70	71	70	73	26	18	33	19	14	26	202	177	228	169	146	191
117 Mónaco	35	1,1	53	53	20,3	20,9	1,7	1,8	82	80	83	4	3	6	117	78	77	80	85	83	87	5	4	7	3	3	6	105	85	124	45	32	58
118 Mongolia	2 614	1,0	77	54	5,8	5,7	3,1	2,4	65	64	66	52	42	64	118	61	60	62	69	68	70	60	47	72	45	36	55	303	277	330	185	163	210
119 Mozambique	19 424	2,4	92	90	5,0	5,2	6,1	5,4	45	40	51	152	133	170	119	44	39	50	46	41	52	154	135	173	150	131	168	627	502	739	549	427	665
120 Myanmar	50 004	1,3	68	54	6,8	7,4	3,6	2,3	59	51	66	105	72	138	120	56	49	63	63	54	69	116	82	153	93	63	122	334	174	510	219	110	399
121 Namibia	2 009	2,3	91	84	5,1	5,2	5,5	3,8	54	49	58	63	53	75	121	52	48	56	55	51	60	70	59	81	57	46	69	548	467	629	489	411	568
122 Nauru	13	2,5	69	60	5,8	6,5	4,3	3,8	61	56	67	30	24	36	122	58	52	65	65	61	70	35	28	43	24	19	29	448	283	596	303	184	417
123 Nepal	26 591	2,3	83	76	5,4	5,7	4,8	3,6	61	60	62	76	68	84	123	61	60	62	61	60	62	74	66	81	79	70	87	297	274	320	285	264	306
124 Nicaragua	5 376	2,1	93	75	4,4	4,8	4,4	3,2	69	69	70	38	32	44	124	67	67	68	71	71	72	41	35	47	35	30	40	214	199	228	151	135	168
125 Níger	13 499	3,5	103	104	3,5	3,3	8,2	7,8	41	32	50	259	208	309	125	42	33	50	41	31	50	256	205	308	262	211	310	506	351	714	478	252	725
126 Nigeria	128 709	2,4	96	91	4,7	4,8	6,5	5,7	46	40	51	197	176	218	126	45	40	51	46	39	52	198	179	220	195	174	215	513	377	648	478	338	634
127 Niue	1	-2,1	71	65	6,4	7,5	3,4	2,8	71	68	73	36	36	36	127	68	65	70	74	71	76	50	50	50	20	20	20	178	139	222	138	107	178
128 Noruega	4 598	0,6	55	53	20,2	19,8	1,9	1,8	80	79	80	4	4	5	128	77	77	78	82	82	82	4	4	5	4	4	5	93	88	99	57	55	59
129 Nueva Zelandia	3 989	1,0	53	51	15,4	16,5	2,0	2,0	80	79	80	6	5	7	129	77	77	78	82	82	82	7	6	8	6	5	7	95	92	98	62	59	65
130 Omán	2 534	1,8	76	60	3,1	4,0	6,0	3,6	74	70	77	13	11	14	130	71	68	75	77	74	79	13	11	15	12	10	14	164	106	244	92	58	137
131 Países Bajos	16 226	0,5	46	48	17,7	18,9	1,6	1,7	79	79	79	5	5	6	131	77	77	77	81	81	82	6	5	6	5	4	5	89	87	91	63	62	65
132 Pakistán	154 794	2,3	90	74	5,5	5,8	5,5	4,1	62	60	64	101	86	116	132	62	60	63	63	61	65	102	86	117	100	85	115	222	199	249	198	173	223
133 Palau	20	1,6	69	60	5,8	6,5	1,6	1,4	68	67	69	27	20	35	133	67	66	67	70	69	71	27	19	34	28	20	37	224	213	234	206	186	228
134 Panamá	3 175	2,0	63	58	7,4	8,6	2,8	2,7	76	75	76	24	21	26	134	73	73	74	78	77</													

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	ESTIMACIONES DEMOGRÁFICAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)																							
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos		Ambos sexos			Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años ^a)	Hombres	Mujeres	Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años ^a)				Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)																				
			1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre					2004	Incertidumbre	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres																
	2004	1994-2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre		2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre																
136 Paraguay	6 017	2,5	83	71	5,2	5,6	4,4	3,8	72	71	-	73	24	20	-	28	136	70	69	-	70	74	74	-	75	25	21	-	29	23	19	-	27	176	164	-	188	127	115	-	137
137 Perú	27 562	1,6	69	61	6,4	7,6	3,5	2,8	71	70	-	72	29	25	-	33	137	69	68	-	70	73	72	-	74	31	27	-	35	27	23	-	31	184	164	-	208	134	118	-	152
138 Polonia	38 559	0,0	52	42	15,6	16,7	1,8	1,2	75	75	-	75	8	7	-	8	138	71	71	-	71	79	79	-	79	8	8	-	9	7	6	-	8	198	193	-	203	79	76	-	82
139 Portugal	10 441	0,4	49	49	20,1	22,1	1,5	1,5	78	77	-	78	5	5	-	6	139	74	74	-	75	81	81	-	81	6	4	-	7	5	5	-	6	144	137	-	152	61	59	-	63
140 Qatar	777	4,2	39	31	2,2	2,6	3,9	2,9	76	74	-	78	12	9	-	15	140	76	75	-	78	75	74	-	77	12	10	-	15	11	9	-	15	75	66	-	85	70	56	-	85
141 Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	59 479	0,3	54	52	20,9	21,0	1,8	1,7	79	79	-	79	6	5	-	6	141	76	76	-	77	81	81	-	81	6	6	-	7	5	5	-	6	102	99	-	104	63	61	-	64
142 República Árabe Siria	18 582	2,6	93	68	4,3	4,7	4,4	3,3	72	71	-	73	16	15	-	18	142	70	69	-	71	74	74	-	75	19	17	-	20	14	13	-	15	186	171	-	201	125	115	-	134
143 República Centroafricana	3 986	1,8	89	89	6,1	6,1	5,5	4,9	41	35	-	47	193	162	-	224	143	40	35	-	46	41	35	-	48	201	169	-	233	185	155	-	214	667	530	-	781	624	490	-	745
144 República Checa	10 229	-0,1	48	41	18,0	19,6	1,5	1,2	76	76	-	76	5	4	-	5	144	73	72	-	73	79	79	-	79	5	4	-	6	4	4	-	5	161	158	-	163	69	67	-	71
145 República de Corea	47 645	0,7	42	39	8,9	13,3	1,7	1,2	77	77	-	76	6	5	-	6	145	73	73	-	74	80	79	-	80	5	4	-	5	7	6	-	7	151	146	-	156	55	54	-	58
146 República de Moldova	4 218	-0,3	56	41	13,0	13,7	1,9	1,2	67	67	-	68	28	21	-	35	146	64	63	-	64	71	71	-	71	32	24	-	40	24	18	-	30	300	287	-	313	150	141	-	159
147 República Democrática del Congo	55 853	2,5	99	100	4,4	4,3	6,7	6,7	44	38	-	51	205	176	-	235	147	42	36	-	47	47	39	-	54	217	186	-	249	192	165	-	221	576	436	-	713	446	286	-	607
148 República Democrática Popular Lao	5 792	2,4	91	81	5,6	5,3	5,7	4,7	59	57	-	62	83	69	-	98	148	58	56	-	61	60	58	-	62	88	72	-	103	78	65	-	93	331	275	-	386	300	267	-	335
149 República Dominicana	8 768	1,5	70	59	5,2	6,1	3,1	2,7	67	66	-	68	32	29	-	35	149	64	63	-	65	70	69	-	71	34	31	-	38	30	27	-	33	280	246	-	312	169	144	-	194
150 República Popular Democrática de Corea	22 384	0,8	47	47	7,9	10,9	2,2	2,0	66	58	-	74	55	30	-	81	150	65	57	-	72	68	59	-	75	56	31	-	82	54	29	-	81	231	87	-	402	168	68	-	341
151 República Unida de Tanzania	37 627	2,3	92	86	4,5	5,0	5,8	4,9	48	46	-	51	126	116	-	136	151	47	45	-	49	49	47	-	52	134	124	-	145	117	107	-	126	551	509	-	597	524	470	-	576
152 Rumania	21 790	-0,5	49	44	17,1	19,2	1,4	1,3	72	72	-	72	20	19	-	21	152	68	68	-	68	76	75	-	76	22	21	-	23	18	17	-	18	232	229	-	234	100	99	-	102
153 Rwanda	8 882	4,9	110	87	3,5	3,9	6,7	5,6	46	39	-	51	203	183	-	223	153	44	38	-	49	47	40	-	53	211	190	-	230	195	176	-	215	518	399	-	672	435	289	-	608
154 Saint Kitts y Nevis	42	0,5	62	55	9,1	10,5	2,6	2,4	71	70	-	71	21	18	-	25	154	69	68	-	70	72	71	-	73	21	17	-	24	22	19	-	25	197	182	-	213	145	120	-	175
155 Samoa	184	1,0	77	83	6,3	6,5	4,7	4,3	68	67	-	69	30	24	-	36	155	66	64	-	67	70	69	-	71	42	36	-	49	17	13	-	21	235	218	-	252	203	187	-	219
156 San Marino	28	0,9	46	51	22,1	25,3	1,2	1,2	82	80	-	83	4	4	-	4	156	79	76	-	79	84	82	-	86	4	4	-	8	3	3	-	3	66	54	-	86	34	27	-	37
157 San Vicente y las Granadinas	118	0,5	78	57	8,6	8,9	2,7	2,2	69	68	-	70	22	18	-	27	157	66	65	-	67	73	72	-	74	26	23	-	29	19	14	-	25	301	266	-	338	174	155	-	191
158 Santa Lucía	159	0,9	75	58	9,4	9,8	3,0	2,2	74	73	-	75	14	13	-	17	158	71	71	-	72	77	76	-	78	15	13	-	18	13	12	-	15	209	194	-	224	116	102	-	132
159 Santo Tomé y Príncipe	153	2,0	101	79	6,5	5,8	4,8	3,9	59	51	-	65	118	89	-	148	159	57	49	-	64	60	52	-	67	122	92	-	152	114	86	-	143	301	155	-	498	236	118	-	419
160 Senegal	11 386	2,5	98	86	4,8	4,8	6,0	4,9	55	49	-	61	137	120	-	154	160	54	48	-	60	57	50	-	63	141	125	-	159	132	116	-	148	358	215	-	529	288	164	-	464
161 Serbia y Montenegro	10 510	0,0	50	48	16,8	18,4	1,9	1,6	73	72	-	73	15	13	-	16	161	70	70	-	70	75	75	-	76	17	15	-	19	13	11	-	14	191	183	-	200	98	94	-	102
162 Seychelles	80	0,7	51	46	8,5	9,4	2,4	2,1	72	71	-	73	14	10	-	17	162	67	67	-	68	78	76	-	79	14	11	-	18	13	10	-	17	232	209	-	254	83	66	-	105
163 Sierra Leona	5 336	2,6	83	86	5,6	5,5	6,5	6,5	39	29	-	46	283	241	-	327	163	37	29	-	44	40	30	-	48	296	250	-	340	269	232	-	313	579	428	-	778	497	284	-	745
164 Singapur	4 273	2,4	39	40	9,1	11,8	1,7	1,3	80	79	-	80	3	3	-	4	164	77	76	-	79	82	81	-	82	4	4	-	4	3	3	-	3	92	80	-	106	51	48	-	56
165 Somalia	7 964	2,3	87	88	4,3	4,2	6,7	6,3	44	37	-	51	225	203	-	247	165	43	36	-	50	45	37	-	52	222	199	-	243	228	207	-	251	524	372	-	658	428	254	-	622
166 Sri Lanka	20 570	1,0	56	46	8,7	10,5	2,3	1,9	71	70	-	73	14	12	-	16	166	68	66	-	70	75	74	-	76	16	14	-	19	12	10	-	13	232	183	-	278	119	104	-	133
167 Sudáfrica	47 208	1,4	65	58	5,2	6,6	3,2	2,8	48	45	-	51	67	57	-	78	167	47	44	-	50	49	46	-	53	72	62	-	83	62	52	-	74	667	602	-	733	598	519	-	669
168 Sudán	35 523	2,2	83	76	5,0	5,6	5,2	4,3	58	51	-	64	91	82	-	101	168	56	49	-	62	60	53	-	67	98	89	-	108	84	75	-	93	390	255	-	538	304	187	-	450
169 Suecia	9 008	0,2	57	54	22,1	23,0	1,9	1,7	81	80	-	81	4	3	-	4	169	78	78	-	78	83	83	-	83	4	3	-	4	3	3	-	4	82	80	-	81	51	49	-	52
170 Suiza	7 240	0,4	47	48	19,2	21,4	1,5	1,4	81	81	-	81	5	4	-	6	170	78	78	-	79	83	83	-	84	5	5	-	6	5	4	-	5	87	83	-	91	49	48	-	51
171 Suriname	446	0,8	65	58	7,7	8,9	2,7	2,6	67	66	-	69	39	34	-	44	171	65	63	-	66	70	69	-	72	42	37	-	48	36	32	-	41	261	224	-	301	159	135	-	183
172 Swazilandia	1 034	1,0	97	82	4,3	5,3	5,1	3,8	37	34	-	42	156	137	-	176	172	36	33	-	40	39	35	-	43	163	141	-	184	150	132	-	168	823	744	-	882	741	656	-	816
173 Tailandia	63 694	1,0	50	45	7,3	10,2	2,0	1,9	70	70	-	71	21	18	-	24	173	67	67	-	68	73	73	-	74	23															

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	ESTIMACIONES DEMOGRÁFICAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)		ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)										
	Población total (000)		Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años ^b)				Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años ^b)		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)							
	2004	1994–2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			
	2004	1994–2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	2004	Incertidumbre	
176 Togo	5 988	3,2	95	88	4,7	4,8	6,1	5,2	54	48 – 59	140	122 – 157	176	52	46 – 58	56	49 – 61	151	134 – 171	128	111 – 143	401	264 – 551	327	213 – 485
177 Tonga	102	0,6	81	73	7,5	8,7	4,4	3,4	71	70 – 71	25	20 – 29	177	71	70 – 72	70	70 – 71	32	26 – 36	17	14 – 21	140	135 – 144	194	187 – 201
178 Trinidad y Tabago	1 301	0,4	60	41	8,8	10,5	1,9	1,6	70	69 – 71	20	17 – 23	178	67	66 – 68	73	73 – 74	24	20 – 28	15	13 – 18	257	229 – 287	156	140 – 173
179 Túnez	9 995	1,2	68	49	7,9	8,6	2,8	1,9	72	71 – 73	25	23 – 28	179	70	69 – 71	74	73 – 75	29	26 – 31	22	20 – 24	166	153 – 178	110	99 – 124
180 Turkmenistán	4 766	1,5	79	60	6,2	6,3	3,7	2,7	60	59 – 61	103	92 – 113	180	56	55 – 56	65	64 – 66	117	105 – 128	88	79 – 97	350	327 – 374	166	145 – 188
181 Turquía	72 220	1,6	61	54	7,2	7,9	2,8	2,4	71	70 – 72	32	29 – 35	181	69	68 – 70	73	72 – 74	33	29 – 36	31	28 – 34	180	168 – 193	112	98 – 125
182 Tuvalu	10	0,6	71	65	6,4	7,5	4,4	3,7	61	58 – 64	51	37 – 64	182	61	57 – 64	62	59 – 65	50	36 – 62	52	38 – 65	325	237 – 433	277	213 – 387
183 Ucrania	46 989	-1,0	52	45	18,3	21,0	1,5	1,1	67	67 – 68	18	16 – 20	183	62	62 – 62	73	73 – 74	21	19 – 23	15	14 – 17	386	370 – 402	144	130 – 158
184 Uganda	27 821	3,2	109	112	4,1	3,9	7,1	7,1	49	44 – 55	138	124 – 151	184	48	43 – 53	51	45 – 57	144	130 – 157	132	119 – 144	525	398 – 654	446	326 – 592
185 Uruguay	3 439	0,7	60	60	16,9	17,4	2,5	2,3	75	75 – 76	14	13 – 15	185	71	71 – 72	79	79 – 80	16	14 – 18	12	11 – 13	172	163 – 183	87	83 – 90
186 Uzbekistán	26 209	1,5	81	63	6,3	6,3	3,6	2,7	66	65 – 67	69	62 – 75	186	63	63 – 64	69	68 – 70	80	72 – 88	57	51 – 62	223	209 – 237	141	125 – 157
187 Vanuatu	207	2,1	89	78	5,2	5,1	4,8	4,0	68	65 – 72	40	29 – 51	187	67	63 – 71	69	66 – 73	40	29 – 51	40	29 – 50	212	144 – 280	170	115 – 227
188 Venezuela, República Bolivariana de	26 282	2,0	68	58	6,1	7,4	3,1	2,7	75	74 – 75	19	17 – 20	188	72	71 – 73	78	77 – 78	20	18 – 22	17	15 – 19	185	171 – 198	97	90 – 104
189 Viet Nam	83 123	1,5	74	56	7,4	7,5	3,0	2,3	71	70 – 72	23	20 – 26	189	69	68 – 69	74	73 – 74	24	21 – 27	22	19 – 25	197	182 – 212	122	111 – 134
190 Yemen	20 329	3,4	111	96	3,8	3,7	7,4	6,0	59	52 – 65	111	97 – 125	190	57	51 – 63	61	54 – 67	118	103 – 132	104	91 – 117	298	152 – 474	225	110 – 403
191 Zambia	11 479	2,1	98	96	4,3	4,6	6,3	5,5	40	36 – 45	182	162 – 204	191	40	36 – 45	40	35 – 45	190	169 – 213	173	153 – 194	683	578 – 777	656	545 – 766
192 Zimbabwe	12 936	1,1	92	79	4,6	5,4	4,5	3,4	36	33 – 39	129	115 – 146	192	37	35 – 40	34	30 – 38	136	125 – 148	121	105 – 142	857	802 – 904	849	791 – 902

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

^b La tasa de mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad (expresada por 1000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un determinado año muera antes de alcanzar los 5 años de edad, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad por edad del momento.

Cuadro 2. Algunos indicadores del gasto sanitario, en porcentajes, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total ^a					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total ^b					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud								
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002
Afganistán	3,2	2,8	3,2	6,7	6,5	1,5	1,5	1,9	41,1	39,5	98,5	98,5	98,1	58,9	60,5	1,6	1,6	1,6	7,4	7,3	Afganistán	3	3,2	4,2	46,8	45,6	0	0	0	0	0	98,2	98	97,3	75,9	76,5	0	0	0	0	0			
Albania	6,9	6,5	6,6	6,8	6,5	45,2	42,4	42,2	41,7	41,7	54,8	57,6	57,8	58,3	58,3	8,9	8,6	8,8	9	9,2	Albania	6,8	8,6	4,9	3,7	3,4	19,2	16,7	18,1	20,3	25,1	99,7	99,8	99,8	99,8	99,8	0	0	0	0	0			
Alemania	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	78,5	78,6	78,4	78,6	78,2	21,5	21,4	21,6	21,4	21,8	17,1	18,2	17,4	17,6	17,6	Alemania	0	0	0	0	0	87,2	87,3	87,1	87,2	87,4	50,8	49,6	49,7	48,2	47,9	38	38,7	38,6	39,9	40,2			
Andorra	7,3	7,5	7	7,2	7,1	67,2	65,4	68,8	68,8	68,6	32,8	34,6	31,3	31,2	31,4	31,8	30,6	28,9	30,6	33,7	Andorra	0	0	0	0	0	87,5	88,1	86,2	88	89,2	77,9	77,5	70	70,6	71,1	19,9	20,3	26,7	26,5	26,3			
Angola	3,2	2,5	3,3	2,4	2,8	45,3	82,2	84,6	80,9	84,2	54,7	17,8	15,4	19,1	15,8	2,4	3,4	5,5	4,1	5,3	Angola	5,7	17,5	16,7	8,3	6,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Antigua y Barbuda	4,5	4,5	4,6	5,4	4,5	72,2	72	70,8	72,4	70,6	27,8	28	29,2	27,6	29,4	11,8	12,1	10,8	12,1	10,8	Antigua y Barbuda	3,8	3,8	3,4	1	2,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Arabia Saudita	4,3	4,2	4,7	4,5	4	76,1	76,8	78,6	78,2	75,9	23,9	23,2	21,4	21,8	24,1	10,7	9,8	9,9	10,6	9,4	Arabia Saudita	0	0	0	0	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	32,5	30,3	30,7	30,3	28,6	39	40,8	40,1	40,4	41,6			
Argelia	3,7	3,5	3,8	4,2	4,1	71,9	73,3	77,4	78,9	80,8	28,1	26,7	22,6	21,1	19,2	9	9	9,5	9,6	10	Argelia	0,1	0,1	0,1	0	0	40,8	35,5	33,3	29,1	28,4	97	96,7	96	95,7	95,3	2,9	3,1	3,8	4,1	4,4			
Argentina	9,1	8,9	9,5	8,6	8,9	56,5	55,4	53,6	52,1	48,6	43,5	44,6	46,4	47,9	51,4	15	14,7	14,3	15,2	14,7	Argentina	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	58,7	59,3	58,5	57,9	56,8	64	63,3	62,4	60,3	55,6	31,9	32,6	31,1	32,7	38,2			
Armenia	6	6,3	6,5	5,8	6	22,9	15,2	20,5	20	20,2	77,1	84,8	79,5	80	79,8	5,1	3,9	5,7	5,3	5,4	Armenia	19	13	21,9	22,2	17,2	0	0	0	0	0	82,2	91	79,6	79,4	80,6	n.d.	n.d.	0,1	0,1	n.d.			
Australia	8,7	9	9,2	9,3	9,5	69,5	68,9	67,8	68,1	67,5	30,5	31,1	32,2	31,9	32,5	16,9	16,8	16,9	17,7	17,7	Australia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62,5	65,2	65,9	67,6	67,8	21,8	21,9	23,7	23,3	23,9			
Austria	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5	67,7	68,1	67	67,8	67,6	67,7	68,1	67	67,8	67,6	9,7	10	9,8	10	10	Austria	0	0	0	0	0	63,5	64	65,4	65,5	65,8	62,9	63,8	58,9	59,8	52,9	22,9	23	22,7	23,6	23,5			
Azerbaiyán	4,7	4,1	3,9	3,7	3,6	21	21,3	22,3	21,5	23,8	79	78,7	77,7	78,5	76,2	4,2	4,2	4,3	2,9	2,8	Azerbaiyán	1	2,1	4,1	1,9	1,9	0	0	0	0	0	96,3	96	96,1	96,2	96,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Bahamas	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	46,8	47,2	47,5	48,6	47,5	53,2	52,8	52,5	51,4	52,5	14,4	14,3	13,6	14,6	13,9	Bahamas	0	0	0,2	0,2	0,2	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	40,3	40,3	40,3	40,3	40,5	58,6	58,6	58,6	58,6	58,4			
Bahrein	4,7	3,9	4,2	4,2	4,1	69,2	67	67,6	67,8	69,2	30,8	33	32,4	32,2	30,8	11,2	10	10,1	8,7	8,8	Bahrein	0	0	0	0	0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	72,1	68,7	65,8	62,4	61,2	22,7	25,4	24,2	24,1	22			
Bangladesh	3,2	3,2	3,2	3,3	3,4	27,2	25,6	25,8	29,6	31,3	72,8	74,4	74,2	70,4	68,7	4,7	4,3	4,7	5,4	5,8	Bangladesh	12,2	12,9	13,3	12,9	12,4	0	0	0	0	0	88,8	86,5	86	85,9	85,8	0	0	0	0,1	0,1			
Barbados	6,1	6,2	6,7	6,9	6,9	65,4	65,8	67,6	68,4	69,4	34,6	34,2	32,4	31,6	30,6	12	12	12,2	12,3	11,1	Barbados	4,2	4	4,4	4,2	2,7	0	0	0	0	0	77,2	77,3	76,9	77,2	77,2	22,8	22,7	23,1	22,8	22,8			
Belarus	6,1	6,1	6,6	6,4	5,5	81	80,1	75,5	73,9	71,2	19	19,9	24,5	26,1	28,8	10,4	10,7	10,7	10,1	8,3	Belarus	0,1	0,1	0,2	0,1	n.d.	3,8	4,1	3,7	3,9	6,1	70,2	70,4	74,7	79,7	80,5	0,6	0,3	0,1	0,2	0,2			
Bélgica	8,5	8,5	8,7	8,9	9,4	69,4	69,3	70,8	70,3	67,2	30,6	30,7	29,2	29,7	32,8	11,8	12,1	12,5	12,5	12,4	Bélgica	0	0	0	0	0	87,3	87,6	87,4	88,8	88,4	80,9	80,2	79,5	80,5	66,6	6,6	6,4	6,7	6,6	6			
Belice	4,8	4,5	4,8	4,6	4,5	48,6	48	45,1	47,4	49,3	51,4	52	54,9	52,6	50,7	5,5	5,3	5	5,3	5	Belice	3,1	2,9	8,5	8	7,3	0	0	12,5	21,6	22,8	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Benin	4,8	4,7	5	4,7	4,4	43,8	44,5	46,9	43,5	43,1	56,2	55,5	53,1	56,5	56,9	11,1	10	9,8	8	9,8	Benin	14,6	16,8	12,2	8,5	11,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	91	91	90,6	90,3	90,3	8,4	8,4	8,7	9	9			
Bhután	4,5	4,2	5,2	3,6	3,1	88,5	87,7	89,8	85,2	83,5	11,5	12,3	10,2	14,8	16,5	8,7	7,2	11,2	8,3	7,6	Bhután	32,5	31,2	45,7	23,9	18,6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Bolivia	6,2	6,1	6,4	6,6	6,7	58,1	60,1	59,3	62,8	64	41,9	39,9	40,7	37,2	36	10,5	9,9	10,4	11,6	11,9	Bolivia	5,7	6	7,1	7,4	7,3	60,9	62	65,2	65	65	83,8	81,6	77,9	78,9	79,3	5,5	8,1	12	10,8	10,6			
Bosnia y Herzegovina	10,7	9,7	9,1	9	9,5	56,7	52	48,8	49,2	50,7	43,3	48	51,2	50,8	49,3	8,9	7,8	7,9	8,6	11,4	Bosnia y Herzegovina	3,9	5,2	3	1,8	1,5	79	78	79	83,5	77,5	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Botswana	5,2	5,4	4,8	5,1	5,6	54,3	57,2	50,4	54	58,2	45,7	42,8	49,6	46	41,8	6,7	7,4	6	6,4	7,5	Botswana	2,2	1,8	2,9	3,4	2,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	30,3	31,3	31,5	29,7	28,8	22,7	20,6	20	19,6	21,8			
Brasil	7,8	7,6	7,8	7,7	7,6	42,8	41	42,9	44,8	45,3	57,2	59	57,1	55,2	54,7	9,3	8,5	9,2	9,7	10,3	Brasil	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0	0	0	0	0	67,1	64,9	64,1	64,2	64,2	32,9	35,1	35,9	35,8	35,8			
Brunei Darussalam	3,7	3,4	3,5	3,5	3,5	73,1	83,5	77	78,5	80	26,9	16,5	23	21,5	20	4,7	5,1	4,5	4,7	5,2	Brunei Darussalam	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Bulgaria	6	6,2	7,2	7,9	7,5	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	9,8	8,6	9,6	11,3	10,1	Bulgaria	0,5	2	1,5	1,3	1	9,9	13	35,8	40,6	51,6	99	99	99,2	98,4	98,4	0	0	0,1	0,9	0,9			
Burkina Faso	5,4	5,2	5	5,4	5,6	44	42,4	39,5	44,2	46,8	56	57,6	60,5	55,8	53,2	10	9,4	10,5	12,8	12,7	Burkina Faso	10,2	9,9	10,1	7	7,4	0,3	0,8	1,2	0,7	1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9			
Burundi	3	3,1	3,1	3,1	3,1	19,9	17,9	21,6	21	23,3	80,1	82,1	78,4	79	76,7	2,8	2	2,2	2	2	Burundi	10,7	8	10,6	10,3	14,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Cabo Verde	4,5	4,6	5	5	4,6	73,9	73,5	75,8	75,1	73,2	26,1	26,5	24,2	24,9	26,8	9	9,6	12,4	11,1	11,1	Cabo Verde	8,4	13,5	15,1	15,2	10	36,9	36,1	35,1	33,6	35,5	99,7	99,6	99,5	99,8	99,7	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3			
Camboya	10,8	11	10,8	10,9	10,9	10,1	14,2	14,9	17,1	19,3	89,9	85,8	85,1	82,9	80,7	7,5	10,4	9,3	9,9	11,8	Camboya	13,4	18,8	19,7	11,5	18,5	0	0	0	0	0	90,1	85,4	84,6	85,2	86,2	0	0	0	0	0			
Camerún	4,9	4,4	4,5	4,6	4,2	24,4	28	27,6	27,6	28,9	75,6	72	72,4	72,4	71,1	7,2	9,6	8	8,4	8	Camerún	5,2	6	6,9	2,3	3,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	94,2	93,3	93,4	93,6	98,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Canadá	9	8,9	9,4	9,6	9,9	70,3	70,3	70,1	69,7	69,9	29,7	29,7	29,9	30,3	30,1	14,6	15,1	15,5	16,1	16,7	Canadá	0	0</																					

Cuadro 2. Algunos indicadores del gasto sanitario, en porcentajes, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total ^a					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total ^b					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud								
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002
Federación de Rusia	5,6	5,8	5,7	5,9	5,6	57,8	56,1	58,8	59,4	59	42,2	43,9	41,2	40,6	41	8,8	9,4	9,6	9,6	9,3	Federación de Rusia	0,8	0,2	0,2	0,2	0,2	39,4	40,6	40,7	41,7	43,7	67,8	71,1	71,9	70,8	71,1	6,3	6,9	6,2	6,9	6,6			
Fiji	3,7	3,9	3,8	4,1	3,7	65,2	65,2	66,4	66,4	61,3	34,8	34,8	33,6	33,6	38,7	7,3	8,1	7,9	8,3	7,8	Fiji	11,1	10,9	10,3	5,7	13,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Filipinas	3,5	3,4	3,2	3	3,2	44,2	47,6	44,2	40	43,7	55,8	52,4	55,8	60	56,3	6,5	7,1	5,9	4,9	5,9	Filipinas	3,7	3,5	3,7	2,8	3,8	11,4	14,7	18	22,6	21,8	77,6	77,2	78,6	78	78,2	11	11,1	10,1	10,7	10,5			
Finlandia	6,9	6,6	6,9	7,2	7,4	75,3	75,1	75,9	76,3	76,5	24,7	24,9	24,1	23,7	23,5	10	10,2	10,7	11	11,2	Finlandia	0	0	0	0	0	19,8	20,4	20,8	21,1	21,5	82,2	82	81,8	81,7	81,2	10,8	10,5	10,4	10	10,2			
Francia	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1	76	75,8	75,9	76,1	76,3	24	24,2	24,1	23,9	23,7	13,3	13,5	13,7	13,8	14,2	Francia	0	0	0	0	0	96,7	96,6	96,5	96,6	96,7	43	43,4	43,3	42,5	42,2	52,6	52,2	52,5	53,2	53,5			
Gabón	4,5	4,2	4,2	4,4	4,4	68,4	73,1	73	69,8	66,6	31,6	26,9	27	30,2	33,4	10,9	13,9	9,9	10,7	12,8	Gabón	2,4	1	1,6	0,7	0,7	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Gambia	7	7,9	7,8	7,5	8,1	32,3	40,5	40,1	40,9	40	67,7	59,5	59,9	59,1	60	10	14,4	9,4	12	13,9	Gambia	29,8	35,8	30,8	18,5	21,8	0	0	0	0	0	68,1	69,3	69,6	69,2	67	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Georgia	2,9	4,3	4,4	4,5	4	35,4	28,4	30	28,8	23,9	64,6	71,6	70	71,2	76,1	4,8	6,4	6,6	6,6	4,7	Georgia	6,8	8,6	4,4	10,7	5,3	48,8	44	42,8	46,5	59,2	99,5	98,9	96,9	98,2	98,2	0,5	1,1	3,1	1,8	1,8			
Ghana	5,5	5,4	4,8	4,7	4,5	35,3	35,3	28,8	30,5	31,8	64,7	64,7	71,2	69,5	68,2	7,8	6,8	4,2	5,4	5	Ghana	6,4	12,8	20,7	14,4	15,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Granada	5,5	7,2	7,6	7,1	6,7	73,3	74	77,9	72,9	73,6	26,7	26	22,1	27,1	26,4	14,7	13,2	15,1	10,7	12,4	Granada	n.d.	n.d.	n.d.	10,5	10,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Grecia	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7	10,4	10	10,9	10,1	10,1	Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	35,4	32,3	33,2	36,6	32	69,5	94,7	95,2	95	95,4	4,1	5,3	4,8	5	4,6			
Guatemala	4,7	5,5	5,4	5,2	5,4	48,3	39,8	38,1	36,9	39,7	51,7	60,2	61,9	63,1	60,3	17	16,2	15,4	14,1	15,3	Guatemala	2,4	3,4	2,5	2,2	3,8	54,8	52,3	51	52	50,5	85,6	89,7	90	90,5	91,9	5,4	4,2	4,2	4,2	3,9			
Guinea	4,7	4,8	4,8	5,2	5,4	13,4	13,5	18,3	14,7	16,6	86,6	86,5	81,7	85,3	83,4	3,9	3,9	4,7	4,2	4,9	Guinea	5,5	5,8	10,5	6,3	7,3	1,8	1,8	1,5	1,7	1,5	99,4	99,4	99,4	99,5	99,4	0	0	0	0	0			
Guinea Ecuatorial	4,8	4,1	4,3	6,2	5,6	29,7	23,7	21,3	40,8	45,8	70,3	76,3	78,7	59,2	54,2	4,6	2,2	2,1	6,6	6,9	Guinea Ecuatorial	22,4	16	15,8	35,5	26,8	1,2	2,1	3	1,5	2,2	85,1	83,7	85,2	84,1	80,2	0	0	0	0	0			
Guinea-Bissau	2,8	2	1,7	1,8	1,5	60,8	67,6	70,2	72,2	67,5	39,2	32,4	29,8	27,8	32,5	9,9	11	10,1	8,8	7	Guinea-Bissau	9,2	7,7	5,9	3,6	5,5	0	0	0	0	0	91,8	83,9	81,3	80,5	80,5	0	0	0	0	0			
Guyana	4,3	5,5	5,3	5	4,8	82,8	84,5	82,6	83,1	82,6	17,2	15,5	17,4	16,9	17,4	8	10,8	12,3	12,2	11,6	Guyana	4,5	2,9	2,2	2,6	3,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Haití	6,8	6,8	7,1	7,5	7,5	36,3	36	37,7	39,4	38,1	63,7	64	62,3	60,6	61,9	18,5	20,7	23,8	23,8	23,8	Haití	27,3	27,9	23,6	15,6	12,4	0	0	0	0	0	68,9	68,9	71	69,5	69,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Honduras	5,7	6,4	6,5	6,9	7,1	50,8	55,9	54,7	55,3	56,5	49,2	44,1	45,3	44,7	43,5	12,2	15,1	14,1	15,6	16,8	Honduras	13,1	8,8	6	7,2	9,3	16,6	14,3	14,2	12,9	11,6	85,6	85,4	85,4	85,5	85,8	7,2	7,3	7,2	7,2	7,1			
Hungría	7,4	7,1	7,4	7,8	8,4	72,4	70,7	69	70,2	72,4	27,6	29,3	31	29,8	27,6	10,7	10,6	10,5	10,4	12,1	Hungría	0	0	0	0	0,4	83,8	83,9	83,3	81,3	83,4	90	89,8	89,3	88,2	88,9	0,3	0,6	1	1,3	2,1			
India	5,1	5	5	4,9	4,8	24,6	24,6	24,2	23,7	24,8	75,4	75,4	75,8	76,3	75,2	4,5	4,3	4,2	3,9	3,9	India	1,2	2,2	2	1,3	1,6	4,4	4,4	4,4	4,4	4,2	96,6	96,4	96,3	96,2	97	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9			
Indonesia	2,6	2,5	3,1	3,2	3,1	30,4	28,1	35,6	34,5	35,9	69,6	71,9	64,4	65,5	64,1	3,8	3,5	4,7	5,1	5,1	Indonesia	8,5	7,3	2,8	1,8	1,4	6,8	6,8	8	9,9	9,9	73,6	72,2	75,1	75,3	74,3	5,1	4,7	4,1	5,1	5,4			
Irán, República Islámica del	6,2	5,8	6,3	5,8	6,5	41,1	43,2	44,5	37,7	47,3	58,9	56,8	55,5	62,3	52,7	10,9	11,7	11,5	8	10,3	Irán, República Islámica del	0	0,1	0,3	0,1	0,1	39,2	38	36,6	42,6	30,9	95,3	95	94,7	95	94,8	3,9	4,2	4,5	4,3	4,4			
Iraq ^c	1,9	1,7	1,6	1,6	2,7	39,6	29,1	27,1	16,8	51,8	60,4	70,9	72,9	83,2	48,2	1,2	1,3	1,2	0,7	4,2	Iraq ^c	1	0,9	1,5	0,6	3,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Irlanda	6,2	6,2	6,8	7	7,3	73,7	73,9	75,3	77,5	78,9	26,3	26,1	24,7	22,5	21,1	13,4	14,6	15,4	16,3	17,2	Irlanda	0	0	0	0	0	1,1	1,2	1	0,9	0,8	53	52	48,3	60,1	61,9	30,2	29,2	25,7	24,5	29,6			
Islandia	9,4	9,3	9,3	10	10,5	83,6	82,6	82,7	83,2	83,5	16,4	17,4	17,3	16,8	16,5	18,1	17,8	17,5	18,2	18,3	Islandia	0	0	0	0	0	26,8	29,2	28,2	32,5	36,5	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Islas Cook	3,6	4	3,8	3,6	3,8	87,1	88	87,7	87	87,9	12,9	12	12,3	13	12,1	7,7	8,2	8,6	8,6	9,6	Islas Cook	35,9	28,4	25,8	6,8	12,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Islas Marshall	15,9	14,7	12,4	12	13,1	97,2	96,9	96,3	96,3	96,7	2,8	3,1	3,7	3,7	3,3	17,9	13,7	12,1	11,5	14,4	Islas Marshall	22,7	24,4	47,6	22,9	16,4	32,5	53,9	54,9	51,9	17,4	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
Islas Salomón	4,7	5,1	5,1	4,9	4,8	93	93	93,5	93,2	93,4	7	7	6,5	6,8	6,6	11,1	11,4	11,5	13,2	9,4	Islas Salomón	7,1	16,5	16,5	40,9	68,5	0	0	0	0	0	50,2	51,6	49,2	49,7	53,1	0	0	0	0	0			
Israel	8,6	8,6	9,2	9,3	8,9	69,5	67,9	67,7	67,2	68,2	30,5	32,1	32,3	32,8	31,8	11,3	11,5	11,6	11,4	11,4	Israel	3,1	4,3	5,3	4,9	3,4	63,1	60,7	62,7	59,7	61,9	94,8	86	82,9	84,6	89,1	0	0	0	0	0			
Italia	7,7	8,1	8,2	8,4	8,4	72	73,5	75,8	75,4	75,1	28	26,5	24,2	24,6	24,9	11,4	12,6	12,7	13,1	12,8	Italia	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	86,7	86,2	83,9	83,2	83,3	3,4	3,4	3,7	3,7	3,8			
Jamahiriyá Árabe Libia	3,6	3,2	5,5	5	4,1	50,7	58,1	73,2	65,5	62,9	49,3	41,9	26,8	34,5	37,1	5,5	6	9,2	7,9	5,9	Jamahiriyá Árabe Libia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
Jamaica	5,4	6,2	5,4	4,9	5,3	50,3	52,6	45,7	51,1	50,6	49,7	47,4	54,3	48,9	49,4	5,6	6,6	4,3	4,5	4,5	Jamaica	2,6	1,8	3,4	4,7	1,2	0	0	0	0	0	69,5	65	66,2	61,8	64,7	25,1	30	28,8	32,5	30,8			
Japón	7,4	7,6	7,8	7,9	7,9	81,1	81,3	81,7	81,5	81	18,9	18,7	18,3	18,5	19	15,9	16,1	16,9	16,8	16,8	Japón	0	0	0	0	0	81,2	80,9	80,5	80,5	80,5	90,6	90,1	89,9	93,3	90,1	1,5	1,7	1,5	1,7	1,7			
Jordania ^a	8,8	9,2	9,4	9,3	9,4	48	45,2	45,7	46,3	45,2	52	54,8	54,3	53,7	54,8	10,1	9																											

Cuadro 2. Algunos indicadores del gasto sanitario, en porcentajes, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total ^a					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total ^b					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003		1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Namibia	7	7	6,4	5,9	6,4	73,3	68,9	69,4	68,6	70	26,7	31,1	30,6	31,4	30	13,1	12,3	11,1	11	12,4	Namibia	2,4	3,8	4	4,3	5,3	1,2	1,8	2	2	1,9	21,3	18,2	20,1	20,4	19,2	74,7	77,3	75,1	74,9	76
Nauru	16	13,8	12,2	12,9	12,3	89,1	88,9	88,7	88,8	88,5	10,9	11,1	11,3	11,2	11,5	9,2	9,2	9,1	9,2	8,8	Nauru	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Nepal	5,1	4,9	5,4	5,6	5,3	25,4	24,9	31,4	32,2	27,8	74,6	75,1	68,6	67,8	72,2	7,4	7	8,7	9,5	7,9	Nepal	8,9	13,1	12,1	8,4	9,9	0	0	0	0	0	92,5	92,2	92,2	92,2	92,2	0	0	0	0	0
Nicaragua	5,8	7,1	7,7	7,9	7,7	54	52,5	48,6	49,4	48,4	46	47,5	51,4	50,6	51,6	11,2	13,1	12,9	15,2	11,7	Nicaragua	10	8,4	7,7	9,3	11,2	31,5	27	31,3	29,2	26,6	93,8	92	93,1	96	95,7	4,9	7	6	4	4,1
Níger	4,5	4,4	4,3	4,3	4,7	49,7	52,4	53,1	52,8	53	50,3	47,6	46,9	47,2	47	12,5	12,3	12	11,5	12,4	Níger	28,6	46,6	23,1	22,7	32,8	2,6	2,8	2,6	2,4	2,2	88,9	88	88,2	88,8	89,2	6,4	7,4	7,3	7	7,2
Nigeria	5,4	4,3	5,3	5	5	29,1	33,5	31,4	25,6	25,5	70,9	66,5	68,6	74,4	74,5	5,4	4,2	3,2	3,1	3,2	Nigeria	13,8	16,2	5,6	6,1	5,3	0	0	0	0	0	94,8	92,7	91,4	90,4	91,2	3,4	5,1	6,5	6,7	6,7
Niue ^c	8	7,7	38,2	10,3	9,7	97	96,8	99,4	98,5	98,4	3	3,2	0,6	1,5	1,6	6,7	6,1	30,6	8,9	9,3	Niue ^c	n.d.	n.d.	75,6	5,2	9,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Noruega	9,4	8,5	8,9	9,9	10,3	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	17,4	17,5	16,4	16,5	16,3	16,1	16,4	16,7	17,4	17,6	Noruega	0	0	0	0	0	16,5	17,1	17,2	18,2	17,9	95,4	95,5	95,7	95,4	95,4	0	0	0	0	0
Nueva Zelandia	7,7	7,8	7,9	8,2	8,1	77,5	78	76,4	77,9	78,3	22,5	22	23,6	22,1	21,7	14,9	15,6	16,1	17,3	17,2	Nueva Zelandia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70,7	69,9	72	72,6	72,1	27,6	28,5	26,5	25,9	26,5
Omán	3,6	3,1	3,1	3,3	3,2	83,2	81	82,2	82,8	83	16,8	19	17,8	17,2	17	7,9	7,3	6,8	7,2	7	Omán	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	59,8	59,6	56,1	57	56,1	26,8	27	29,2	28,7	29,3
Países Bajos	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8	62,7	63,1	62,8	62,5	62,4	37,3	36,9	37,2	37,5	37,6	11,2	11,5	11,5	12	12,4	Países Bajos	0	0	0	0	0	93,8	93,9	93,8	93,8	93	24,1	24,3	23,4	21,4	20,8	44,5	43	43,6	45,6	45,7
Pakistán	3,7	2,8	2,6	2,6	2,4	32,6	33	32,3	34,7	27,7	67,4	67	67,7	65,3	72,3	4	3,4	3,4	3,1	2,6	Pakistán	2,2	3,5	3,5	2	2,5	33,7	41,3	42,5	42,1	53,3	98,6	98,1	98	98	98	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Palau	9,5	9,9	9,7	9,4	9,7	88,5	89,1	89	87,3	86,7	11,5	10,9	11	12,7	13,3	13,9	14,8	13,3	11,8	15,2	Palau	15,9	15	16,3	10,4	15,8	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Panamá ^d	6,9	7,8	7,7	8	7,6	66,3	68,1	67,1	69	66,4	33,7	31,9	32,9	31	33,6	18,9	21,3	19,8	20,2	16,2	Panamá ^d	1,1	1	0,5	1	0,2	51,5	50	53,5	52,3	55,5	81,9	81,3	82,3	81,6	82,2	18,1	18,7	17,7	18,4	17,8
Papua Nueva Guinea	3,5	3,6	3,7	3,5	3,4	89,3	88,3	89,5	89,8	88,9	10,7	11,7	10,5	10,2	11,1	10,3	10,5	11	11,4	10,9	Papua Nueva Guinea	26,2	24,2	25	37,7	28,3	0	0	0	0	0	87	88,8	87,6	87,1	87,2	9,8	8,7	9,9	10,4	10,1
Paraguay	7,2	8,4	8,4	8,3	7,3	44,9	40,2	35,2	33,3	31,5	55,1	59,8	64,8	66,7	68,5	16,7	17,5	15,9	15	14,2	Paraguay	5,2	2,8	1,6	3,2	1,8	48,1	53	47,7	36,2	39,8	85,6	88,6	87	80,2	74,6	13,4	10,9	13,2	10,3	11,7
Perú	4,9	4,7	4,6	4,4	4,4	53,1	53	51	48,6	48,3	46,9	47	49	51,4	51,7	12,3	12,1	12,1	12,1	10,7	Perú	1,4	1,2	4,6	4,6	3,2	43,5	42,9	42,9	42,9	42,4	82,6	79,4	79,4	78,9	79	13,6	17,2	17,2	17,8	17,6
Polonia	5,9	5,7	6	6,6	6,5	71,1	70	71,9	71,2	69,9	28,9	30	28,1	28,8	30,1	8,7	8,9	9,7	10,2	9,8	Polonia	0	0	0	0	n.d.	83,5	82,6	83,8	86,2	86	100	100	100	88,2	87,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	8,7	9,2	9,4	9,3	9,6	67,6	69,5	70,6	70,5	69,7	32,4	30,5	29,4	29,5	30,3	13	14,1	14,3	14,3	14,1	Portugal	0	0	0	0	0	7,1	6,5	6,5	6,4	6,5	95,3	95,7	95,6	95,6	95,7	4,3	4,3	4,4	4,4	4,3
Qatar	3,6	2,8	2,9	3,3	2,7	73,6	75	74,1	73,6	73,9	26,4	25	25,9	26,4	26,1	6,9	6,7	6,8	6,8	6,7	Qatar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88,4	86,7	86,7	88,7	87,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	7,2	7,3	7,5	7,7	8	80,6	80,9	83	83,4	85,7	19,4	19,1	17	16,6	14,3	14,5	14,8	15,3	15,4	15,8	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55,2	55	62,3	64,8	76,7	16,8	16,8	19	19,7	23,3
República Árabe Siria	5,5	5,1	5	5	5,1	41	43	45	45,8	48,2	59	57	55	54,2	51,8	7,2	7,3	6,7	6,5	6,3	República Árabe Siria	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
República Centroafricana	3,6	4	3,9	4	4	38	41,1	38,6	41,2	38,6	62	58,9	61,4	58,8	61,4	6,7	10	11,5	11,2	12,4	República Centroafricana	20	20	15,4	13,4	2,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	95,1	95,5	95,5	95,5	95,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
República Checa	6,6	6,6	6,9	7,2	7,5	91,5	91,4	91,4	91,1	90	8,5	8,6	8,6	8,9	10	14,1	14,3	13,9	13,9	12,7	República Checa	0	0	0	0	0	89,4	89,4	90,4	87,4	85,4	100	100	100	93,6	83,9	0	0	0	2,5	2,5
República de Corea	4,8	4,7	5,4	5,3	5,6	44,4	46,2	51,9	50,3	49,4	55,6	53,8	48,1	49,7	50,6	9	9,1	11,2	10,7	8,9	República de Corea	0	0	0	0	0	78,7	79,6	81,4	81	81,7	85,9	83,5	83,2	84	82,8	3,7	5,3	4,4	3,8	4,1
República de Moldova	2,4	2,5	2,7	2,9	3,2	41,5	38,7	40,5	44,5	38,5	58,5	61,3	59,5	55,5	61,5	6	4,8	5,4	7,6	6,2	República de Moldova	34,5	22,5	10,1	9,5	30	0,2	0,5	0,5	0,6	1	66,3	69,6	70,3	70,6	75,5	12,6	13	12,2	11,8	9,8
República Democrática del Congo	6,8	6,5	6,4	7,1	7,2	45,8	51,3	51,1	57,2	54,5	54,2	48,7	48,9	42,8	45,5	8,5	9,8	11,2	12,9	11,8	República Democrática del Congo	16,1	32,6	8,3	2,8	2,5	0	0	0	0	1,1	99,6	98	96,9	96	96,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
República Democrática Popular Lao	3,2	3,7	3,1	3,3	4	7,7	5,3	6,8	13,1	18,3	92,3	94,7	93,2	86,9	81,7	2,6	2,6	4,7	4,2	5,4	República Democrática Popular Lao	6	4,9	6,6	12,7	15,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
República Dominicana	6	6,8	6,9	7,3	7	30,3	32,1	31,9	32,3	33,2	69,7	67,9	68,1	67,7	66,8	10,5	13,1	12	12,4	12,8	República Dominicana	3	2,2	1,5	2	1,5	20,3	22,4	20,5	19,9	17,4	80,4	77,4	73,3	70,6	70,8	9,4	12,8	17,3	20	20,7
República Popular Democrática de Corea	4,8	5,9	5,8	5,8	5,8	89,2	91,4	91,2	91,3	91,2	10,8	8,6	8,8	8,7	8,8	6,8	8,1	7,8	7,5	7,3	República Popular Democrática de Corea	0,2	0,2	0,3	17,3	19,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
República Unida de Tanzania	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	43,4	48,1	48,5	51,6	55,4	56,6	51,9	51,5	48,4	44,6	12,4	12,6	12,8	12,8	12,7	República Unida de Tanzania	29,3	32,1	34,1	29,6	21,9	0	0	5	3,2	2,6	83,5	83,6	83,8	83,5	81,1	4,5	4,5	4,5	4,7	5,4
Rumania	5,4	5,4	5,5	5,9	6,1	62,6	65,5	64,6	63,9	62,9	37,4	34,5	35,4	36,1	37,1	9,6	9,9	10,3	10,5	10,9	Rumania	3	5,5	7	3,7	3,8	86	89,4	89,5	84,3	85,8	90,1	92	94,6	88,7	90,4	9,9	8	5,4	5,5	4,7
Rwanda	4,6	4,3	4,1	4,2	3,7	47,7	34,6	38,8	47	43,5	52,3	65,4	61,2	53	56,5	9,9	8	7,7	10,2	7,2	Rwanda	43	48,9	38,2	46,9	54,5	5,1	6,8	8,3	9	9,8	41,4	35,6	39,2	43,8	41,7	3,8	5,6	6,5	7,5	7,1
Saint Kitts y Nevis	7,3	7,4	7,7	7,7	7,5	77,8	77,4	79,4	79,2	78,7	22,2	22,6	20,6	20,8	21,3	18,2	18	15,2	20,4	21	S																				

Cuadro 2. Algunos indicadores del gasto sanitario, en porcentajes, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total ^b					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total ^b					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud					
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	
Suriname	7,6	8	7,9	8,1	7,9	51,3	48,8	47,8	46,3	45,8	48,7	51,2	52,2	53,7	54,2	10,7	9,7	10,8	10,4	10,4	Suriname	11,4	10,9	13,5	7,3	7	35,3	40,7	35	35,9	35,3	49,5	44	52,7	45,4	51,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7
Swazilandia	6,4	6,1	6	5,9	5,8	59	58,6	57,8	59,3	57,3	41	41,4	42,2	40,7	42,7	11,8	11,6	11,3	10,9	10,9	Swazilandia	10,3	5,5	5,2	5,1	5,5	0	0	0	0	0	40,9	42,4	41,8	41,7	42,4	18,6	18,9	20	20	19,6
Tailandia	3,5	3,4	3,3	3,4	3,3	54,8	56,1	56,3	60,2	61,6	45,2	43,9	43,7	39,8	38,4	10,5	10,8	10,3	11,8	13,6	Tailandia	0	0	0,1	0,2	0,3	29,5	30,2	34,4	30,8	32	76,4	76,8	75,7	76,3	74,8	12,6	12,8	13,6	13,4	14,6
Tayikistán	3,8	3,3	3,3	3,3	4,4	27,6	28,2	28,9	27,7	20,8	72,4	71,8	71,1	72,3	79,2	6,3	4,9	5,3	4,8	4,8	Tayikistán	6,7	18,3	16,9	14,9	14,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Timor-Leste ^m	10	8,4	7,9	7,7	9,6	68,3	75,3	72,6	72,6	75,9	31,7	24,7	27,4	27,4	24,1	8,7	8,1	8,5	8,6	7,7	Timor-Leste ^m	47,9	56,4	55	45,8	48,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	30,9	30,9	25,6	25,6	25,6	0	0	0	0	0
Togo ^o	5,4	4,6	5,4	4,9	5,6	40	29	25,2	18,7	24,8	60	71	74,8	81,3	75,2	12,4	7,5	8,6	6,9	9,3	Togo ^o	4,9	7,1	4,8	11,4	2,3	8,1	13,4	11,6	14,4	14,6	87	86,6	87,8	87,7	88	5,1	5,4	4,3	4,3	4,1
Tonga	6,8	6,8	7,3	6,5	6,5	75,4	74,7	75,7	74,2	85,1	24,6	25,3	24,3	25,8	14,9	14,6	13,2	11,9	17,1	21,2	Tonga	21,7	23,4	23,9	33,5	30,9	0	0	0	0	0	79	76,5	77,5	80	72,6	5,8	9,3	10,6	6	6
Trinidad y Tabago	3,8	3,7	3,6	3,9	3,9	43,3	40,3	39,9	37,3	37,8	56,7	59,7	60,1	62,7	62,2	6,4	6,3	5,8	5,7	5,9	Trinidad y Tabago	8,5	7,3	7,3	6,6	1,4	0	0	0	0	0	85,8	86,3	86,4	85,8	88,6	7,5	7,2	7,2	7,5	6
Túnez	5,5	5,6	5,7	5,6	5,4	49,4	48,5	49,6	47,4	45,7	50,6	51,5	50,4	52,6	54,3	7,2	6,9	7,6	6,9	7,2	Túnez	0,7	0,7	0,7	0,2	0,4	23,3	26,7	22,3	24,5	23,5	83,8	81,7	82,6	83	83	14,4	16,6	15,7	15,3	15,3
Turkmenistán	3,5	4,5	4	3,6	3,9	69,9	72,6	69	64,3	67,4	30,1	27,4	31	35,7	32,6	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	Turkmenistán	2	1	0,8	0,5	0,4	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
Turquía	6,4	6,6	7,5	7,2	7,6	61,1	62,9	68,2	69,5	71,6	38,9	37,1	31,8	30,5	28,4	10,3	9,8	10,3	12,1	13,9	Turquía	0	0	0	0	0	53	55,5	50,5	55	54,6	74,8	74,6	73,4	70,7	69,9	10,9	11,8	12,3	12,3	12,5
Tuvalu ^o	9,3	11,5	7,5	31,6	6,1	88,7	90,8	86,9	96,8	83,3	11,3	9,2	13,1	3,2	16,7	5,9	5	4,2	33,5	6	Tuvalu ^o	3,5	39,9	95,7	68	70,5	0	0	0	0	0	13	13	13	13	13	0	0	0	0	0
Ucrania	5,5	5	5	5,4	5,7	53,1	58	61	62,4	65,9	46,9	42	39	37,6	34,1	8,6	8,4	8,9	9,4	10,2	Ucrania	0,2	0,6	0,6	3,1	0,1	0	0	0	0	0	72,5	73	75,4	76,4	78,6	1	1,4	1,7	1,6	1,6
Uganda	6,3	6,6	7,3	7,6	7,3	30,6	26,8	27,3	31,1	30,4	69,4	73,2	72,7	68,9	69,6	9,4	9	9,6	10,8	10,7	Uganda	27,6	28,3	27,4	29,1	28,5	0	0	0	0	0	61,5	56,7	51,8	51	52,8	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Uruguay	10,6	10,5	10,8	10,3	9,8	34,8	33,4	33,8	31,3	27,2	65,2	66,6	66,2	68,7	72,8	10,6	10,3	9,4	8	6,3	Uruguay	0,1	0,5	0,8	0,6	0,4	52,6	50	47,7	48,3	48,5	26,6	25,9	24,9	25	25	73,4	74,1	75,1	75	75
Uzbekistán	6	5,7	5,7	5,6	5,5	48,4	45,6	45,4	44,3	43	51,6	54,4	54,6	55,7	57	7	6,6	7,1	6,8	7,6	Uzbekistán	0,9	1,7	3,5	4,1	3	0	0	0	0	0	96,8	96,9	97,1	95,3	95,5	0	0	0	0	0
Vanuatu	4,2	3,9	3,8	4,1	3,9	75,4	72,8	74,3	75,2	73,8	24,6	27,2	25,7	24,8	26,2	11,5	10,1	11,1	12	12,9	Vanuatu	23	25,8	18,6	18,3	25,4	0	0	0	0	0	47,8	49,9	46,3	45,8	45,8	0	0	0	0	0
Venezuela, República Bolivariana de	6,2	6,2	5,2	5	4,5	51,8	54,4	43,4	46,1	44,3	48,2	45,6	56,6	53,9	55,7	13,1	11,5	7,2	7,8	6,4	Venezuela, República Bolivariana de	1	0,4	0,1	0,1	0,1	25	28,5	34,2	31,4	25,2	88,5	87	87,4	87,3	95,5	4	3,7	3,7	4,1	4,5
Viet Nam	4,9	5,3	5,5	5,1	5,4	32,7	28	29,2	28,1	27,8	67,3	72	70,8	71,9	72,2	6,7	6	6,7	5,1	5,6	Viet Nam	3,4	2,7	2,8	3,5	2,6	9,5	10,5	13,7	15,8	16,6	86,5	87,1	83,6	80,8	74,2	3,7	4,1	2,2	2,3	3,1
Yemen	4,2	4,6	5	4,9	5,5	37,2	42,9	42,8	38,4	40,9	62,8	57,1	57,2	61,6	59,1	5,9	6,4	6,5	5,6	6	Yemen	8,2	8,9	9,7	7,3	8,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,3	96,1	96,6	96,7	95,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Zambia	5,7	5,5	5,8	6	5,4	48,8	50,6	56,5	56,7	51,4	51,2	49,4	43,5	43,3	48,6	9,5	9,1	10,2	10,6	11,8	Zambia	8,9	18,2	13,7	18,3	44,7	0	0	0	0	0	82	81,1	74,9	72,7	68,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Zimbabwe	8,1	7,8	9,1	8,4	7,9	48,9	48,3	38,6	37,7	35,9	51,1	51,7	61,4	62,3	64,1	10	7,4	9,3	9,8	9,2	Zimbabwe	15,7	11,7	5,6	1,4	6,8	0	0	0	0	0	44,9	46,7	50,7	51,7	56,7	39,6	31,1	29	25,9	21

Afganistán, Gabón, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Liberia, República Popular Democrática de Corea, Santo Tomé y Príncipe, Somalia, Sudán y Turkmenistán: las estimaciones correspondientes a estos países deben interpretarse con prudencia, pues se basan en fuentes limitadas (la mayoría datos macro de acceso público).

Burkina Faso, China, Djibouti, Filipinas, Georgia, Guinea, India, Malasia, Mauricio, Mongolia, Niue, Federación de Rusia, Rwanda, Samoa, Singapur, Sri Lanka, Tonga, Yemen: en las estimaciones se tuvieron en cuenta nuevos informes sobre las CNS, encuestas, y/o consultas con los países.

En el caso de los países de la OCDE, los datos se han actualizado a partir de los *OECD health data*. Para el Japón, los porcentajes de 2003 han sido estimados por la OMS. Las cifras de los Estados Unidos de América no reflejan aún la introducción de estimaciones de las inversiones en equipo y software y las estimaciones ampliadas de las inversiones en estructuras del sector médico.

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

^b Debido al redondeo, en algunos casos la suma de los porcentajes correspondientes al gasto del gobierno general y el gasto privado en salud no totaliza 100.

^c Las estimaciones no incluyen los gastos de las regiones administrativas especiales de Hong Kong y Macao.

^d Esta serie se ajustó para tener en cuenta la eliminación del gasto sanitario de la seguridad social en salud, que no pudo confirmarse por falta de información suficiente.

^e El gasto en salud con cargo a fondos de la seguridad social ha aumentado debido a una reclasificación. (Hay que advertir, sin embargo, que es probable que el valor estimado aumente más debido a los cambios registrados en el sistema de seguridad social.)

^f En las estimaciones no se incluyen los gastos correspondientes al norte del Iraq.

^g El gasto público en salud incluye contribuciones del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) a los refugiados palestinos residentes en territorios jordanos.

^h Gastos antes registrados como gastos de la seguridad social se han conceptualizado ahora como gastos de organismos financiados con fondos extrapresupuestarios.

ⁱ La relación GST/PIB en 2001 es elevada porque la información a la que se ha accedido recientemente muestra que la OMS, el NZAID y AusAID facilitaron US\$ 2 millones para renovación en un hospital en 2001-2002.

^j Serie ajustada para corregir un problema de doble contabilidad de años anteriores.

^k Las estimaciones correspondientes a 1999-2003 no incluyen los gastos de las provincias de Kosovo y Metohia, por tratarse de territorios que se hallaban bajo la administración de las Naciones Unidas.

^l La seguridad social abarca el gasto efectuado por el Instituto Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas hasta 2002. El gasto se canaliza ahora a través de esas Comunidades, salvo en el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, los funcionarios públicos, y los gastos relacionados con los traumatismos y enfermedades laborales.

^m País creado en agosto de 1999.

ⁿ Los datos de Togo sobre la investigación y desarrollo y la formación se ajustaron para alinearse con la metodología normalizada empleada en los Informes sobre la salud en el mundo.

^o En 2002 se emplearon otros 9,3 millones de dólares de Tuvalu, la mayoría de fuentes externas, para construir un nuevo hospital.

n.d.: Según la información a que se ha tenido acceso, la celda debería contener una cifra, pero no se ha podido hacer ninguna estimación.

0: No hay ningún dato sobre el concepto en cuestión. Algunas estimaciones que arrojan un porcentaje inferior a 0,04% se han consignado como cero.

Cuadro 3. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Afganistán	4	3	3	11	11	19	9	9	24	26	<1	<1	<1	4	4	<1	<1	<1	10	10
Albania	77	78	88	99	118	289	299	336	360	366	35	33	37	41	49	131	127	142	150	153
Alemania	2730	2404	2425	2637	3204	2566	2674	2772	2912	3001	2143	1889	1901	2072	2506	2014	2101	2173	2288	2348
Andorra ^b	1359	1287	1296	1549	2039	1749	1895	1936	2219	2453	913	841	891	1066	1399	1176	1239	1331	1527	1683
Angola	15	16	21	18	26	43	34	48	41	49	7	13	18	15	22	20	28	41	33	41
Antigua y Barbuda	389	397	425	495	426	423	437	472	555	477	281	286	301	359	300	305	314	334	402	336
Arabia Saudita	329	372	387	373	366	560	578	637	607	578	251	285	304	291	277	426	444	501	474	439
Argelia	61	63	68	75	89	137	132	149	174	186	43	46	53	60	71	99	97	115	137	150
Argentina	706	689	687	233	305	1135	1121	1157	934	1067	399	382	369	121	148	641	621	621	487	518
Armenia	36	39	45	46	55	181	205	241	253	302	8	6	9	9	11	41	31	49	51	61
Australia	1849	1832	1744	1961	2519	2204	2406	2531	2693	2874	1286	1262	1183	1336	1699	1533	1657	1716	1835	1939
Austria	2029	1812	1776	1923	2358	2051	2170	2162	2240	2306	1374	1235	1189	1305	1595	1388	1479	1448	1520	1560
Azerbaiyán	27	26	27	28	32	115	112	121	128	140	6	6	6	6	8	24	24	27	27	33
Bahamas	1051	1075	1088	1128	1121	1164	1166	1187	1205	1220	491	507	517	548	533	545	550	564	586	579
Bahrein	473	463	484	514	555	750	656	739	787	813	328	310	327	349	384	519	440	499	534	562
Bangladesh	12	12	12	13	14	50	54	57	61	68	3	3	3	4	4	14	14	15	18	21
Barbados	574	604	638	674	691	870	918	976	1021	1050	375	398	431	461	479	570	604	659	699	729
Belarús	73	64	82	94	99	459	501	582	601	570	59	51	62	69	71	372	401	439	444	406
Bélgica	2108	1926	1945	2172	2796	2108	2282	2420	2616	2828	1462	1335	1376	1528	1880	1462	1582	1713	1840	1902
Belice	148	155	165	174	174	258	262	295	290	309	72	74	75	82	86	125	126	133	138	152
Benin	16	15	16	16	20	34	34	38	37	36	7	7	7	7	9	15	15	18	16	16
Bhután	11	11	14	10	10	67	66	88	64	59	9	9	12	9	9	60	58	79	54	49
Bolivia	63	61	61	60	61	149	150	161	170	176	37	37	36	37	39	87	90	95	107	113
Bosnia y Herzegovina	134	112	110	126	168	302	286	285	295	327	76	58	54	62	85	171	149	139	145	166
Botswana	138	152	132	144	232	259	294	284	312	375	75	87	67	78	135	141	168	143	169	218
Brasil	243	263	224	199	212	543	558	584	592	597	104	108	96	89	96	232	228	250	265	270
Brunei Darussalam	480	443	430	428	466	641	609	643	657	681	351	370	331	336	372	469	508	495	516	545
Bulgaria	97	97	123	155	191	342	381	476	561	573	63	58	69	88	104	223	226	267	317	312
Burkina Faso	15	12	12	15	19	55	54	55	62	68	6	5	5	6	9	24	23	22	27	32
Burundi	4	3	3	3	3	14	14	15	15	15	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4
Cabo Verde	61	55	61	66	78	148	163	186	193	185	45	41	46	50	57	110	119	141	145	135
Camboya	29	31	31	33	33	147	162	168	179	188	3	4	5	6	6	15	23	25	31	36
Camerún	31	29	29	32	37	62	58	62	66	64	8	8	8	9	11	15	16	17	18	19
Canadá	1916	2071	2129	2225	2669	2400	2509	2705	2841	2989	1347	1457	1493	1551	1866	1687	1765	1897	1980	2090
Chad	11	11	12	12	16	37	40	43	44	51	4	4	5	4	7	12	17	18	16	20
Chile	342	299	272	265	282	697	631	665	686	707	133	139	131	127	137	272	293	320	329	345
China	39	43	47	54	61	169	192	212	247	278	16	17	17	19	22	69	74	75	88	101
Chipre	700	675	697	794	1038	905	1000	934	1101	1143	299	280	295	356	510	386	415	395	495	561
Colombia	195	152	147	141	138	572	485	498	497	522	148	123	118	116	116	436	392	399	408	439
Comoras	11	8	7	10	11	30	25	21	27	25	6	4	3	6	6	18	14	10	16	14
Congo	17	17	16	16	19	25	20	23	22	23	11	11	10	11	12	16	13	15	15	15
Costa Rica	249	258	280	295	305	457	487	532	572	616	194	204	219	235	240	356	385	418	455	486
Côte d'Ivoire	39	30	24	25	28	87	79	65	62	57	7	6	4	8	8	15	16	12	20	16
Croacia	386	380	370	392	494	742	829	801	792	838	333	330	317	325	413	640	719	688	655	701
Cuba	164	176	187	199	211	196	212	226	239	251	140	151	161	172	183	167	182	194	206	218
Dinamarca	2767	2478	2565	2835	3534	2297	2381	2556	2654	2762	2275	2043	2120	2352	2931	1888	1963	2113	2201	2292
Djibouti	40	41	42	43	47	61	63	64	67	72	26	27	27	28	31	40	42	41	44	48
Dominica	214	216	203	206	212	313	323	302	313	320	159	159	145	147	151	232	237	216	223	228
Ecuador ^d	65	54	81	95	109	173	157	193	206	220	26	17	27	37	42	68	49	65	79	85
Egipto	68	71	63	71	55	173	190	208	231	235	23	26	25	30	24	59	69	83	99	100
El Salvador	162	168	167	175	183	343	352	347	366	378	70	76	71	78	84	149	159	147	164	174
Emiratos Árabes Unidos	681	704	737	650	661	727	634	713	631	623	528	539	577	487	493	564	485	558	473	465
Eritrea	8	8	8	7	8	47	48	53	51	50	6	5	5	4	4	33	32	31	26	23
Eslovaquia	218	208	216	256	360	577	597	641	716	777	196	186	193	228	318	517	533	573	638	687
Eslovenia	831	823	889	982	1218	1211	1421	1571	1616	1669	628	640	683	751	930	915	1105	1208	1237	1274

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
España	1133	1038	1083	1211	1541	1459	1529	1618	1735	1853	816	743	771	864	1098	1051	1095	1152	1237	1321
Estados Unidos de América	4335	4588	4934	5324	5711	4335	4588	4934	5324	5711	1897	2017	2212	2387	2548	1897	2017	2212	2387	2548
Estonia	243	220	223	263	366	524	531	540	589	682	197	170	176	203	282	424	412	424	454	526
Etiopía	5	5	5	5	5	17	19	21	21	20	3	3	3	3	3	9	10	11	12	12
Ex República Yugoslava de Macedonia	115	108	103	127	161	312	320	313	356	389	98	91	86	107	136	266	270	260	302	329
Federación de Rusia	74	102	119	141	167	385	449	476	534	551	43	57	70	84	98	223	252	280	317	325
Fiji	85	80	78	93	104	194	203	205	234	220	56	52	52	62	64	126	133	136	155	135
Filipinas	36	34	30	29	31	166	171	162	157	174	16	16	13	12	14	73	82	72	63	76
Finlandia	1713	1549	1622	1831	2307	1641	1716	1857	2012	2108	1290	1164	1231	1397	1766	1236	1289	1409	1535	1613
Francia	2285	2070	2107	2339	2981	2306	2469	2616	2762	2902	1738	1569	1600	1780	2273	1754	1872	1986	2101	2213
Gabón	165	164	148	158	196	250	229	235	244	255	113	120	108	111	130	171	167	171	171	170
Gambia	24	25	23	20	21	76	88	92	84	96	8	10	9	8	8	24	36	37	34	38
Georgia	17	28	31	33	35	90	143	158	173	174	6	8	9	10	8	32	41	47	50	42
Ghana	22	13	12	14	16	100	102	94	95	98	8	5	4	4						

Cuadro 3. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1999-2003

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Malta	700	772	766	918	1104	1163	1209	1380	1421	1436	529	591	596	731	884	879	925	1073	1133	1150
Marruecos	56	54	57	60	72	167	175	196	205	218	17	17	18	19	24	50	54	64	67	72
Mauricio	113	127	132	143	172	281	331	373	398	430	70	74	80	87	105	174	194	226	242	261
Mauritania	10	9	10	14	17	32	32	38	53	59	7	6	7	10	13	21	20	26	39	46
México	273	323	369	381	372	463	499	545	559	582	130	150	165	171	172	221	232	245	251	270
Micronesia, Estados Federados de	138	140	145	143	147	242	260	266	267	270	121	121	126	126	130	213	225	231	236	238
Mónaco ^b	3471	3097	3103	3344	4587	3508	3709	3862	3938	4487	2407	2190	2230	2445	3480	2433	2623	2775	2880	3403
Mongolia	20	26	30	29	33	99	130	140	132	140	15	17	20	20	21	72	86	93	92	90
Mozambique	11	12	10	11	12	34	40	39	45	45	7	8	6	7	7	21	27	26	30	28
Myanmar ^c	134	183	228	315	394	21	28	30	44	51	15	25	29	58	77	2	4	4	8	10
Namibia	127	126	107	95	145	328	340	323	318	359	93	87	75	65	101	240	235	224	218	252
Nauru	700	645	584	654	798	951	820	742	776	763	624	573	518	580	706	848	729	658	689	675
Nepal	11	11	12	12	12	55	56	64	67	64	3	3	4	4	3	14	14	20	21	18
Nicaragua	45	57	62	61	60	142	180	203	208	208	24	30	30	30	29	77	94	98	103	101
Níger	8	6	6	7	9	27	25	26	27	30	4	3	3	4	5	14	13	14	15	16
Nigeria	17	18	19	19	22	48	39	50	49	51	5	6	6	5	6	14	13	16	12	13
Niue	440	367	1710	506	655	103	102	529	154	153	427	355	1700	499	644	100	98	526	151	150
Noruega	3325	3156	3333	4143	4976	2816	3083	3286	3617	3809	2745	2604	2785	3458	4167	2325	2543	2745	3019	3189
Nueva Zelandia	1155	1054	1056	1255	1618	1527	1600	1698	1844	1893	895	823	807	978	1267	1183	1248	1298	1437	1483
Omán	232	254	248	265	278	378	352	376	411	419	193	206	204	219	231	315	285	309	340	348
Países Bajos	2102	1916	2067	2411	3088	2124	2270	2517	2777	2987	1318	1209	1298	1506	1926	1332	1432	1581	1735	1863
Pakistán	16	14	12	13	13	66	51	49	50	48	5	5	4	5	4	22	17	16	18	13
Palau ^b	567	593	598	586	607	696	740	770	761	798	502	528	533	511	526	616	659	685	664	691
Panamá	271	306	303	322	315	450	524	527	559	555	180	208	203	222	209	298	357	354	386	368
Papua Nueva Guinea	25	26	24	22	23	127	129	138	133	132	23	23	21	20	20	113	114	124	119	118
Paraguay	105	119	102	80	75	298	345	351	336	301	47	48	36	27	24	134	139	124	112	95
Perú	98	96	93	93	98	227	227	223	225	233	52	51	48	45	47	120	120	113	109	112
Polonia	249	246	292	328	354	564	587	646	732	745	177	172	210	234	248	401	411	464	521	521
Portugal	985	951	995	1092	1348	1424	1595	1688	1754	1791	665	661	702	770	940	962	1108	1192	1237	1249
Qatar	773	816	808	871	862	834	690	745	868	685	569	612	599	640	637	614	518	552	639	506
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	1755	1756	1837	2031	2428	1700	1840	2044	2231	2389	1415	1420	1524	1693	2081	1370	1488	1696	1860	2047
República Árabe Siria ^d	59	59	57	58	59	113	106	107	108	116	24	26	26	26	28	46	46	48	50	56
República Centroafricana	10	10	10	11	12	44	50	49	51	47	4	4	4	4	5	17	20	19	21	18
República Checa	379	358	408	517	667	920	962	1065	1186	1302	347	327	373	471	600	842	879	973	1080	1172
República de Corea	463	513	550	607	705	729	771	932	975	1074	206	237	286	305	348	324	356	484	490	531
República de Moldova	19	20	22	28	34	123	122	132	160	177	9	10	11	16	18	56	63	67	92	96
República Democrática del Congo	8	10	4	3	4	12	13	10	11	14	1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	3
República Democrática Popular Lao	7	8	9	10	11	35	38	42	49	56	3	3	3	4	4	14	15	17	22	22
República Dominicana	129	162	179	186	132	248	301	323	356	335	39	52	57	60	44	75	97	103	115	111
República Popular Democrática de Corea ^e	22	28	29	<1	<1	54	67	70	72	74	20	25	26	<1	<1	48	62	64	66	68
República Unida de Tanzania	11	12	12	12	12	23	25	27	28	29	5	6	6	6	7	10	12	13	15	16
Rumania	87	91	101	124	159	368	386	429	491	540	54	59	65	79	100	231	253	277	314	340
Rwanda	11	10	8	9	7	33	32	31	35	32	5	3	3	4	3	16	11	12	17	14
Saint Kitts y Nevis	415	453	456	466	467	606	649	652	669	670	249	289	293	295	298	364	413	419	424	427
Samoa	84	83	78	84	94	198	209	208	215	209	63	62	58	66	74	149	157	155	169	165

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US \$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
San Marino ^b	2322	2103	2304	2473	2957	2695	2830	3147	3197	3133	1807	1627	1829	1958	2328	2097	2190	2498	2531	2467
San Vicente y las Granadinas	164	164	169	191	194	311	318	329	371	384	100	105	109	127	131	189	203	212	248	259
Santa Lucía	201	212	214	216	221	266	280	285	285	294	138	148	148	148	150	183	195	196	195	200
Santo Tomé y Príncipe	34	29	35	31	34	94	84	107	95	93	30	25	30	26	29	82	72	92	81	78
Senegal	21	18	20	23	29	44	45	51	55	58	8	7	8	9	12	16	16	19	22	24
Serbia y Montenegro	76	53	80	118	181	290	253	257	294	373	45	34	54	86	136	172	160	173	214	282
Seychelles	431	405	403	456	522	548	555	535	554	599	322	304	301	342	382	410	417	400	415	439
Sierra Leona	5	5	6	7	7	19	24	25	32	34	2	3	3	4	4	9	13	13	21	20
Singapur	847	820	888	894	964	961	925	1079	1101	1156	325	290	321	290	348	369	328	390	357	417
Somalia	9	8	8	n.d.	n.d.	18	18	18	n.d.	n.d.	4	4	4	n.d.	n.d.	8	8	8	n.d.	n.d.
Sri Lanka	28	29	28	30	31	104	113	114	120	121	14	14	13	13	14	50	55	53	54	55
Sudáfrica	257	236	216	198	295	595	579	626	649	669	105	100	89	80	114	244	245	258	263	258
Sudán	13	13	15	17	21	42	40	44	47	54	3	5	6	7	9	11	14	16	18	23
Suecia	2396	2280	2173	2495	3149	2119	2273	2404	2596	2704	2054	1936	1845	2123	2684	1816	1929	2040	2210	2305
Suiza	3881	3572	3774	4220	5035	3016	3177	3357	3658	3776	2148	1986	2156	2444	2945	1669	1767	1917	2118	2209
Suriname	157	163	138	175	182	246	261	287	304	309	80	80	66	81	83	126	127	137	141	142
Swazilandia	87	83	73	68	107	305	302	308	315	324	51	48	42	40	61	180	177	178	187	185
Tailandia	71	68	62	68	76	217	223	226	242	260	39	38	35	41	47	119	125	127	146	160
Tayikistán	7	5	6	6	11	41	39	44	48	71	2	1	2	2	2	11	11	13	13	15
Timor-Leste	37	37	41	38	39	101	101	111	108	125	25	28	30	27	30	69	76	80	78	95
Togo	16	11	13	13	16	59	49	58	54	62	7	3	3	2	4	24	14	15	10	15
Tonga	101	97	94	87	102	256	277	309	286	300	76	73	71	65	87	193	207	234	212	255
Trinidad y Tabago	204	235	245	265	316	354	389	393	459	532	88	95	98	99	120	153	157	157	171	201
Túnez	122	114	118	120	137	343	367	396	396	409	60	55	59	57	63	169	178	196	187	187
Turkmenistán	31																			

índice alfabético

A

- absentismo 109, 149
 - acción
 - plan a diez años 151
 - prioridades nacionales 151–152
 - “acoplamiento” del programa de control 23
 - acreditación, enseñanza de la medicina 46
 - admisión, políticas de, en la enseñanza de la medicina 46–48
 - África
 - déficits críticos de personal sanitario, por regiones 13
 - distribución de los trabajadores sanitarios, por sexo 6
 - edad reglamentaria de jubilación 110
 - gasto sanitario y carga de morbilidad 9
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 - preparaciones farmacéuticas 81
 - razones por las que migran los trabajadores 99
 - véase también* África subsahariana
 - África subsahariana
 - densidad de fuerza laboral sanitaria necesaria para la atención cualificada en el parto 12–13
 - médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 - preparaciones farmacéuticas 81
 - razones por las que migran los trabajadores 99
 - sector privado, cifras 5
 - VIH/SIDA, seguridad de las enfermeras y los agentes de salud 107
 - véase también* África
 - agentes de salud comunitarios, prioridades de investigación 140
 - Alemania, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
 - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) 146–147
 - alianzas de interesados mundiales y nacionales xxvi, 148–152
 - Consultas de Oslo 149
 - América del Sur *véase* América Latina
 - América Latina
 - distribución de los trabajadores sanitarios, por sexo 6
 - enseñanza privada de la medicina 46
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS) 130
 - véase también* Américas
 - Américas
 - déficits críticos de personal sanitario, por regiones 13
 - gasto sanitario frente a carga de morbilidad 9
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 - Angola
 - autorregulación de la gobernanza 123–124
 - médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 - aptitudes políticas, liderazgo, y creación de capacidad 126
 - Argentina, enseñanza privada de la medicina 46
 - armonización de aptitudes, optimización del desempeño 74–75
 - Asia Sudoriental
 - déficits críticos de personal sanitario, por regiones 13
 - distribución de trabajadores sanitarios, por sexo 6
 - edad reglamentaria de jubilación 110
 - instituciones de formación en salud pública 45
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 - preparaciones farmacéuticas 81
 - atención a largo plazo, competencias básicas 25
 - Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMA), formación 24
 - Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) 52
 - auditoría, y retroalimentación (ensayos controlados aleatorizados) 138
 - Australia, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
 - autorregulación 123–124
- ## B
- bajas de personal sanitario xxiii, xxiv, 97–113
 - cambio de ocupación 108–110
 - jubilación 110–112
 - migración 98–105

riesgos ocupacionales 105–107
 vías 98
 bioética, en situaciones de conflicto 35
 Botswana
 enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
 VIH/SIDA, seguridad de las enfermeras y los agentes de salud 107
 Brasil, Observatorio de Recursos Humanos en Salud 130

C

Cabo Verde, valores profesionales 74
 cambio de ocupación 108–110
 Camerún
 médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 razones por las que migran los trabajadores 99
 Canadá, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
 capacidad, aumento de
 formulación de políticas 129
 instrumentos 128, 129
 cifras mundiales
 déficits críticos de personal sanitario xviii
 por regiones 13
 gasto sanitario 7
 número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 clasificación de los trabajadores sanitarios 3
 Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU) 3
 Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), codificación 3
 Cochrane, revisiones sistemáticas 138–139
 auditoría y retroalimentación 138
 médicos reemplazados por enfermeras 138
 trabajadores sanitarios legos 138
 códigos de conducta, y profesionalismo 72–73
 colaboración 135–152
 acuerdos de cooperación 143, 150
 alianzas de interesados directos 148–152
 catalización de los conocimientos y del aprendizaje 135–142
 esferas de preocupación (imperativos) 135
 respuesta a la crisis de personal laboral 144–148
 trabajadores sanitarios/pacientes 28
 Colombia
 equipo del cambio 127
 recuperación de las inversiones de los estudiantes 58
 competencias básicas, atención a largo plazo 25
 computadoras portátiles 80
 comunicación de los riesgos 30

confianza y expectativas
 fuerza laboral 122–123
 público 128
 conflicto, situaciones de 34–36
 protección de los sistemas de salud 35
 traumatismos 25–29
 Congo, República Democrática del, enseñanza privada de la medicina 46
 conocimientos,
 base de 135–142, 150, 151
 especializados 141
 falta de información 139
 Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Liderazgo para el Cambio 85
 Consultas de Oslo, alianzas de interesados directos 149
 consumidores
 grupos 125
 organizaciones de defensa de los 125
 contratación de trabajadores sanitarios 41–42
 abandono 58
 autocontratación 59
 desastres/emergencias 29
 evaluación del desempeño y las políticas 55
 formulación de políticas 55–59
 mejora del desempeño 58
 modelo del recorrido 41–42, 53
 recuperación 109–110
 resultados en materia de desempeño 55–57
 ventajas de la contratación local 60
 véase también migración
 cooperación *véase* colaboración
 Côte d'Ivoire, formación técnica privada 46
 Cuba, “brigadas médicas” 104
 Chile, enseñanza privada de la medicina 46

D

delegación de tareas 23–24
 delitos médicos 36
 densidad de trabajadores sanitarios xvii, 5
 tasa de mortalidad infantil xvi, 68
 umbral para la atención cualificada en el parto 12
 dentistas, cifras 5
 desarrollo profesional 82–83
 auditoría y retroalimentación 138
 autorregulación 123–124
 desastres/emergencias 22–36
 capacitación para la respuesta a emergencias 31
 coaliciones para los planes nacionales 144
 conflicto y posconflicto, situaciones de 34–36

contratación de trabajadores 29
 contratación insuficiente de trabajadores sanitarios 29
 equipo de preparación 29
 estrategias de planificación 22–31, 144–147
véase también fuerza laboral sanitaria
 descentralización 126, 127
 descripciones de funciones 72, 74
 destinos de los trabajadores sanitarios 8–13
 distribución rural/urbana 9
 distribución de los trabajadores sanitarios, por sexo xvi, 6

E

edad de la población, cambios demográficos, Europa y Japón 143
 edad de los trabajadores sanitarios 6
 edad reglamentaria de jubilación 110
 elaboración de escenarios y planificación 130
 empleadores, poder de los 123–124
 empleados fantasma 109, 148, 149
 enfermedades crónicas xix–xx, 25–30
 competencias básicas 25
 enfermeras/parteras
 instituciones de formación, por regiones de la OMS 44
 Liderazgo para el Cambio 85
 OCDE, personal formado en el extranjero 98, 100
 proporción respecto a los médicos xvii, 4
véase también fuerza laboral sanitaria; enseñanza de la medicina; formación
 enseñanza
 basada en la práctica, y práctica centrada en los pacientes 49
 finanzas y excelencia 50
 enseñanza de la medicina
 admisión, políticas de 47
 Campaña Internacional para Revitalizar la Medicina Académica (ICRAM) 43
 estudiantes, abandono 47
 futuro de la enseñanza académica 43
 historia 43
 instituciones de formación
 funciones clave 44
 por regiones de la OMS 44
 privadas 46
 nuevas tendencias 49
 programas de acreditación e instituciones privadas 46
 programas de formación del profesorado 51
 requisitos de los planes de estudios 48
véase también fuerza laboral sanitaria; formación
 epidemiología, cambios en los planes de estudios 47

escuelas de odontología, cifras, por regiones de la OMS 44
 Estados Unidos
 desequilibrio de aptitudes 73
 edad de los trabajadores sanitarios 110
 edad reglamentaria de jubilación 110
 gestión total de la calidad 85
 médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
 estrategias de planificación en desastres 22–36
 planificación avanzada 34
 estrategias nacionales en materia de fuerza laboral 121–130
 confianza/expectativas 122–123
 cooperación, ministerios e instituciones 126
 gobernanza justa 123–125
 información estratégica 127
 inversión en instituciones 129–131
 liderazgo xxiv, 126–127
 políticas 126
 resumen de los objetivos 128–130
 Etiopía, médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 Europa
 cambios demográficos 143
 distribución de los trabajadores sanitarios, por sexo 6
 edad reglamentaria de jubilación 110
 gasto sanitario y carga de morbilidad 9
 número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 European Health Management Association 73
 evaluación y desarrollo, instrumentos de, THE connection 141

F

farmacéuticos
 cifras, por regiones de la OMS 44
 formación (Ohio) 49
 Filipinas
 enseñanza privada de la enfermería 46
 migración temporal y reintegración de los migrantes 101
 financiación 146–151
 asistencia internacional para el desarrollo centrada en la salud, flujos totales 147
 contratación externa 148
 crisis en los países más pobres 144–145, 150
 estimación del costo del déficit (por países/regiones) 13–14
 gasto sanitario y carga de morbilidad 9
 incentivos pecuniarios/no pecuniarios 85
 normas/restricciones de la financiación pública 148
 ODM
 expansión e inversión anual por país 146
 modelos de cálculo de los costos 146–147

- orientaciones mundiales 147
- proporción del GGGS dedicada a remunerar al personal sanitario 7
- recomendaciones 147, 149
- sostenibles, fondos de donantes a largo plazo 148
- véase también* sueldos y salarios
- Finlandia, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
- Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, número de propuestas 145–146
- formación
 - cursos intensivos en desastres/emergencias 34
 - de parteras tradicionales, y mortalidad materna 24
 - desarrollo profesional 82–84
 - en el servicio 20–21
 - comparación con la formación previa al empleo (AIEPI) 52
 - IMAI 24
 - para emergencias 31
 - profesionales formados en el extranjero en países de la OCDE 98
 - programas de formación de profesorado 51
 - recuperación de la inversión de los estudiantes (Colombia) 58
 - relación con la creación de instituciones 129
- formación previa al empleo (AIEPI) 52
- formulación de políticas 142–152
 - aumento de la capacidad 129
 - desarrollo/diversidad de aptitudes técnicas 142
 - medidas de regulación 129
 - políticas de contratación 53
- fórmulas para influir en el desempeño 71, 86–89
 - véase también* fuerza laboral sanitaria
- Francia, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
- fuerza laboral sanitaria 1–16, 41–65, 67–95
 - absentismo y empleados fantasma 109–110
 - administradores 4
 - agentes de salud comunitarios 140
 - apoyo a los recursos humanos 104
 - auditoría y retroalimentación (revisiones Cochrane) 138
 - cambio de ocupación 108–110
 - cifras
 - déficits 144
 - diversidad y competencias 41–42
 - escaseces xviii, 19–21
 - por densidad xvii, 5
 - talentos desaprovechados xix
 - cifras mundiales de trabajadores sanitarios 4–6
 - clasificación 3
 - inconvenientes 136
 - colaboración con los pacientes 27
 - confianza/expectativas 122–123
 - contratación 41–42
 - y desastres naturales 29
 - crisis en los países más pobres 144–145, 150
 - criterios definitorios 1–4
 - déficits 19–21
 - déficits críticos, por regiones xix, 13
 - densidad
 - cifras xvii, 5
 - y tasa de mortalidad de lactantes 68
 - y tasas de supervivencia xvi
 - desarrollo
 - instrumentos de evaluación y 141
 - marco técnico común para los recursos humanos 137
 - desastres/emergencias
 - estrategia de despliegue 32
 - estrategias de planificación 22–32
 - Red de Respuesta para la Acción en Emergencias Sanitarias 32
 - trabajadores de primera línea 32
 - destinos 8–13
 - determinantes xvii
 - dispensadores de atención frente a personal auxiliar xvi, 2, 4
 - distribución por gasto sanitario / carga de morbilidad 9
 - enseñanza basada en la práctica 49
 - entrada – etapa laboral – salida, ciclo de vida laboral xx–xxiii
 - formación 43–55
 - formación en el servicio 20–21
 - fórmulas para influir en el desempeño xxi, 71–89
 - armonización de aptitudes 73–75
 - códigos de conducta 72–73
 - descripciones de puestos 72, 74
 - información y comunicación 80–81
 - infraestructura y suministros 81–82
 - medición de la productividad 80–81
 - políticas facilitadoras 82–87
 - remuneración 76–80
 - responsabilidad y rendición de cuentas 86
 - supervisión de apoyo 74, 75, 83
 - véase también* sueldos y salarios
 - gestión de equipos 84–86
 - gestión, sistemas e instrumentos 142
 - indicadores de buen desempeño 67–70
 - información estratégica 127–128
 - información, límites y efectos 135–136
 - innovaciones 129–130

- jubilación 110–112
 - médicos, reemplazados por enfermeras (revisiones Cochrane) 138
 - médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 98, 100
 - mercados de la educación, el trabajo y los servicios de salud 57
 - microinnovaciones 129–130
 - normas / restricciones de la contratación / financiación públicas 147
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 11, 19–24, 145–146
 - optimización del desempeño 58, 67–86
 - competencia 68–69, 71, 87
 - determinantes 70–71
 - diferencias de género 70
 - dimensiones deseables 68–69, 71, 86–88
 - disponibilidad 68–69, 71, 86–87
 - evaluación 71
 - productividad 68–69, 71, 80–81, 87
 - respuesta a las necesidades 69, 70, 71, 87
 - resultados de desempeño 54–56
 - pérdidas *véase* bajas de personal sanitario
 - prácticas atentas a las necesidades de los trabajadores 145
 - riesgos ocupacionales 106–109
 - selección 41–43
 - solución de problemas, cuatro áreas 127–128
 - sostenible 137
 - sueldos y salarios 75–81
 - proporción del gasto público 7
 - trabajadores sanitarios legos 138
 - función en los servicios locales 23, 26, 146
 - revisiones Cochrane 138
 - véase también* recursos humanos; estrategias nacionales en materia de fuerza laboral; instituciones de formación
 - fuerzas políticas y fuerza de trabajo 126
 - Fundación para el adelanto de la investigación y la educación médicas internacionales (FAIMER) 51
- G**
- garantía de la calidad, supervisión y seguimiento, Uganda 83
 - gasto del gobierno general en salud (GGGS), proporción dedicada a remunerar al personal sanitario 7
 - género
 - sueldos 76
 - y desempeño de la fuerza laboral sanitaria 70
 - y edad de los trabajadores sanitarios 6
 - gestión de equipos, fuerza laboral sanitaria 84–86
- Ghana
 - empleados fantasma 109
 - médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 - sistema de información sanitaria (SIS) 136
 - supervisión de apoyo del personal sanitario 75
 - voluntarios en servicios locales 23, 26
 - Global Atlas of the Health Workforce 4
 - gobernanza 123–126
 - autorregulación 123–124
 - mando y control 124
 - modelo de 125–126
 - políticas nacionales sobre la fuerza laboral, cooperativas, 126
 - vigilancia y activismo 124
 - gripe aviar, Turquía, despliegue/distribución de personal sanitario 33
 - guerras *véase* conflicto, situaciones de
 - Guinea-Bissau, enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
 - Guyana, políticas de jubilación 106
- I**
- ICRAM (Campaña Internacional para Revitalizar la Medicina Académica) 43
 - incentivos 79–80
 - no pecuniarios 85
 - sueldos y salarios 78–80
 - India
 - enseñanza privada de la medicina 46
 - informe Bhore 43
 - Indias occidentales, Universidad de las (UWI) 54
 - Indonesia, descripciones de puestos 73
 - información
 - estratégica sobre indicadores básicos 127–129
 - estratégica, situaciones de desastre 34
 - límites y efectos de la, 135–136
 - sistema de información sanitaria (SIS) 136
 - y comunicación 80–81
 - Iniciativa InterRedSalud de Acceso a la Investigación (HINARI) 53
 - inmunización
 - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización 146–147
 - instituciones de formación 48
 - y densidad de la fuerza laboral sanitaria 139
 - innovaciones 129–131
 - instituciones
 - cooperación con ministerios 126
 - creación de, en relación con la formación 129
 - cuestiones de liderazgo xxiv, 126–127

- inversión en 129–131
 - véase también* instituciones de formación
- instituciones de formación
 - abandono de los estudiantes 47
 - cifras
 - por regiones de la OMS 44
 - recopilación de datos 56
 - evaluación del desempeño y las políticas 55
 - funciones clave 44
 - infraestructura y tecnología 53
 - investigación sobre los resultados de la formación y el desempeño 54–56
 - privadas 46
 - regionalización de las universidades 54
 - véase también* enseñanza de la medicina
- instituciones de formación en salud pública
 - Asia Sudoriental 45
 - por regiones de la OMS 44
- instituciones nacionales de personal sanitario 129
- intercambios entre países 127
- inversión, vínculo con la creación de instituciones a través de la formación 129
- investigación
 - Cumbre de México, prioridades para la acción 140
 - prioridades relacionadas con los agentes de salud comunitarios 140
 - sobre los resultados de la formación y la contratación 55–57
- Irlanda
 - gestión de la salida del mercado laboral 106
 - médicos/enfermeras formados en el extranjero 98

J

- Japón, cambios demográficos 143
- Joint Learning Initiative (JLI) 11, 141
- jubilación 110
 - edad reglamentaria de jubilación 110
 - gestión 112
 - planificación de las sucesiones 112
 - políticas en Guyana 106

K

- Kenya, enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
- Kirguistán, Fondo Obligatorio de Seguro Médico, mejora de la calidad y el valor 84

L

- Lady Health Workers, Pakistán 60

- Lesotho
 - edad de los médicos 111
 - enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
 - VIH/SIDA, seguridad de enfermeras/trabajadores sanitarios 107
- liderazgo
 - estrategias nacionales en materia de fuerza laboral xxiv, 127
 - plan de acción a diez años 151–152
 - prioridades nacionales 149–150
- Liderazgo para el Cambio 85
- límites sectoriales 30

M

- malaria, función de los voluntarios 24–25
- Malawi
 - enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
 - Plan de Emergencia para los Recursos Humanos 144, 146
 - programa de urgencia para la contratación 22
 - sistema de contrato de desempeño 86
 - solución de problemas por los trabajadores sanitarios 127–128
 - VIH/SIDA, seguridad de las enfermeras/trabajadores sanitarios 107
- Malí, remuneración según el desempeño 78
- manejo integrado de casos 52
- Mapeo de la Disponibilidad de Servicios 10
- marco técnico de salud, fuerza laboral sanitaria sostenible 137
- marco técnico para los recursos humanos 137–142
 - cooperación 141–142
 - instrumentos (THE connection) 141
- maremoto, respuesta de Tailandia 31
- Mauricio, enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
- medicalización, cesáreas 125
- medicina basada en la evidencia 123
- médicos/enfermeras *véase* fuerza laboral sanitaria; enfermeras/parteras
- Mediterráneo Oriental, Región
 - déficits críticos de personal sanitario, por regiones 13
 - distribución de trabajadores sanitarios, por sexo 6
 - edad reglamentaria de jubilación 110
 - enseñanza privada de la medicina 46
 - gasto sanitario y carga de morbilidad 9
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
 - mejora / análisis crítico del desempeño
 - Malawi y Zambia 86
 - sistema de información sanitaria (SIS) 136

- véase también* fuerza laboral sanitaria, optimización del desempeño
- México, Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, prioridades para la acción 140
- microinnovaciones 129–130, 140
- migración 98–106
- apoyo a los recursos humanos 104–105
 - instrumentos internacionales 105–106
 - contención del flujo hacia los países de la OCDE 149
 - estrategias para gestionar la 101–102
 - ajustar la capacitación a las necesidades y demandas 102
 - mejorar las condiciones locales 103
 - políticas de contratación responsables 104
 - factores atrectores/impulsores, 99
 - profesionales empleados en países de la OCDE pero formados en el extranjero 98
 - regreso y reintegración de los migrantes 101
 - repercusiones 101, 149
- ministerios de salud, frenos y contrapesos 126
- mortalidad infantil
- Viet Nam 68
 - véase también* nacimientos
- mortalidad materna, formación de las parteras 24
- Mozambique
- ayudantes quirúrgicos 130
 - estrategias avanzadas de planificación 34
 - médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 - microinnovaciones 129
 - valores profesionales 73
- N**
- nacimientos
- capacitación de las parteras, y mortalidad materna 24
 - densidad de fuerza laboral sanitaria necesaria para la atención cualificada 11–12
- Namibia, enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
- necesidades de emergencia *véase* desastres/emergencias
- Nigeria, médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
- Nueva Zelandia, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
- O**
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) xx, 11, 19–24, 145–146
- costo de alcanzar los 146
 - limitaciones de la ayuda y la fuerza de trabajo 144
 - sueldos 15
- OCDE
- médicos/enfermeras que migran del África subsahariana 100
 - profesionales formados en el extranjero 98
- oncocercosis, acoplamiento del programa de control, 23
- Organización Mundial del Comercio, Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios 105
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 130
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud 130
- P**
- pacientes
- colaboración con personal sanitario en la autoasistencia 27
 - seguridad 28
- Pacífico Sur, Universidad del (USP) 53
- Pacífico Occidental, Región
- déficits críticos de personal sanitario, por regiones 13
 - distribución de trabajadores sanitarios, por sexo 6
 - edad reglamentaria de jubilación 110
 - gasto sanitario y carga de morbilidad 7, 9
 - número de trabajadores sanitarios, por densidad xvii, 5
- Países Bajos, elaboración de escenarios y planificación 131
- Pakistán, Lady Health Workers 60
- Perú, enseñanza privada de la medicina 46
- plan de acción a diez años (2006–2015) 151
- planes de estudios
- naturaleza de las competencias 48
 - requisitos 48
- planificación
- a largo plazo, elaboración de escenarios 130
 - plan de acción decenal (2006–2015) 151–152
- poliomielitis 23
- políticas facilitadoras 151
- fórmulas para influir en el desempeño 82–86
- Portugal, médicos/enfermeras formados en el extranjero 98
- preparación
- brote de SRAS 29
 - enfoque de mando y control 30
 - enfoque de reparación y preparación 35
- preparaciones farmacéuticas, África y Asia Sudoriental 81
- prioridades nacionales para la acción 149–152
- plan a diez años (2006–2015) 151–152
 - solidaridad mundial xxv, 150
- profesionalidad
- códigos de conducta 72–73
 - y poder de los empleadores 123–124
- Programa PALTEX 53

psiquiatras

capacitación, infraestructura y tecnología 52–54

déficits 26–27

Q

quintiles de riqueza, definición 20

R

recursos humanos

cooperación 141–142

formulación de políticas 142–152

aptitudes técnicas 142

desarrollo/diversidad 142

instrumentos (THE connection) 141

marco técnico común 137–142

suministro de apoyo 104

véase también fuerza laboral sanitaria

recursos humanos, creación de una red de especialistas 141

recursos, Iniciativa InterRedSalud de Acceso a la Investigación (HINARI) 53

Red de Respuesta para la Acción en Emergencias Sanitarias 32

Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos 30

Reino Unido

edad reglamentaria de jubilación 110

gestión integral de la calidad 85

médicos/enfermeras formados en el extranjero 98

tolerancia cero contra la violencia, campaña 107

y Sudáfrica, acuerdo sobre las políticas de contratación responsable 104

remuneración según el desempeño 78

remuneración *véase* sueldos/salarios

rendición de cuentas, con responsabilidad 86

República Unida de Tanzania

desequilibrio de aptitudes 73

médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100

sistema de mejoras salariales 77

respuesta a las crisis, crisis de financiación en los países más pobres 145–146, 150, 151

riesgos ocupacionales 106–108

violencia 106–107

S

salarios *véase* sueldos y salarios

sector privado

cifras 5

instituciones de formación 46

sueldos, en comparación con el sector público 7, 76

seguridad del empleo 128

servicios de alta prioridad 19–24

servicios de salud mental 25–26

combinación óptima 26

simplificación de los servicios 23–24

sinergias, acoplamiento del programa de control 23

sistema de información sanitaria (SIS), desempeño (Ghana y Tailandia) 136

sociedad civil, organizaciones 125, 126

solidaridad mundial

plan a diez años (2006–2015) xxvi, 151

prioridades nacionales para la acción (2006–2015) xxv, 150

solución de problemas, cuatro áreas 127–128

SRAS, equipo de preparación y respuesta a brotes 29

Sudáfrica

clasificaciones de las ocupaciones (censo de 2001) 3

importancia de una buena gestión 85

médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100

razones por las que migran los trabajadores 99

y Reino Unido, acuerdo sobre políticas de contratación responsable 104

Suecia, la violencia como riesgo ocupacional de los trabajadores sanitarios 105

sueldos y salarios 75–81

comparaciones entre países 76

diferenciales 76

diferencias de género 76

incentivos 78–81

incentivos no pecuniarios 85

no pagados 78

proporción del gasto público 7

remuneración según el desempeño 78

sector privado frente a sector público 77

servicios en dos niveles 21

suficiencia basada en las necesidades 11–13

Suiza, edad de los médicos 111

supervisión de apoyo del personal sanitario 74, 75, 83

Swazilandia

campaña por la seguridad en el trabajo 106

enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100

T

Tailandia

Asociación de Médicos Rurales 123

elaboración de escenarios y planificación 130

remuneración según el desempeño 78

respuesta a epidemias/desastres 31

sistema de información sanitaria (SIS) 136

tecnología, instituciones de formación 52–53
THE connection, instrumentos de evaluación y desarrollo de la fuerza laboral sanitaria 141
tolerancia cero contra la violencia, campaña en el Reino Unido 107
trabajadores sanitarios legos
 función en los servicios locales 23, 26
 prioridades de investigación 140
 revisiones Cochrane 138
traumatismos 24–29
Turquía, gripe aviar, despliegue del personal de salud 33
tutorías 127

U

Uganda
 autorregulación de la gobernanza 123–124
 descentralización 128
 garantía de la calidad, supervisión y seguimiento 83, 86
 médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 memorando de entendimiento 142
 razones por las que migran los trabajadores 99

V

Viet Nam, mortalidad infantil, densidad de trabajadores sanitarios 68
vigilancia y activismo 125
VIH/SIDA
 contratación y desgaste de la fuerza laboral sanitaria 24, 57–59, 107
 déficit del número de trabajadores 11
 limitaciones de la ayuda y la fuerza de trabajo 144
 seguridad de enfermeras/trabajadores sanitarios 106–107
 directrices de la OIT/OMS 109
 sueldos, dos niveles 21
violencia, riesgo ocupacional 106–107
voluntarios, función en los servicios locales 23, 26

Z

Zambia
 análisis de la mejora del desempeño 86
 campaña por la seguridad en el trabajo 106
 enfermeras/parteras que migran a países de la OCDE 100
 mapeo de la disponibilidad de servicios 10
 VIH/SIDA, seguridad de las enfermeras y los agentes de salud 106–107
Zimbabwe
 descentralización 128
 médicos/enfermeras que migran a países de la OCDE 100
 razones por las que migran los trabajadores 99