

# SANIDAD AL ALCANCE DE **TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS**

PONGAMOS FIN A LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO



Save the Children

**TODOS**  
CONTAMOS

SANIDAD AL ALCANCE DE  
**TODOS LOS NIÑOS  
Y NIÑAS**

PONGAMOS FIN A LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO

**Save the Children trabaja en más de 120 países. Salvamos las vidas de niños y niñas. Luchamos por sus derechos. Les ayudamos a desarrollar su potencial.**

### **Agradecimientos**

Este informe ha sido realizado para Save the Children por Patrick Watt, Nouria Brikci, Lara Brearley y Kathryn Rawe. Agradecemos a los compañeros de Save the Children involucrados en programas nacionales en todo el mundo, y a Save the Children International por la aportación de estudios de casos, testimonios y comentarios.

Nuestro agradecimiento a Benjamin Hennig del Departamento de Geografía en la Universidad de Sheffield, por su trabajo en el mapa de las páginas 6 y 7.

Publicado por  
Save the Children Reino Unido  
1 St John's Lane  
Londres EC1M 4AR  
Reino Unido  
+44 (0)20 7012 6400  
savethechildren.org.uk

Primera publicación 2011

© The Save the Children Fund 2011

La Fundación Save the Children es una organización benéfica registrada en Inglaterra y Gales (213890) y Escocia (SC039570). Número de Registro de Compañía 178159.

Esta publicación está protegida por derechos de autor, pero puede ser reproducida por cualquier método sin pago de tasas o permiso previo para fines educativos, pero no para venta. Para copias en cualquier otra circunstancia, debe obtenerse permiso previo por escrito del editor, y puede ser necesario abonar una tasa.

Fotografía de portada: La matrona Catherine Oluwatoyin Ojo pesa a Mariam, de seis meses, en una clínica de Nigeria – uno de los países con más grave escasez de personal sanitario del mundo. (Fotografía: Jane Hahn).

Traducción al español: Isabel de la Mano Calles  
Corrección: Gema Vicente  
Tipografía: Grasshopper Design Company

# ÍNDICE

La crisis de personal sanitario en cifras	iv
Prólogo	vi
Resumen ejecutivo	viii
<b>1 La magnitud de la crisis de personal sanitario</b>	<b>1</b>
La salud no es posible sin personal sanitario	1
La escasez mundial de personal sanitario	2
Distribución desigual de trabajadores sanitarios	8
La crisis de personal sanitario afecta más duramente a los niños y niñas	9
Personal sanitario y sistemas de salud	10
Tiempo para la acción	10
<b>2 Causas de la crisis</b>	<b>13</b>
Falta de educación y capacitación	13
Bajo sueldo, incentivos insuficientes	14
Financiación insuficiente	17
Promesas incumplidas	19
Ayuda ineficaz	20
Planes nacionales en materia de personal sanitario sin suficiente financiación y no ejecutados	20
<b>3 Superar la crisis</b>	<b>23</b>
Acción política mundial al más alto nivel	23
Acción a nivel nacional	23
Más personal sanitario, conocimientos y capacitación adecuados	24
Distribución eficaz de profesionales sanitarios	29
Un salario digno para todos los trabajadores sanitarios	31
Más fondos y mejor financiación	32
<b>Conclusión</b>	<b>34</b>
Anexo 1: Compromisos internacionales relativos a personal sanitario	36
Anexo 2: Compromisos relativos a personal sanitario como parte de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño	38
Bibliografía	40
Referencias	43

# LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO EN CIFRAS

1.000 millones

1.000 MILLONES DE PERSONAS NUNCA VEN UN TRABAJADOR SANITARIO EN SU VIDA.

3,5 millones

EXISTE UN DÉFICIT DE 3,5 MILLONES DE MÉDICOS, PERSONAL DE ENFERMERÍA, MATRONAS Y AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS EN LOS 49 PAÍSES MÁS POBRES DEL MUNDO.

41

LA ESCASEZ ES CRÍTICA EN 61 PAÍSES, 41 DE LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN ÁFRICA.

3%

UNA CUARTA PARTE DE LA CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDAD RECAE EN ÁFRICA, SIN EMBARGO, DICHO CONTINENTE DISPONE DE TAN SÓLO EL 3% DE LOS MÉDICOS, PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MATRONAS DEL MUNDO.

menos de  $\frac{1}{10}$

GHANA TIENE LA MITAD DEL PERSONAL SANITARIO QUE PRECISA, SIERRA LEONA MENOS DE UNA DÉCIMA PARTE.

x 25 más

UN MÉDICO EN ZAMBIA PODRÍA GANAR 25 VECES MÁS SI TRABAJARA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

81%

TRES CUARTAS PARTES DE LOS MÉDICOS DE MOZAMBIQUE Y EL 81% DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LIBERIA TRABAJAN FUERA DE SU PAÍS.

un tercio

LOS PAÍSES CON INGRESOS BAJOS RECIBEN SÓLO UN TERCIO DE LA AYUDA INTERNACIONAL DESTINADA A FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Médicos, personal de enfermería, matronas y agentes de salud comunitarios son la clave para salvar las vidas de niños y niñas. Sin embargo, la existencia de una grave escasez de personal sanitario en el mundo, hace que cada día niños y niñas mueran a consecuencia de dicha crisis.

Durante años, los esfuerzos para mejorar la salud mundial han relegado a un plano secundario la contribución indispensable que realizan los trabajadores sanitarios. El foco de atención se ha centrado en los recursos materiales que abastecen el sistema de salud – medicamentos, vacunas, mosquiteras – todos ellos elementos fundamentales. No obstante, tales intervenciones no producirán resultados positivos si no se pone énfasis al mismo tiempo en la contratación y capacitación del personal sanitario necesario.

Como resultado de estos enfoques previos, las clínicas y los hospitales, especialmente aquellos situados en zonas remotas o rurales, no disponen de personal suficiente. Los trabajadores de primera línea y con intensa carga de trabajo que componen el colectivo actual, no reciben una justa recompensa por ser los héroes y heroínas sanitarios que en realidad son. Muy al contrario, muchos de ellos perciben salarios precarios, están deficientemente equipados y no cuentan con el apoyo suficiente.

Este informe llega en un momento oportuno, justo cuando la comunidad internacional comienza a reconocer las repercusiones transcendentales que implica este déficit de personal sanitario. En septiembre, líderes mundiales se reunirán en la Asamblea General de las Naciones Unidas

donde tendrán la oportunidad de tomar medidas para poner fin a esta crisis sanitaria. Tienen que fortalecer sus compromisos para aumentar la cantidad de personal sanitario mundial para el año 2015.

A este respecto, Save the Children aboga energicamente para que se actúe inmediatamente y con planes concretos, tanto al nivel político internacional más alto, como en el ámbito nacional de cada país con escasez de personal sanitario.

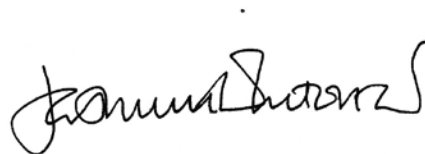
En primer lugar, el mundo necesita más personal sanitario. Ghana tiene la mitad de los trabajadores sanitarios que precisa, Sierra Leona una décima parte. Es fácil imaginar cuán diferente sería la realidad si se incrementaran estas cifras. Los gobiernos donantes y las instituciones internacionales tienen un papel que desempeñar ayudando a estos países para que aborden sus críticos déficits de personal sanitario. Estos mismos países se beneficiarán enormemente cuando sitúen al personal sanitario como elemento principal de sus planes nacionales de salud.

En segundo lugar, tenemos que emplear más eficazmente al personal sanitario existente y esforzarnos por conseguir una cobertura más equitativa en todo el territorio nacional de estos países. Los propios trabajadores sanitarios tienen familias que alimentar y hogares que mantener, por lo que se les tiene que retribuir con incentivos adecuados para trabajar en entornos difíciles. La contribución que hacen merece ser reconocida tanto económicamente como proporcionándoles el apoyo apropiado. Para conseguir un cambio

positivo significativo en la sanidad, los trabajadores de este sector tienen que estar bien formados y empoderados para llevar a cabo tareas que les permitan realizar su trabajo con el máximo talento que poseen.

Ningún trabajador sanitario puede ser capacitado de la noche a la mañana. Si queremos contar con el personal sanitario que necesitamos tener operativo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015, tenemos que comenzar hoy mismo.

Los trabajadores sanitarios salvan vidas. Son nuestro recurso más imprescindible para mejorar la salud y las probabilidades de supervivencia de los niños y las niñas, de sus madres y de sus familias. Es tiempo de actuar.



**Jasmine Whitbread**

Directora Ejecutiva, Save the Children Internacional



# RESUMEN EJECUTIVO

Cada día, 22.000 niños y niñas mueren en el mundo antes de haber alcanzado su quinto año de vida.<sup>1</sup>

La inmensa mayoría de estas muertes se pueden evitar con el tratamiento y la prevención adecuados. Sin embargo millones de niños y niñas mueren debido a una crisis mundial de personal sanitario que les priva del cuidado que podría salvar sus vidas.

Es una crisis que afecta con mayor dureza a los niños y las niñas. El personal sanitario es el elemento más importante de cualquier servicio de salud, y bebés, niñas y niños pequeños, que son especialmente vulnerables a enfermedades que ponen en riesgo sus vidas, necesitan por lo general más cuidado sanitario cualificado en sus primeros días, semanas y años que en ningún otro momento de sus vidas.

Un niño tiene cinco veces más probabilidades de sobrevivir a su quinto año de vida si vive en un país que cuenta con suficientes matronas, personal de enfermería y médicos.<sup>2</sup> Sin trabajadores sanitarios no se pueden administrar vacunas, no es posible recetar medicamentos para salvar vidas, no hay posibilidad de obtener asesoramiento sobre planificación familiar y ninguna mujer podría recibir cuidado especializado durante el parto.

Esta crisis es doble. En primer lugar, el número de trabajadores sanitarios es demasiado reducido para cubrir las necesidades de los niños en los países más pobres. Mundialmente, se estima que existe un déficit de al menos 3,5 millones de agentes de salud comunitarios, matronas, personal de enfermería y médicos.<sup>3</sup>

Para proporcionar asistencia sanitaria básica de acceso universal, se necesitan al menos 23 médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10.000 habitantes.<sup>4</sup> Sin embargo muchos países están descendiendo peligrosamente por debajo de este umbral mínimo: Ghana tiene sólo la mitad de los trabajadores sanitarios que precisa, Sierra Leona menos de una décima parte.<sup>5</sup>

En segundo lugar, los trabajadores sanitarios existentes a menudo no están trabajando en los lugares donde más se les necesita, y muchos carecen de la capacitación, los recursos y la autoridad necesarios para salvar las vidas de los niños y las niñas. En muchos países con altas tasas de mortalidad infantil, los trabajadores sanitarios se concentran en zonas urbanas relativamente más acomodadas, quedando fuera del alcance de los niños y las niñas de localidades más remotas.

Se han realizado avances en muchos de los países más pobres para abordar este doble desafío de escasez de trabajadores y distribución ineficaz, pero no se están aplicando con la suficiente rapidez.

En estos momentos es necesaria una acción decidida para asegurar que todos los niños y las niñas tengan acceso a personal sanitario cualificado, en el momento oportuno y en el lugar adecuado. Este reto no se conseguirá de la noche a la mañana: contratar, capacitar y desplegar personal sanitario en la cantidad necesaria llevará años, y requiere tanto acción política mundial como cambios de gran magnitud en políticas y prácticas nacionales.

A nivel mundial, líderes políticos e instituciones internacionales tienen que dar prioridad en sus

agendas al tema del personal sanitario, para así poder conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, y relativos a mortalidad infantil y materna.

Ya se han realizado compromisos políticos en respuesta a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de las Naciones Unidas (la Estrategia Mundial), que fue lanzada en septiembre.

El reto tanto para los países en desarrollo como desarrollados por igual, es cumplir estos compromisos, capacitando y contratando personal sanitario en una proporción que reduzca la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015 – ODM 4.

## ACCIÓN POLÍTICA MUNDIAL AL MÁS ALTO NIVEL

La Asamblea General de la ONU que se reunirá en septiembre de 2011, representará un momento fundamental para catalizar la acción política mundial en materia de personal sanitario. Los gobiernos analizarán la puesta en práctica de la Estrategia Mundial en una reunión de alto nivel apoyada por Save the Children y una coalición creciente de gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado e instituciones internacionales.

Esta iniciativa proporcionará una oportunidad a los gobiernos de los países en desarrollo, a sus donantes y organizaciones asociadas de abordar las causas más inmediatas de la crisis de personal sanitario. Destacan cuatro áreas clave donde se tienen que realizar avances:

- Contratar más personal sanitario cualificado, con conocimientos y capacitación adecuados.
- Emplear más eficazmente a los trabajadores sanitarios existentes para llegar así a los niños más vulnerables.
- Asegurar que todos los trabajadores sanitarios reciben un salario digno.
- Proporcionar más fondos para asistencia sanitaria y de forma más eficaz.

## MÁS PERSONAL SANITARIO CUALIFICADO, CON CONOCIMIENTOS Y CAPACITACIÓN ADECUADOS

Gobiernos y donantes tienen que trabajar juntos para asegurar que se cuenta con suficiente personal sanitario para llegar a todos los niños. Muchas de las intervenciones más importantes dirigidas a las niñas y niños, tales como educación sanitaria, cuidado postnatal temprano, tratamiento de diarrea y diagnóstico de neumonía, les serán proporcionadas por agentes de salud comunitarios. Pero para ser efectivos dichos agentes necesitan el apoyo de un servicio de atención sanitaria más amplio, compuesto asimismo por médicos, personal de enfermería y matronas.

## LLEGAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS MÁS VULNERABLES

Gobiernos y donantes tienen que abordar el acceso desigual a la asistencia sanitaria que existe dentro de los países, alentando a trabajadores sanitarios a aceptar puestos en lugares remotos y zonas con deficiencia de servicios. Esto significa crear incentivos – como gratificaciones económicas, más supervisión de apoyo, mejor equipamiento y una cadena operativa de suministro y remisión asistencial – para que vivir y trabajar en esos contextos difíciles resulte más atractivo.

Otra solución es delegar tareas, capacitando a trabajadores sanitarios de primera línea para que puedan asumir responsabilidades adicionales que les permitan salvar las vidas de más niños. La delegación de tareas puede extender el acceso a la asistencia sanitaria, especialmente en zonas con deficiencia de servicios donde existe una grave escasez de trabajadores sanitarios más altamente cualificados.

## UN SALARIO DIGNO PARA TODOS LOS TRABAJADORES SANITARIOS

En muchos países en desarrollo, los profesionales sanitarios reciben sueldos precarios.

En casi el 20% de los países analizados por UNICEF, el personal de enfermería apenas gana lo suficiente para mantenerse fuera del umbral de pobreza. Muchos trabajadores sanitarios se ven obligados a buscar ingresos complementarios, realizando dobles turnos o múltiples trabajos. La falta de un salario digno puede llevar a trabajadores sanitarios a cobrar a sus pacientes por el cuidado prestado, lo que a menudo significa que las familias más pobres no pueden permitirse pagar para que sus hijos enfermos sean atendidos.

Como alternativa, los trabajadores sanitarios buscan trabajos mejor pagados en otros lugares, dejando sus comunidades, su país o el sector sanitario por completo para proporcionar una vida mejor a sus familias.

Cualquiera que sea la labor del profesional sanitario, y cualquiera que sea su lugar de trabajo, los países tienen que asegurar que se les paga un salario mínimo, y que se reconoce la importancia del trabajo que realizan.

## MÁS FONDOS Y MEJOR FINANCIACIÓN PARA ASISTENCIA SANITARIA

Los países solamente pueden contratar, formar, desplegar y equipar a los trabajadores sanitarios necesarios para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, si invierten los fondos suficientes. En muchos casos, esto requerirá un incremento significativo de los gastos salariales del sector público y un aumento general del gasto en sanidad por parte de gobiernos y donantes.

Los gobiernos africanos tienen que cumplir su promesa de asignar al menos el 15% de sus

presupuestos nacionales a asistencia sanitaria, y asegurar que esta partida presupuestaria se traduce en mejores resultados. En los países más pobres, la ayuda proveniente de donantes continuará desempeñando un papel crucial, ya que el 15% de un presupuesto nacional insuficiente supone un presupuesto sanitario ineficiente. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que en 2015 costará 60 dólares per cápita proporcionar un paquete mínimo de asistencia sanitaria. Esta cifra es casi nueve veces la cantidad que el gobierno de la República Democrática del Congo gasta en sanidad por persona.

Abordar la crisis de personal sanitario también requerirá que los gobiernos y donantes gasten de manera más inteligente, y que centren sus acciones en zonas que tengan el potencial de conseguir el mayor impacto positivo en la salud de los niños y las niñas.

Los países en desarrollo deben dar prioridad al gasto en zonas que beneficien a los niños y niñas más pobres y marginados, y que haga frente a las causas clave de la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años.

Los donantes deben proporcionar ayuda a largo plazo en coordinación con las estrategias y los planes del país destinatario. Y allí donde sea el caso deben contribuir directamente al presupuesto sanitario. Los donantes también deben coordinarse mejor entre ellos mismos y racionalizar sus procedimientos de planificación, elaboración de informes y supervisión para reducir la carga administrativa que recae en los gobiernos destinatarios.

Es vital que cada niño tenga a su alcance un trabajador sanitario formado, equipado y apoyado adecuadamente. Lograr este reto exige compromiso mundial al más alto nivel político, y por parte de los países en el epicentro de la crisis de personal sanitario. La reunión de líderes mundiales que se celebrará este mes de septiembre con ocasión de la Asamblea General de la ONU, tiene que dar prioridad a la solución de dicha crisis. Un año después de la adopción de la Estrategia Mundial, se tiene que aprovechar la oportunidad para acelerar la contratación y formación de más personal sanitario para salvar las vidas de millones de niños y niñas.

# LA MAGNITUD DE LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO

## LA SALUD NO ES POSIBLE SIN PERSONAL SANITARIO

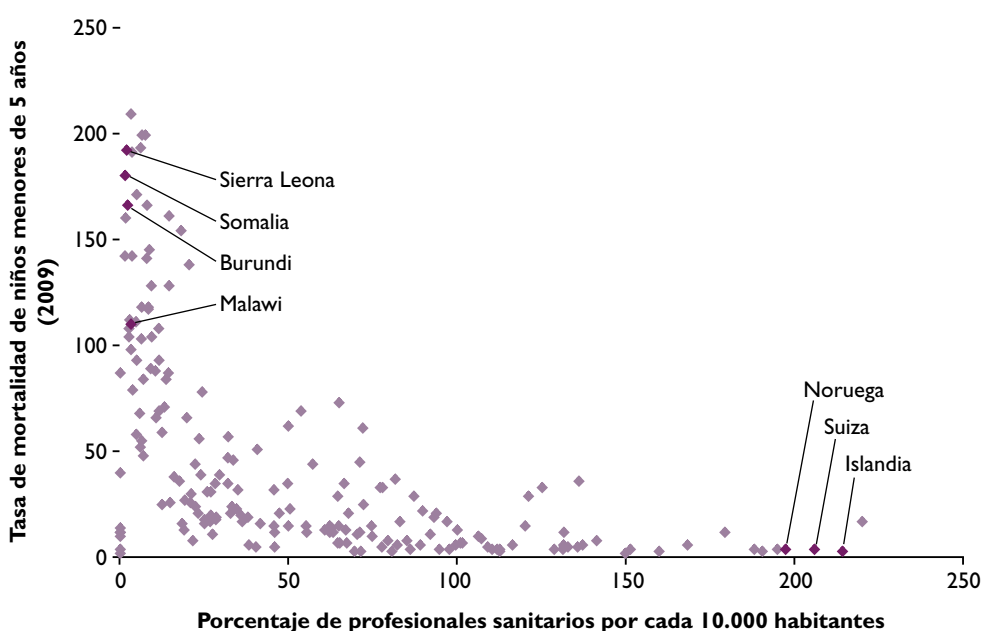
Los trabajadores sanitarios son cruciales para salvar las vidas de niños y niñas: son el elemento más importante de cualquier servicio sanitario y representan a menudo el factor determinante de que los niños y niñas vivan o mueran.

Sin ellos, no se pueden administrar vacunas, no es posible recetar medicamentos para salvar vidas, no hay posibilidad de obtener asesoramiento sobre planificación familiar y ninguna mujer podría recibir cuidado especializado durante el parto.

Sin trabajadores sanitarios, enfermedades como la neumonía y la diarrea – que pueden ser tratadas fácilmente por alguien con los conocimientos, las aptitudes, los recursos y el equipamiento adecuados – resultan mortales.

Ningún niño o niña debería morir porque no puede obtener ayuda de un trabajador sanitario, sin embargo, cada año mueren millones. Una grave escasez de 3,5 millones de médicos, personal de enfermería, matronas y agentes de salud comunitarios,<sup>6</sup> y el uso ineficaz de la fuerza laboral existente, constituyen las causas subyacentes de la crisis de personal sanitario en los países más pobres.

**Figura 1: Los países que cuentan con más profesionales sanitarios tienen menores tasas de mortalidad infantil**



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011

El número de trabajadores sanitarios y las expectativas de un niño o niña de alcanzar su quinto año de vida están estrechamente conectados (Figura 1). Por ejemplo, en Somalia, donde casi uno de cada cinco niños muere antes de la edad de cinco años, existen sólo 1,5 médicos, personal de enfermería o matronas para atender a cada 10.000 habitantes. En contraste Noruega emplea 188 médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10.000 habitantes, y solo un niño o niña de cada 250 no alcanzará su quinto aniversario de vida (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

Un niño o una niña en un país con suficientes matronas, personal de enfermería y médicos tiene cinco veces más probabilidades de llegar a la edad de cinco años, que en un país que tiene que hacer frente a una escasez grave de los mismos (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

## LA ESCASEZ MUNDIAL DE PERSONAL SANITARIO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número mínimo de médicos, personal de enfermería y matronas necesario para proporcionar servicios básicos de asistencia sanitaria esencial es de 23 por cada 10.000 habitantes. Los países más ricos sobrepasan este umbral varias veces – Reino Unido tiene 130 por 10.000 habitantes, Estados Unidos dispone de 125, Suecia cuenta con 152 (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

Sin embargo 61 países – un incremento respecto a los 59 de hace cinco años<sup>7</sup> – no lograron cumplir esta proporción, 41 de los cuales se encuentran en el África subsahariana (Save the Children, 2011b). Ghana tiene sólo la mitad de los trabajadores sanitarios que precisa, mientras que Sierra Leona dispone de menos de una décima parte (Save the Children, 2011b).<sup>8</sup>

**Figura 2: Los diez países con menor densidad de trabajadores sanitarios, y tres del grupo de países con mayor densidad**

País	Número de trabajadores sanitarios por cada 10.000 habitantes	Habitantes por trabajador sanitario
Guinea	1,4	7.143
Somalia	1,5	6.667
Níger	1,6	6.250
Sierra Leona	1,9	5.263
Burundi	2,2	4.545
República Unida de Tanzania	2,5	4.000
Etiopía	2,6	3.846
Liberia	2,8	3.571
Malawi	3,0	3.333
Chad	3,2	3.125
Estados Unidos	124,9	80
Reino Unido	130,4	77
Noruega	188,4	53

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011

Para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la mortalidad materno-infantil para el año 2015, y combatir el SIDA, la tuberculosis y la malaria, se ha estimado que es necesaria una cantidad adicional de 2,5 millones de médicos, personal de enfermería y matronas en 49 países de bajos ingresos, y aproximadamente

1 millón de agentes de salud comunitarios (Mills, 2009). Sin embargo, esta cifra debe ser considerada como el mínimo indispensable, ya que excluye varios países, como India, que se enfrentan a sus propios déficits muy importantes de trabajadores sanitarios (véase cuadro inferior).

## EL VACÍO DE TRABAJADORES SANITARIOS EN INDIA

El vacío estimado de 3,5 millones de trabajadores sanitarios se refiere a 49 países con bajos ingresos, y no refleja la escasez de trabajadores sanitarios en otros lugares. Es por lo tanto una estimación significativamente a la baja del vacío mundial de trabajadores sanitarios. En India, estimamos que es necesaria una cifra adicional de 2,6 millones de trabajadores sanitarios para cubrir los niveles mínimos de asistencia sanitaria primaria.\*

Los siguientes cuadros profesionales de trabajadores sanitarios están implicados en la asistencia sanitaria primaria y por lo tanto incluida en esta cifra se encuentran:

- Médicos empleados en centros de salud primaria.
- Auxiliares de enfermería-matronas que prestan cuidado materno y administran inmunizaciones.
- Trabajadores masculinos para tareas múltiples, quienes son responsables de muchas actividades de prevención y promoción de la salud.
- Trabajadores anganwadi que proporcionan una serie de servicios a niños y niñas menores de seis años y a mujeres embarazadas, tales como nutrición complementaria y supervisión del crecimiento.

- Activistas de salud social y activistas urbanos de salud social acreditados que son agentes de salud comunitarios voluntarios en zonas rurales y urbanas, respectivamente.

Según las cifras estimadas más recientes del número de trabajadores sanitarios existente, aportadas por las Estadísticas de Salud Rural (2009), el Ministerio de Desarrollo de la Mujer y del Niño (2011), y la Revisión Ordinaria Quinquenal de la Misión Nacional de Salud Rural (2010), todos estos cuadros profesionales anteriormente descritos sufren graves carencias de personal. Por ejemplo, según los datos de Estadísticas de Salud Rural relativos a 2009, solamente el 29% de los puestos de médicos de centros de salud primaria estaban cubiertos.

Además, se observa una tendencia a contar con menos trabajadores sanitarios en aquellos estados donde más se necesitan. En Madhya Pradesh, Uttar Pradesh y Bihar, donde las tasas de mortalidad infantil son especialmente altas, se constatan déficits de trabajadores sanitarios de asistencia primaria del 88%, 87% y 82%, respectivamente.

Los vacíos de trabajadores sanitarios son mayores en los estados más pobres, zonas rurales, remotas y montañosas, y regiones con poblaciones tribales.

\* Esta estimación toma como referente las necesidades de trabajadores sanitarios especificadas en las Normas de Salud Pública de la India y el XI Plan Quinquenal para asistencia sanitaria primaria.<sup>9</sup>

## HÉROE SANITARIO: DR. MOUROU, MÉDICO JEFE, NÍGER

El Dr. Mourou Arouna (fotografía inferior), está a cargo de un centro de estabilización para niños y niñas con malnutrición en Aguié, Níger. Este país sufre una de las tasas de mortalidad infantil entre niñas y niños pequeños más altas del mundo: uno de cada seis niños y niñas no vive para ver su quinto aniversario y casi la mitad de los niños y niñas sufre malnutrición crónica. Níger además tiene menos de dos médicos, personal de enfermería o matronas por cada 10.000 habitantes.

El centro de estabilización, apoyado por Save the Children, proporciona alimentación de emergencia para niños y niñas. El Dr. Mourou ha estado a cargo de todo el personal del centro desde 2007. Su jornada laboral comienza a las 7:30 de la mañana, asegurándose de que disponen de suficientes medicamentos para llevar a cabo los tratamientos matinales. A continuación comienza los reconocimientos médicos. Ve a cada niño y niña del centro, que en el momento más álgido de una reciente crisis alimentaria contaba con más de 100.

“Llegan nuevas admisiones al centro cada día,” explica. “Algunas veces me desplazo a los poblados a recogerlos, y otras veces los traen aquí. Los examino y prescribo el tratamiento a seguir. Ese es básicamente un día típico de trabajo. Puede que den las 8 de la tarde o más antes de que me vaya del centro.”

“Mi motivación es que soy trabajador sanitario, soy médico. Hice juramento de proporcionar asistencia sanitaria a aquellos que más lo necesitan. Y es este juramento el que me da fortaleza.”

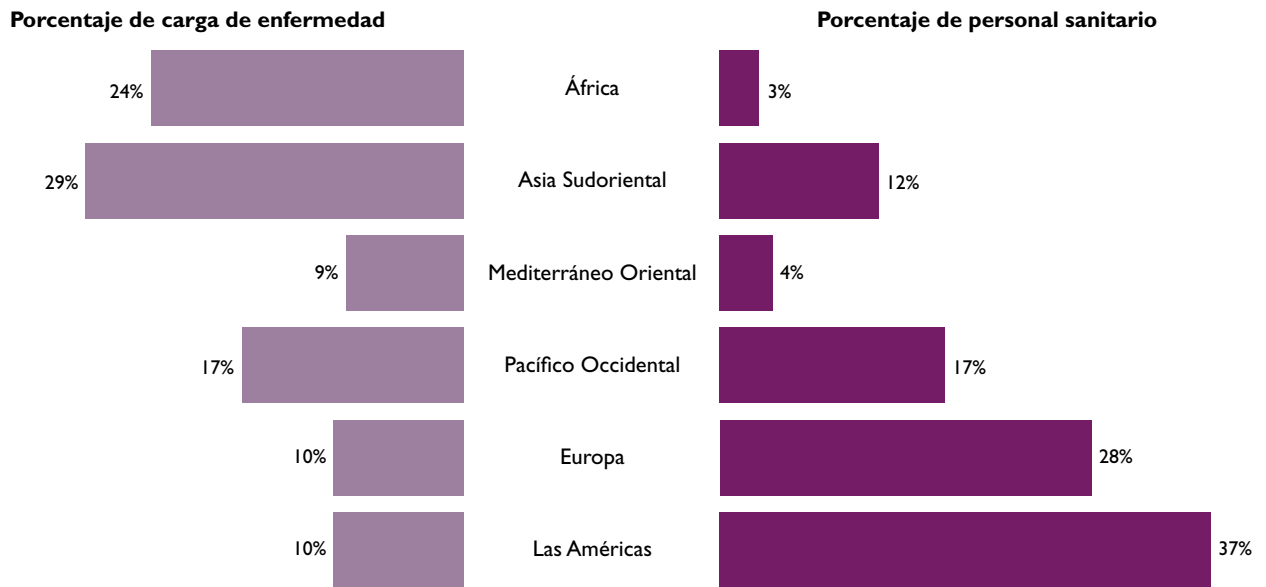
“Hoy en día, incluso si no me voy a casa hasta las 4 de la madrugada, si alguien me llama a las 4:05 y me necesitan, volveré.”

“Son los niños quienes me dan fuerzas. Estoy aquí por ellos.”

Fuente: entrevistas llevadas a cabo por personal de Save the Children en Níger, 2010.



FOTOGRAFÍA RACHEL PALMER/SAVE THE CHILDREN

**Figura 3: Porcentaje regional de carga mundial de enfermedad y personal sanitario**

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2004.

## ¿QUÉ ES UN TRABAJADOR SANITARIO?

## ¿QUÉ ES UN AGENTE DE SALUD COMUNITARIO?

La OMS define como trabajador sanitario a “todas las personas implicadas en la promoción, protección o mejora de la salud de la población” (Adams et al, 2003). Este informe se centra en los tipos de trabajadores sanitarios de importancia fundamental para la supervivencia infantil – agentes de salud comunitarios y voluntarios, matronas, personal de enfermería y médicos. Pero otros trabajadores sanitarios tales como auxiliares clínicos, farmacéuticos, cirujanos e incluso personal gestor y de apoyo constituyen también una parte importante en la prestación completa de servicios de asistencia sanitaria.

Aunque los agentes de salud comunitarios constituyen un colectivo muy heterogéneo, son por lo general trabajadores sanitarios no profesionales, contratados a iniciativa de las comunidades en las que prestan sus servicios. Proporcionan asistencia sanitaria básica y asesoramiento, incluidos servicios preventivos y terapéuticos tales como cuidado prenatal básico y educación sanitaria.

Los agentes de salud comunitarios normalmente reciben formación que está estandarizada nacionalmente y respaldada localmente, pero no disponen de educación médica profesional oficialmente certificada.

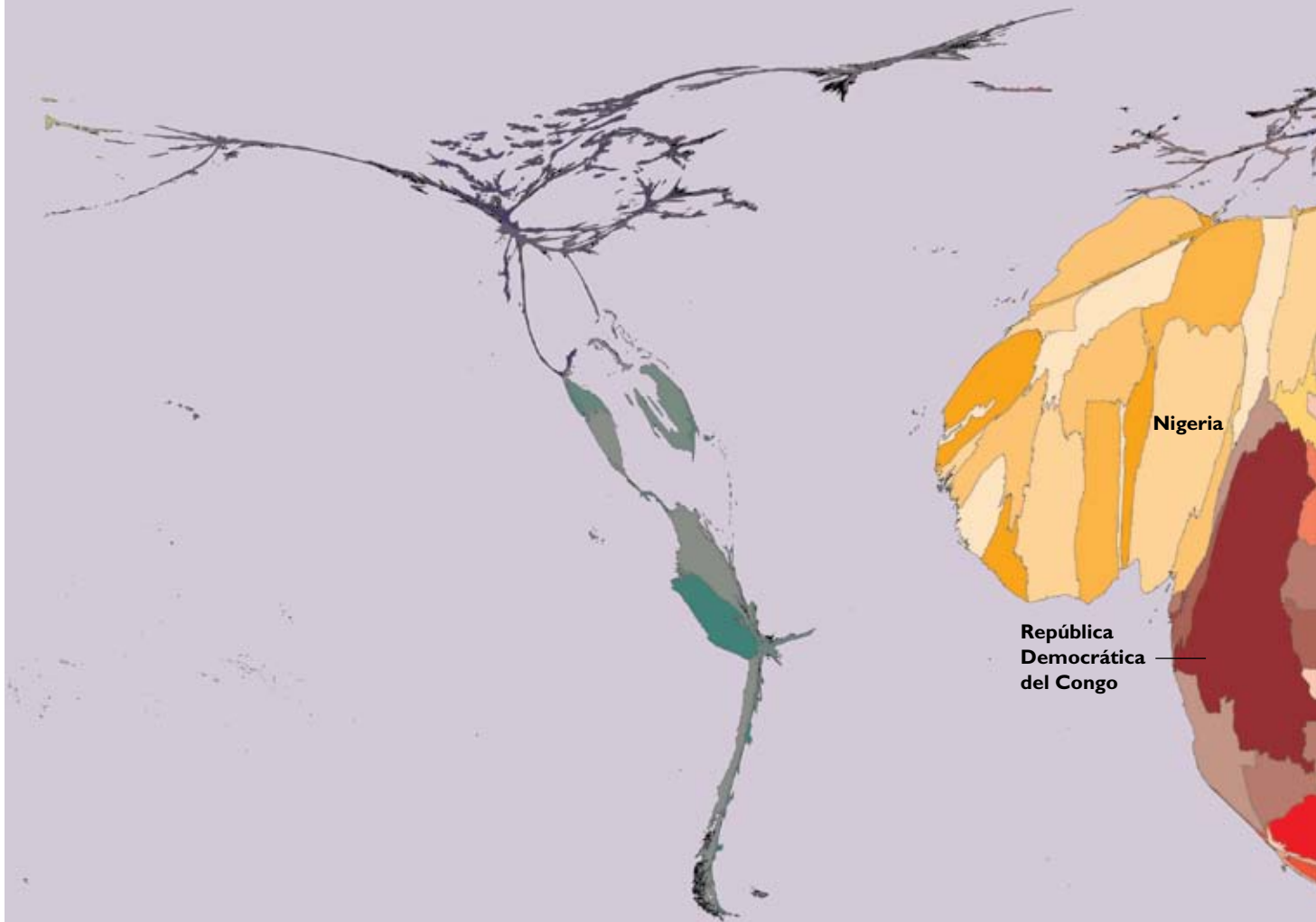
Desempeñan una labor muy importante al alentar a los miembros de sus comunidades a hacer el mejor uso de las instalaciones sanitarias disponibles y exigir su derecho a la salud. Asimismo pueden ayudar a abordar las inmensas desigualdades de acceso a la asistencia en zonas rurales, remotas y con deficiencia de servicios al operar como eslabón fundamental entre las familias y el sistema de asistencia sanitaria.

Sin embargo, no se les debe considerar como una alternativa barata o un arreglo rápido. Los agentes de salud comunitarios son más efectivos cuando forman parte de una “continuidad de la atención sanitaria” en la transición entre hogar y hospital, y requieren capacitación eficaz, apoyo gestor y remuneración adecuada.

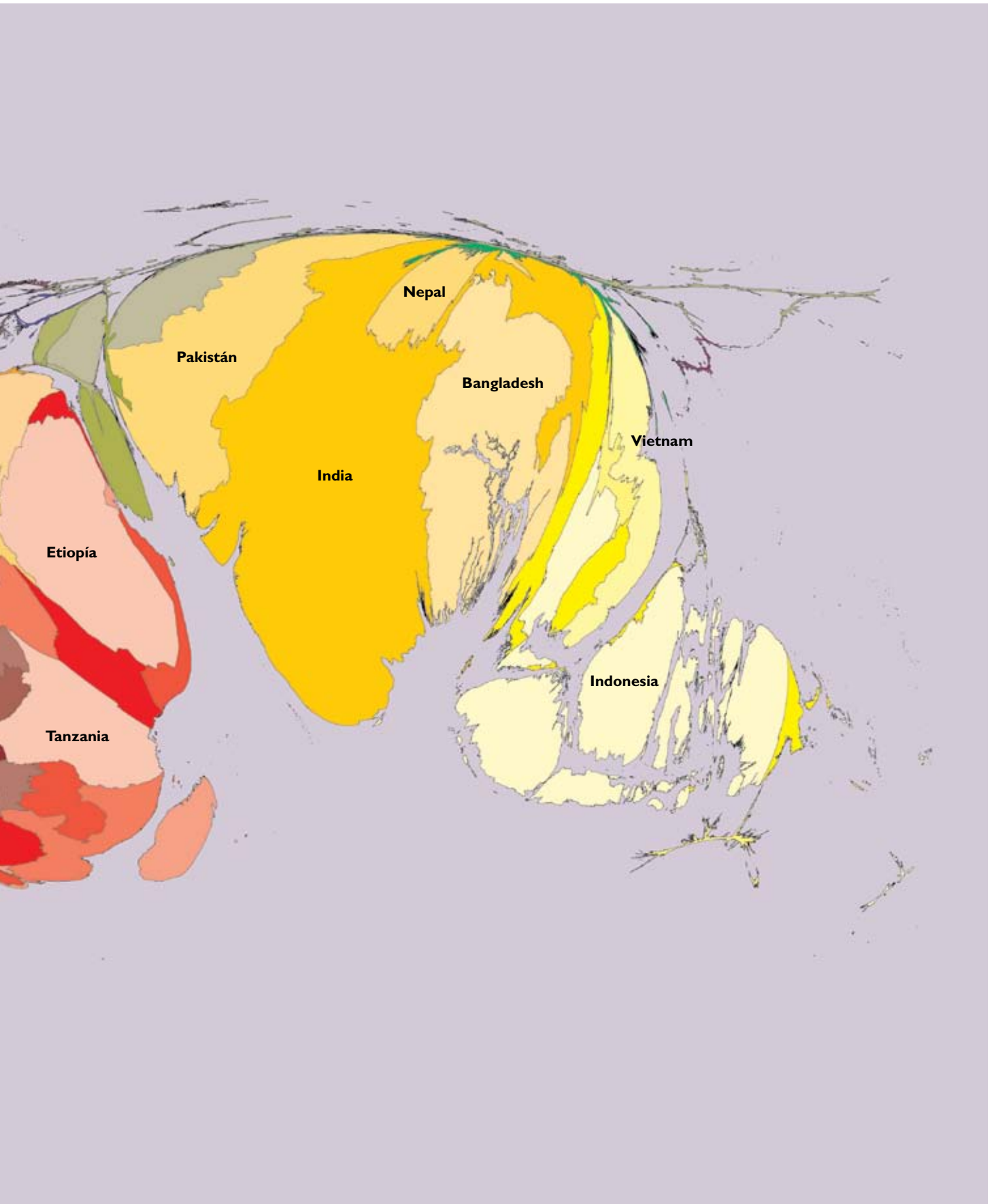


**Figura 4: Mapa mundial representando la escasez de personal sanitario por país**

**El tamaño de cada país está relacionado con el número de médicos, personal de enfermería y matronas que necesita para cumplir el ratio mínimo recomendado por la OMS de 23 por cada 10.000 habitantes.**



Mapa elaborado por *Worldmapper Project, Sasi Research Group* (Grupo de Investigación Sasi), Universidad de Sheffield. Para el cálculo de las cifras relativas a la escasez de personal se tomó como referencia el ratio mínimo recomendado por la OMS de 23 médicos, personal de enfermería y matronas por cada 10.000 habitantes, según datos del Atlas Mundial de la Salud (*Global Health Atlas*) y de población de las Naciones Unidas. En el caso de Sudán del Sur, se utilizaron datos extraídos del Plan de Desarrollo de Sudán del Sur (*South Sudan Development Plan*), el Plan de Desarrollo del Sector Sanitario, 2011 – 2013 (*Health Sector Development Plan*), 2011 (Borrador) y el Anuario Estadístico 2010 del Centro de Sudán del Sur para Censo, Estadísticas y Evaluación (*Southern Sudan Centre for Census, Statistics and Evaluation*).



En todo el mundo, 1.000 millones de personas nunca verán un trabajador sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2010e). Millones de niños y niñas de los países más pobres del mundo viven sin acceso a asistencia sanitaria básica, puesto que no existe un servicio sanitario operativo en sus pueblos o comunidades. Recientes análisis realizados por Save the Children muestran que llenar el déficit de 350.000 matronas, y contar con un profesional sanitario con conocimientos de asistencia en partos presente en cada nacimiento, salvaría cada año las vidas de 1,3 millones de bebés recién nacidos (Save the Children Reino Unido, 2011a). Llenar totalmente el vacío de trabajadores sanitarios salvaría las vidas de más millones de niños y niñas cada año.

## DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DE PERSONAL SANITARIO

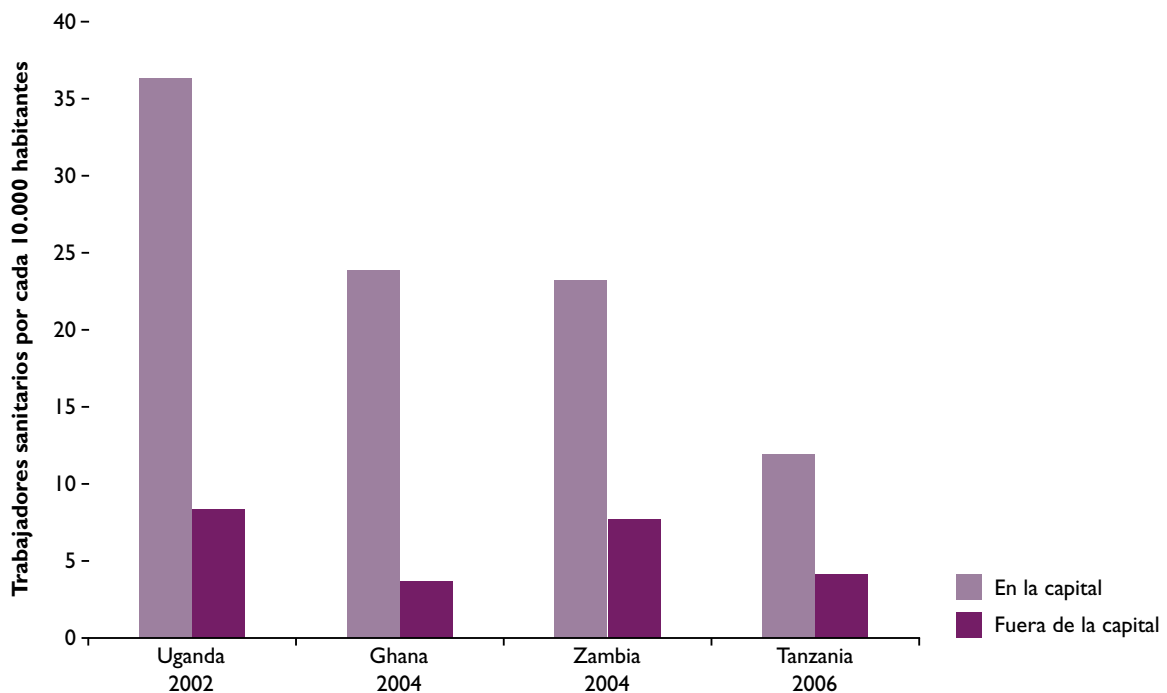
A menudo se constata una menor cantidad de trabajadores sanitarios allí donde más

urgentemente se les necesita. Esta realidad es patente a nivel mundial, haciéndose más evidente esta desproporcionada escasez en las regiones más pobres del mundo.

Aunque África cuenta con un tercio de la carga mundial de enfermedad materno-infantil, y un cuarto de la carga mundial de enfermedad, solamente el tres por ciento de los médicos, personal de enfermería y matronas del mundo trabajan en este continente (Organización Mundial de la Salud, 2010a). Este mismo modelo de disparidad se repite dentro de muchos países.

Para un niño o niña que vive en una comunidad pobre, remota o abandonada dentro de un país que padece una crisis de personal sanitario, la situación puede ser crítica. En la mayoría de los países de bajos ingresos, los relativamente pocos trabajadores sanitarios existentes tienden a trabajar en las capitales o zonas urbanas más acomodadas, dejando a los niños y niñas de comunidades rurales

**Figura 5: Número de trabajadores sanitarios por cada 10.000 habitantes dentro y fuera de la capital del país, en los países seleccionados**



**Ratio: en la capital y fuera de la capital**      4,5                      6,6                      1,4                      2,9

Fuente: Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Tanzania y Zanzíbar, 2007

y remotas y de las zonas urbanas más pobres sin cuidado profesional.

Las razones de esta distribución desigual son muchas y complejas. Incluyen malas condiciones de trabajo y sueldos inadecuados, así como el aliciente de mejores oportunidades en otras partes del país, fuera del sector de la sanidad pública o en el extranjero.

Como consecuencia, es probable que la clínica más cercana para muchos de los niños y niñas más vulnerables cuente con poco personal o no disponga del equipamiento necesario, y sea incapaz de atender eficientemente las necesidades de la población circundante.

Uganda es un ejemplo al respecto. En 2006, la capital Kampala tenía alrededor de cuatro veces más trabajadores sanitarios por persona que el resto del país (Ministerio de Sanidad de la República de Uganda, 2006). En Ghana en 2004, esta proporción alcanzó casi seis trabajadores sanitarios en Accra por cada trabajador sanitario fuera de la capital (Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Tanzania y Zanzíbar, 2007). Casi un tercio de todo el personal de enfermería de Bangladesh proporciona servicio a tan sólo el 15% de la población, que vive en cuatro centros urbanos (Zurn et al, 2004).

Cuarenta y seis por ciento de la población de Sudáfrica reside en zonas rurales, sin embargo sólo el 12% de los médicos y el 19% del personal de enfermería están disponibles para proporcionales atención sanitaria (Hamilton and Yau, 2004). En zonas con deficiencia de servicios dentro del territorio nacional, los niños y niñas cuentan con peores oportunidades de supervivencia. Por ejemplo, en Nigeria, un niño o niña en el estado de Jigawa tiene casi tres veces más probabilidades de morir que uno que vive en el vecino estado de Yobe, donde hay siete veces más trabajadores sanitarios por cada 10.000 habitantes (Oficina Nacional de Estadísticas de Nigeria, 2007). Esta distribución desigual de personal sanitario entre zonas urbanas y rurales perpetúa diferencias en resultados sanitarios entre ricos y pobres.

## LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO AFECTA MÁS DURAMENTE A LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Los niños y niñas sufren en mayor medida las consecuencias de la crisis de personal sanitario. Los bebés y niños y niñas pequeños son especialmente vulnerables a las enfermedades que ponen en riesgo sus vidas, y por lo general, necesitarán el cuidado cualificado de un trabajador sanitario más en sus primeros días, semanas y años que durante el resto de sus vidas.

Este cuidado incluye visitas postnatales, inmunización esencial contra enfermedades mortales de la infancia, suplementación de vitamina A y desparasitación.

Los niños y niñas son vulnerables a neumonía, diarrea y malaria en una mayor proporción. Sin diagnóstico y tratamiento adecuados por parte de un trabajador sanitario cualificado, estas enfermedades evitables y tratables pueden convertirse en causa de muerte rápidamente.

Las mujeres embarazadas también necesitan más contacto regular con personal sanitario que la media de población. Antes de que las mujeres se queden embarazadas, trabajadores sanitarios pueden proporcionales consejo sobre planificación familiar. Durante el embarazo un trabajador sanitario se puede cerciorar de que las mujeres están recibiendo la nutrición adecuada y supervisar el progreso de los bebés. Y durante el parto una matrona o asistente de parto cualificada desempeña un papel vital – identificando y tratando complicaciones, buscando ayuda si esas complicaciones son graves, y ayudando a cuidar del recién nacido.

Así pues, son los niños y niñas y sus madres los más afectados por la escasez de trabajadores sanitarios en países en desarrollo.

Por esta razón, es esencial poner fin a la crisis de personal sanitario si hemos de conseguir los ODM acordados internacionalmente, para reducir el número de niños y niñas que mueren antes de su quinto año de vida, en dos tercios, para el año 2015.

Una plantilla de trabajadores sanitarios no se puede transformar de la noche a la mañana. Llevará varios años contratar y formar a la cantidad necesaria, por lo que se tiene que tomar acción ya, para asegurar que se cuenta con los suficientes médicos, personal de enfermería, matronas y agentes de salud comunitarios operativos en el año 2015. Aunque se está avanzando al respecto, el vacío de trabajadores sanitarios no se está reduciendo con la suficiente rapidez como para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

## PERSONAL SANITARIO Y SISTEMAS DE SALUD

La capacidad de un sistema de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de su población depende del tamaño, capacitación, despliegue y compromiso de su personal.

Cualquier intento a gran escala para mejorar el acceso a medicamentos esenciales o planificación familiar, incrementar inmunización, o introducir nuevos tratamientos corre el riesgo de fracasar si no se cuenta con el suficiente personal sanitario para proporcionar estos servicios eficazmente.

No obstante, los trabajadores sanitarios son sólo un elemento del sistema sanitario de un país. Para ser completamente eficaces necesitan formar parte de una red asistencial que disponga de:

- Infraestructura operativa.
- Sistemas de información y vigilancia sanitaria sólidos.
- Suministro seguro de medicamentos, vacunas y tecnologías.
- Financiación suficiente y justa.
- Buena gestión, liderazgo y gobernanza.

Todos estos pilares de un sistema sanitario efectivo requieren inversión. Al mismo tiempo, en muchos países una escasez de trabajadores sanitarios a menudo congestiona los servicios, y dificulta cualquier mejora adicional de la sanidad global. Los proyectos denominados de rápido retorno de la inversión – tales como aumentar el suministro de medicinas o construir un nuevo centro – pueden fracasar si se pasa por alto la capacidad de la

plantilla sanitaria existente de atender a una niña o niño enfermo que acude a la clínica y recetarle las medicinas que necesita para recuperarse.

Invertir en trabajadores sanitarios es una tarea a largo plazo. Mientras que algunas intervenciones – tales como sales de rehidratación oral para tratar la diarrea, o antibióticos para la neumonía – generan resultados beneficiosos inmediatos, en otras debe pasar un intervalo de tiempo entre cualquier incremento significativo en el número y capacidad de los trabajadores sanitarios y la obtención de resultados positivos gracias a esa inversión en personal.

Esta regla es especialmente cierta en el caso de trabajadores especializados como médicos, que requieren varios años de formación en instalaciones costosas. Pero es también el caso de personal no profesional menos cualificado como agentes de salud comunitarios, que también requieren formación y apoyo gestor para desempeñar su labor eficazmente.

## TIEMPO PARA LA ACCIÓN

Existe consenso mundial respecto a la necesidad de una fuerza laboral sanitaria mayor que cuente con mejor apoyo para alcanzar los ODM relacionados con la salud.

Desde que en 2006 la OMS dedicara su informe bial a este tema (Organización Mundial de la Salud, 2006), se ha vuelto a enfocar la atención en las medidas a aplicar para que los países puedan superar esta crisis de personal sanitario. Ya se han realizado compromisos políticos en respuesta a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño de la Secretaría General de la ONU, que fue puesta en marcha en el evento “Cada Mujer, Cada Niño” (*Every Woman, Every Child*), en septiembre de 2010.

Líderes de varios países en desarrollo y donantes, además de organizaciones internacionales, realizaron compromisos específicos para abordar la crisis de personal sanitario. Por ejemplo, Australia se comprometió a financiar trabajadores sanitarios

## HEROÍNA SANITARIA: SADYA NAEEMI, MATRONA, AFGANISTÁN

Sadya Naeemi\* (fotografía inferior), trabaja como matrona en un distrito rural del norte de Afganistán. Fue la única mujer en su distrito que finalizó la educación secundaria, y su comunidad la eligió para que asistiera a la escuela de matronas. En 2009, retornó a su pueblo donde es la única matrona en el único centro de salud y proporciona cobertura las 24 horas. En junio fue una de las ganadoras del Premio Matrona Save the Children 2011.

Sadya explica: “Quería convertirme en matrona porque mi pueblo está situado en una ubicación remota, con una carretera de acceso muy polvorienta y mala. Es por lo que ninguna matrona quiere desplazarse hasta allí.”

“Noté que la mortalidad de recién nacidos y madres es muy alta y que la gente nos necesitaba. Mi trabajo es importante para mí ya que las mujeres constituyen una parte muy

importante de la sociedad. Soy la única matrona que habla el idioma local. Todos estos factores me motivaron a convertirme en matrona y servir a mi pueblo.”

El hospital más cercano se encuentra a cinco horas en coche, y Sadya ha salvado las vidas de mujeres y sus hijos que no hubieran sido capaces de llegar a tiempo al hospital. La mayoría de las mujeres dan a luz en casa, bien con una asistente de parto tradicional, algún familiar o solas.

Convencer a los hombres para que permitan a sus mujeres acudir al centro de salud implica cambiar años de tradición. Gracias a los esfuerzos de Sadya, más y más mujeres están viniendo gradualmente, dando como resultado un aumento en el cuidado prenatal, en los nacimientos en el centro de salud, y cuidado postnatal.

\* Se ha cambiado el verdadero nombre de Sadya como medida de seguridad

Fuente: entrevistas llevadas a cabo por personal de Save the Children en Afganistán, 2011



FOTOGRAFÍA: FARZANA WAHIDY

calificados, incluidas matronas; Kenia manifestó que contrataría y distribuiría 20.000 trabajadores sanitarios de atención primaria adicionales; y Save the Children se comprometió a apoyar la formación de 400.000 trabajadores sanitarios.<sup>10</sup>

El reto ahora para los gobiernos de países ricos y pobres por igual es cumplir estos compromisos específicos, poner en práctica iniciativas a gran escala y evidenciar con pruebas que se están capacitando y contratando a trabajadores sanitarios en una escala que acelerará el progreso encaminado a llenar el vacío existente.

El impulso generado por la Estrategia Mundial tiene que avivarse en estos momentos. En la Asamblea General de la ONU de septiembre, un evento de alto nivel apoyado por Save the Children y otros grupos, se reunirán gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y miembros del sector privado para asegurar que se acuerda acción concreta frente a la crisis de personal sanitario.

Será una plataforma para aquellos que ya han realizado compromisos para demostrar sus avances, y dará una oportunidad a otros países para dar un paso hacia delante y adoptar planes precisos que aseguren que todos los niños y niñas se encuentran dentro del ámbito de actuación de un trabajador sanitario capacitado.

Conseguir este objetivo requerirá esfuerzos renovados para asegurar que cada país cumple la proporción mínima de trabajadores sanitarios necesaria para proporcionar asistencia sanitaria básica, y que los trabajadores sanitarios son distribuidos, formados y equipados para combatir las causas clave de muerte y enfermedad infantil.

Este objetivo solo puede hacerse realidad si gobiernos y donantes trabajan para abordar los asuntos de sueldos inadecuados, difíciles condiciones de vida y laborales, apoyo, formación y equipamiento insuficientes y escasas oportunidades para la evolución profesional de los trabajadores sanitarios.

# CAUSAS DE LA CRISIS

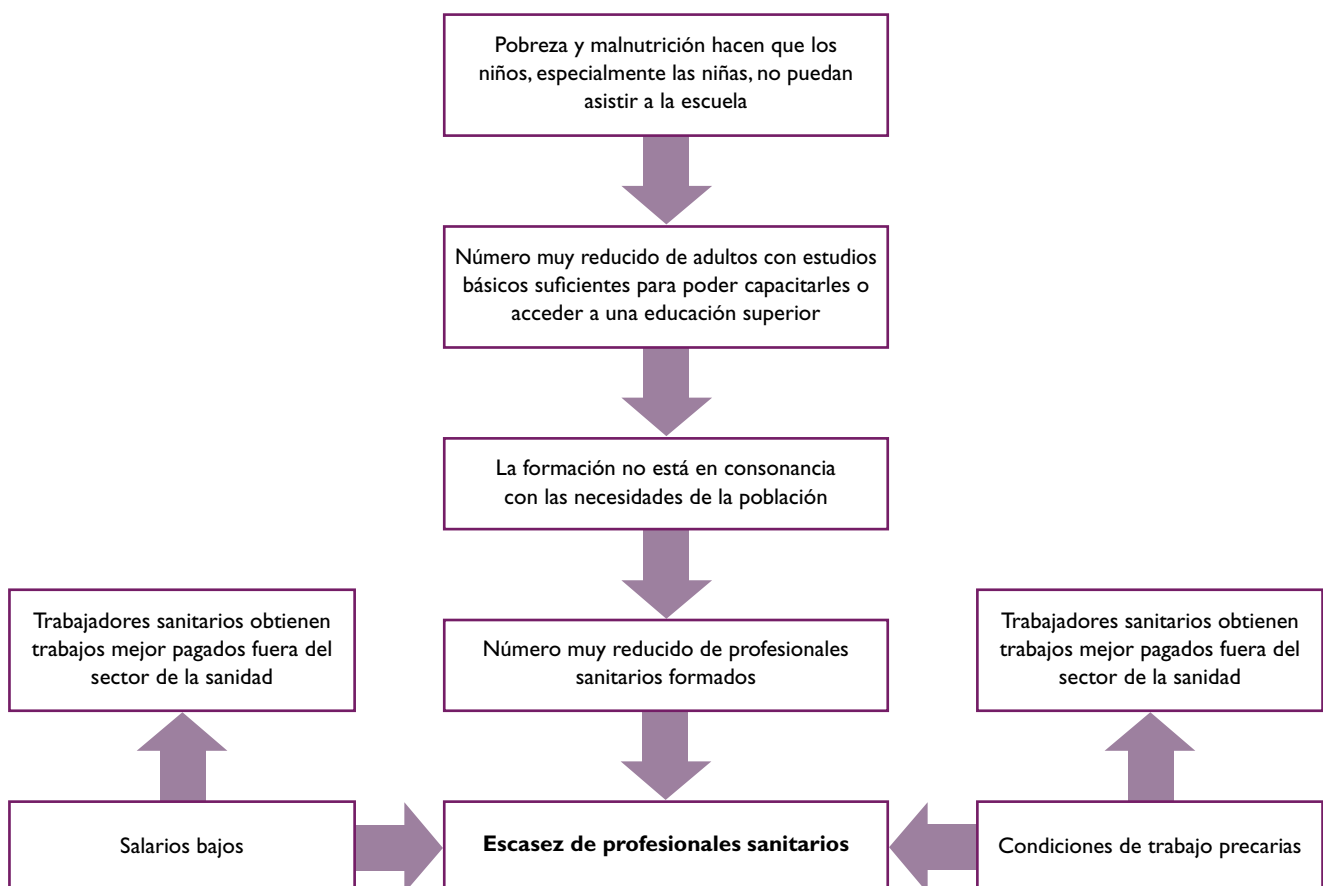
Las razones subyacentes de la crisis de personal sanitario son variadas y están entrelazadas, y explican por qué millones de niños y niñas en las zonas más pobres del mundo aún carecen de acceso a cuidado sanitario que podría salvar sus vidas. Estas razones incluyen: la falta de educación y capacitación, malas condiciones laborales y precariedad salarial, el aliciente de mejores oportunidades en otros lugares y una falta crónica de inversión en el sistema sanitario y en sus trabajadores.

## FALTA DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

En muchos países de bajos ingresos, los deficientes niveles y la escasa calidad de la educación contribuyen a la grave escasez de trabajadores sanitarios.

En los países más pobres solamente una pequeña proporción de niños y niñas alcanza los niveles de

**Figura 6: Factores que influyen en la escasez y distribución desigual de profesionales sanitarios**





educación necesarios para acceder a la formación oficial como enfermera o médico, y normalmente existe un número muy reducido de instituciones de formación médica, y las que existen a menudo no están equipadas adecuadamente con los recursos requeridos. Por ejemplo, mientras que en Europa se forman cada año 173.000 médicos, en África esta cifra es de tan sólo de 5.100 (Acción por la Salud Global, 2010).

Muchos países no disponen de la capacidad ni para formar a suficientes personas para convertirse en trabajadores sanitarios, ni para proporcionar formación efectiva y práctica en el sector para que trabajadores cualificados puedan desarrollar y mejorar su capacitación.

Se necesitan urgentemente más agentes de salud comunitarios para prestar servicios de asistencia sanitaria básicos, especialmente en comunidades que están fuera del alcance de la mayoría de prestaciones sanitarias. Formar a un agente de salud comunitario lleva mucho menos tiempo que a un médico, enfermera o matrona. Sin embargo existe a menudo una falta de capacidad y compromiso para proporcionar formación básica a estos agentes de salud comunitarios – que en su mayoría dependen de miembros del sistema sanitario oficial, tales como médicos y personal de enfermería. En parte porque la formación inicial previa al ejercicio de su labor que se imparte a los agentes de salud comunitarios es a menudo relativamente breve, continuar capacitándoles es de vital importancia para asegurar que los conocimientos y las aptitudes adquiridos se consolidan y perfeccionan.

Mundialmente, se estima que se necesita una cifra adicional de 1 millón de agentes de salud comunitarios para hacer frente al déficit de 3,5 millones de trabajadores sanitarios en 49 de los países más pobres. Esto hace de las estrategias para formar a agentes de salud comunitarios, un elemento fundamental de los planes nacionales relativos a la fuerza laboral sanitaria.

## BAJO SUELDO, INCENTIVOS INSUFICIENTES

*“Para funcionarios gubernamentales tales como médicos, personal de enfermería y profesores, ser destinado a [la zona rural de] Melghat es como un ‘castigo’.”*

Dr. War, estado de Maharashtra, India

Aquellos que desean convertirse en trabajadores sanitarios en un país pobre o en una parte rural remota de un país en desarrollo se enfrentan a la perspectiva de trabajar en un centro de salud con poco personal, deficientemente equipado, con una inmensa carga de tareas asignadas y escaso apoyo u oportunidad de promoción profesional.

De aquellos que de hecho se convierten en trabajadores sanitarios en países en desarrollo, muchos abandonarán el sector sanitario debido a las malas condiciones salariales y laborales. Esta alta tasa de desgaste laboral empeora esta crisis, y afecta a la distribución de trabajadores sanitarios tanto entre países como dentro del territorio nacional.

Las razones que determinan la elección del trabajo y ubicación de un trabajador sanitario son complejas y variadas (Iniciativa Conjunta de Aprendizaje, *Joint Learning Initiative*, 2004). Se pueden dividir en factores de repulsión y atracción, que o bien fuerzan a los trabajadores a salir de un entorno o les atraen hacia otro.

Para trabajadores sanitarios, salarios bajos, falta de vivienda, condiciones escolares inadecuadas para sus hijos e hijas, reducidas perspectivas de promoción profesional, deficiente gestión y falta de apoyo se encuentran entre los factores de repulsión más comunes.

Oportunidades simultáneas de más altos salarios, promoción profesional, o mejores condiciones de trabajo y vida son fuertes factores de atracción que impulsan a trabajadores sanitarios a trasladarse a otro lugar (Iniciativa Conjunta de Aprendizaje, *Joint Learning Initiative*, 2004).

Martin trabaja en un dispensario de la provincia nororiental de Kenia. Su situación es similar a la de

## SAMA, AGENTE DE SALUD COMUNITARIA, CHINA

Sama es una “médico” rural del sur de Sichuan, China. Es responsable de seis aldeas de la comunidad Yi que se encuentran en los alrededores de su pueblo. Visita cada aldea al menos una vez al mes para llegar a niños y niñas y sus familias en las zonas más remotas, lo que puede llevarle hasta tres horas de enérgica caminata por las montañas.

Nos cuenta: “Algunas veces las personas me llaman por la noche y tengo miedo de salir ya que las sendas son escarpadas. Es especialmente difícil, ya que a veces atiendo el parto de dos o tres bebés al mes, por lo que también tengo que llevar mi equipo para el parto. Si surge alguna complicación le aconsejo a la familia que

lleven a la madre a un hospital cercano, si no podría morir en casa. Muchas personas no saben que el parto en el hospital es gratuito para los habitantes de zonas rurales.”

La única formación que Sama ha recibido fue hace 20 años, cuando fue una de las primeras personas de su pueblo en recibir formación médica básica durante unos cuantos meses. Gana solamente 40 RMB (unos 6 dólares) al mes, por lo que para sobrevivir pasa la mayor parte de su tiempo ayudando en la granja familiar, plantando maíz y criando cerdos.

“La gente de aquí es demasiado pobre como para darme nada,” comenta.

Fuente: entrevistas llevadas a cabo por personal de Save the Children en China, 2011.



FOTOGRAFÍA: SAVE THE CHILDREN

muchos trabajadores sanitarios en África. Es el único trabajador sanitario en el dispensario, pero a pesar de trabajar 60 horas semanales no le es posible alimentar a su familia de cinco miembros con su salario de 24.000 shillings kenianos (265 dólares) al mes.

“Mi salario es muy bajo” declara Martin. “No me permite ni siquiera atender las necesidades básicas de mi familia. Me siento saturado de trabajo, soy el único trabajador del dispensario y no tengo tiempo libre para descansar. El dispensario carece incluso de provisiones básicas y se agotan los medicamentos.”

“Está en una zona muy remota y me siento apartado del resto del mundo. Tengo muy pocas oportunidades de crecimiento profesional. Cuando trabajas aquí, las oportunidades de promoción son muy limitadas.”

En cualquier parte del mundo recibir un salario adecuado constituye un componente importante de la satisfacción laboral. En los países ricos, el sector sanitario ofrece habitualmente salarios por encima de la media nacional: en el Reino Unido, los salarios del personal de enfermería y de los médicos de medicina general se sitúan en el tercer y primer quintil salarial más alto, respectivamente (Oficina Nacional de Estadísticas, 2010). Aunque las horas de trabajo son elevadas y la cantidad de trabajo a menudo es intensa, el salario de los profesionales sanitarios en los países donantes normalmente les permite lograr un nivel de vida aceptable que refleja los muchos años de educación y capacitación.

Éste no es el caso de muchos países en desarrollo. Incluso los trabajadores sanitarios altamente cualificados a menudo viven una existencia precaria, y a veces se ven obligados a realizar dos trabajos para complementar sus ingresos y mantener a sus familias por encima de la pobreza extrema. En casi el 20% de los países analizados por UNICEF, el personal de enfermería apenas gana lo suficiente para mantenerse fuera del umbral de pobreza (UNICEF, 2010). En Pakistán, “trabajadoras sanitarias” recibían inicialmente un sueldo de menos de 30 dólares al mes – un dólar al día, menos de la mitad del salario mínimo – aunque la huelga que protagonizaron en julio de 2011 ha llevado a

una mejora. En un periodo de 10 años, los sueldos reales de funcionarios civiles, incluidos trabajadores sanitarios, han disminuido en 26 de los 32 países de los que se dispone de datos (McCoy et al, 2008).

Los salarios de los trabajadores sanitarios en el sector público pueden ser terriblemente bajos. Algunos, comprensiblemente, complementan su sueldo asistiendo a formación o reuniones externas organizadas por ONGs que pagan en metálico. Estos eventos pueden no ser siempre un uso eficiente del tiempo de los trabajadores sanitarios, y significa que no están disponibles para proporcionar asistencia sanitaria a la comunidad temporalmente (Riddle, 2010).

Aunque es difícil obtener pruebas que así lo verifiquen, en algunos lugares donde los servicios de salud se prestan ahora gratuitamente para promover el acceso equitativo, trabajadores sanitarios mal pagados podrían tener más tendencia a cobrar honorarios extraoficiales directamente a los pacientes para aumentar sus ingresos. Estos cobros de organizaciones no están regulados y son a menudo ilegales. La carga en este caso recae en el paciente, sin tener en consideración su capacidad para pagar (Campbell et al, 2009). Como resultado, las familias más pobres no pueden permitirse pagar los tratamientos para salvar las vidas de sus hijas e hijos enfermos (Borghi et al, 2004).

Mata, del estado de Níger, Nigeria, dice que trabajar como enfermera es un reto diario. “Estamos acostumbrados a hacer frente a escasez de medicinas, y el personal no está motivado a causa de los bajos sueldos y la dureza general que entraña vivir aquí,” explica.

“Es como si el funcionamiento adecuado de las instalaciones de asistencia sanitaria no le importara a nadie – todo el mundo intenta hacer valer sus propios intereses para conseguir más dinero.”

Algunos trabajadores sanitarios intentan trabajar en clínicas de salud privadas que operan con ánimo de lucro, cobrando honorarios a los pacientes por servicios de alta calidad, alejándose del ámbito de alcance de familias pobres. Otros buscan trabajos en organizaciones sin ánimo de lucro, tales como

ONGs o iglesias, que ayudan a proporcionar servicios de salud en países en desarrollo, especialmente en zonas remotas. Aunque estas organizaciones pueden que no cobren a los pacientes por los servicios de sanidad que prestan, a menudo ofrecen mejor salario y condiciones que los centros gubernamentales, llevando al personal fuera del sector de la sanidad pública.

Angela, una administradora enfermera jefe del Hospital de Personal Federal de Abuja en Nigeria, comenta como hospitales privados, ONGs y organismos internacionales son capaces de proporcionar salarios y condiciones mucho mejores que los centros públicos, y son la principal fuente de “fuga de cerebros” en la plantilla sanitaria.

Explica:

*“Lo que estas organizaciones pagan no se puede ni siquiera comparar con lo que el gobierno nos paga. Pero no solamente eso, es que además dan al personal la oportunidad de perfeccionarse e involucrarse en la toma de decisiones para aportar con confianza lo mejor de ellos mismos.”*

*“Envían al personal a formación y cursos pero aquí, cuando solicitamos formación al ministerio, nos dicen que no tienen dinero. Incluso cuando existen oportunidades y estamos dispuestos a pagarlo de nuestro bolsillo, si estamos asistiendo a cursos de formación no habrá nadie que haga nuestro trabajo.”*

Los salarios son también uno de los factores más importantes que influyen en el flujo de trabajadores sanitarios fuera de un país. Esto no sorprende demasiado cuando las diferencias de salarios son tan grandes: un médico en Zambia podría ganar 25 veces más si trabajara en Estados Unidos; una enfermera, casi 30 veces más (Vujicic et al, 2004).

Los salarios obviamente motivan a los trabajadores sanitarios a quedarse o trasladarse: en Ghana, por ejemplo, el 81% de los trabajadores sanitarios manifestaron que permanecerían en sus país si tuvieran un mejor salario, opinión secundada por el 84% en Uganda y el 78% en Sudáfrica (Organización Mundial de la Salud, 2003). Un estudio en seis países africanos documentó que la mayoría de los

trabajadores sanitarios tiene la intención de emigrar para conseguir salarios más elevados (Hongoro and Normand, 2006).

Si se materializan tales intenciones pueden dejar el sistema de sanidad nacional con una terrible falta de personal. Una asombrosa proporción de la plantilla sanitaria de algunos países se traslada a trabajar al extranjero: 81% del personal de enfermería de Liberia, 78% del personal de enfermería de Burundi, 75% de los médicos de Mozambique y casi el 60% de los médicos de Zambia trabajan fuera de su país de origen (Clemens and Pettersson, 2006). El movimiento de trabajadores sanitarios no se está produciendo únicamente entre países desarrollados y en desarrollo, sino también entre regiones y a países vecinos que ofrecen mejores perspectivas profesionales.

## FINANCIACIÓN INSUFICIENTE

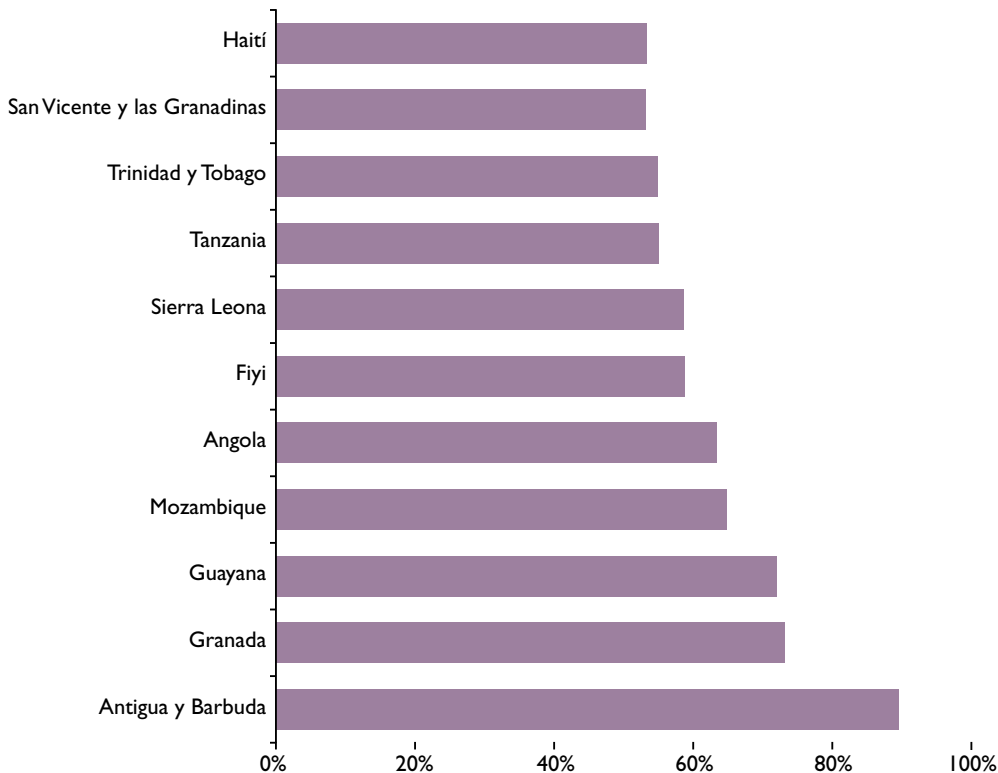
Una escasez de trabajadores sanitarios y el uso ineficaz de los trabajadores sanitarios existentes, a menudo refleja una falta crónica de inversión en el sector sanitario en su conjunto. Pagar salarios regulares y sostener una plantilla sanitaria es un coste fijo muy importante que sólo puede conseguirse cuando una proporción significativa del presupuesto gubernamental se asigna a salud, y a su vez una significativa porción de esa dotación presupuestaria para salud se destina a contratación, formación, remuneración y apoyo al personal.

Los trabajadores sanitarios generalmente representan la mayor parte del gasto sanitario. En Etiopia, el salario de los trabajadores sanitarios representa el 59% del presupuesto gubernamental fijo en salud, 56% en Liberia, 66% en Laos, y 76% en Mozambique (Tyrell et al, 2010. Organización Mundial de la Salud, 2011a).

En la mayoría de los países con crisis de personal sanitario, el gobierno no ha dado prioridad a la salud ni ha sido capaz de asignar suficientes fondos del presupuesto nacional a este sector.

En 2001, líderes de gobiernos africanos se reunieron en Abuja y se comprometieron a dedicar el

**Figura 7: Once países con los mayores porcentajes de médicos expatriados en países de la OCDE**



Fuente: International Migration Outlook SOPEMI 2007. Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2007

15% de sus presupuestos nacionales a sanidad (Unión Africana, 2001). Sin embargo, hasta la fecha, solamente ocho países han cumplido este compromiso (Organización Mundial de la Salud, 2011b).

La responsabilidad de contratar, formar y mantener la fuerza laboral sanitaria de un país es principalmente responsabilidad del gobierno de ese país. Los países en desarrollo tienen que hacer de la salud una prioridad nacional y reflejar esta voluntad en la asignación de los recursos.

Sin embargo, en algunos de los países más pobres, incluso donde el objetivo del 15% de gasto gubernamental en asistencia sanitaria se ha cumplido, la cantidad de dinero disponible sigue siendo demasiado baja para proporcionar un nivel de calidad sanitaria decente.

En definitiva, el 15% de un presupuesto nacional insuficiente supone un presupuesto sanitario

ineficiente. En 2008, la República Democrática del Congo destinó el 17,5% del gasto público a salud, que traducido en gasto por persona arroja una irrisoria cifra de tan solo 7 dólares por persona. El gasto del 17,2% de Liberia resultó en tan sólo 9 dólares por persona por año.

En contraste, el Reino Unido gasta 2.500 dólares por persona por año en salud, Suecia más de 3.000 dólares, y Dinamarca, Noruega y los Estados Unidos casi doblan esa cantidad (Organización Mundial de la Salud, 2011b). LA OMS estima que para el 2015, el gasto mínimo requerido para cumplir las necesidades básicas sanitarias de un país será de 60 dólares por persona (Organización Mundial de la Salud, 2010c).

Los niveles actuales de financiación por parte de los países de bajos ingresos, incluso cuando hacen un esfuerzo significativo, normalmente no pueden cubrir los costes totales de asistencia sanitaria básica.

**Tabla 1: Los diez países con menor gasto en salud por porcentaje en relación al gasto total gubernamental y gasto sanitario per cápita**

País	Porcentaje del gasto gubernamental en sanidad en proporción con el gasto gubernamental total (2008)	País	Asignación gubernamental para salud per cápita (en dólares) (2008)
Myanmar (Birmania)	0,7	Guinea	3
Azerbaiyán	2,5	Sierra Leona	3
Eritrea	3	Eritrea	4
Irak	3,1	Bangladesh	5
Pakistán	3,1	Guinea-Bissau	5
Afganistán	3,7	República Democrática Popular Lao	6
República Democrática Popular Lao	3,7	Burundi	7
Guinea-Bissau	4	República Democrática del Congo	7
Sierra Leona	4,2	Etiopía	7
Guinea	4,3	Pakistán	7

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011

La capacidad de los países más pobres para cumplir las necesidades de su personal sanitario se ve a menudo obstaculizada por condiciones fiscales demasiado restrictivas propias de los programas del Fondo Monetario Internacional (FMI). Si los países más pobres han de superar su déficit de personal sanitario, es necesario incrementar la cantidad y calidad de la ayuda de los donantes, y contar con políticas macroeconómicas más liberales.

## PROMESAS INCUMPLIDAS

En este momento existe un claro consenso, reflejado en la Estrategia Mundial, de que los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la sanidad no se pueden conseguir si no se aborda también la crisis de personal sanitario (Anexo I). Los principales cambios que resolverán esta crisis necesitan venir de los propios países en desarrollo. Los donantes tienen una responsabilidad compartida para cubrir las necesidades de los trabajadores sanitarios, especialmente en los países más pobres que dependen en gran medida de esa ayuda.

Dado el clima económico actual, los presupuestos para ayuda oficial de muchos países ricos se están recortando, y por consiguiente el apoyo a los

trabajadores sanitarios corre el riesgo de verse reducido. Si todos los donantes siguieran el ejemplo mostrado por Noruega, Suecia, Dinamarca, Holanda y Luxemburgo, y cumplieran el objetivo de la ONU de donar el 0,7% de sus ingresos nacionales en ayuda, la comunidad internacional tendría mucho más ámbito de acción para responder rápida y flexiblemente a la crisis de personal sanitario.

Las promesas incumplidas de ayuda entrañan una dramática repercusión para la salud infantil. Aunque la ayuda para salud materna, del recién nacido e infantil se ha duplicado desde 2003 ascendiendo a 5.400 millones de dólares en 2008, 60% proveniente de Reino Unido y Estados Unidos, esta cifra aún solo representa cuatro centavos y medio por cada dólar del gasto mundial en ayuda, y es solamente un tercio de lo que se necesita para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud identificados en la Estrategia Mundial (Pitt et al, 2010).

La ayuda donada para financiar la asistencia sanitaria a menudo elude llegar a los países con mayores necesidades: los países con bajos ingresos solo reciben un tercio de la ayuda total para sanidad, incluso si estos países sufren los retos más severos y urgentes de salud (Mills, 2009).

## AYUDA INEFICAZ

Con demasiada frecuencia, los procedimientos utilizados por los donantes para aportar esa ayuda debilita la capacidad de los gobiernos de abordar la crisis de personal sanitario.

Los países de bajos ingresos normalmente dependen de una variedad de fuentes de financiación sanitaria, como recaudación tributaria nacional, y pagos formales e informales.

Es normal que la financiación sanitaria por parte de los donantes se realice a través de varios canales y en diferentes momentos en el tiempo, dándose el caso de que un donante puede tener varias vías de financiación encaminadas a un mismo servicio de salud. El modo fragmentado en el que a menudo se aporta la ayuda al sector sanitario de un país hace difícil la toma de decisiones en materia de personal sanitario a largo plazo, especialmente en los países más pobres que dependen en gran medida de esta ayuda para cubrir sus costes básicos.

La ayuda de cada donante trae consigo procesos específicos para formulación, aprobación, puesta en práctica, supervisión y realización de informes de proyectos o programas, que puede imponer una fuerte carga en los ya de por sí desbordados gobiernos destinatarios, a menudo en detrimento de poner en práctica sus propios planes de sanidad nacional.

Por ejemplo, un reciente análisis en Mozambique identificó 185 proyectos distintos de donantes que estaban siendo puestos en práctica en el sector sanitario, cada uno con requisitos diferentes de planificación, ejecución y elaboración de informes (OCDE, 2011).

La fragmentación de los donantes puede también tener un impacto directo en la capacidad de los servicios locales de sanidad: en Tanzania, una evaluación concluyó que acoger visitas de donantes puede suponer hasta el 10–20% de la jornada laboral de un administrador médico de distrito, teniendo que dedicar incluso más tiempo a la redacción de informes (McKinsey & Company y Fundación Bill & Melinda Gates, 2005).

Y más aún, el dinero de la ayuda es a menudo comprometido por breves periodos de tiempo, generalmente en torno a un ciclo presupuestario anual, lo que impide a los países planear para el futuro y embarcarse en proyectos a largo plazo, como aquellos necesarios para contratar y capacitar al personal sanitario.

Además de ser a corto plazo, la ayuda para sanidad es normalmente mucho más volátil que los ingresos tributarios (McKinsey & Company y Fundación Bill & Melinda Gates, 2005). Cuando los países no pueden contar con un flujo continuo de financiación, no pueden planear inversiones que duren varios años, y esto tiene significativas implicaciones para su capacidad de cubrir los costes fijos (Oya and Pons-Vignon, 2010).

## PLANES NACIONALES EN MATERIA DE PERSONAL SANITARIO SIN SUFICIENTE FINANCIACIÓN Y NO EJECUTADOS

Todo país que tiene una grave escasez de médicos, personal de enfermería, matronas y agentes de salud comunitarios necesita planificar como cubrirá sus necesidades de un modo sostenible, considerando este aspecto un componente central del plan nacional de salud. En el plan para el personal sanitario de cada país, se tiene que conseguir un equilibrio entre los esfuerzos para incrementar los conocimientos y las aptitudes de los trabajadores sanitarios existentes y una motivación para contratar a nuevos trabajadores. Los planes existentes normalmente se centran en retención y formación. Esto es esencial pero tiene que ir acompañado de esfuerzos para incrementar la contratación de todos los tipos de trabajadores sanitarios a largo plazo (Organización Mundial de la Salud, 2010d).

En 2010, casi el 80% de los países que sufre una grave escasez de trabajadores sanitarios informaron que tenían un plan operativo para abordar su déficit de personal sanitario. De estos países, el 71% de ellos incluía un presupuesto con los cálculos de costes para su puesta en práctica, aunque con

diferentes grados de detalle. Sin embargo, solo el 38% de estos planes tenía suficiente financiación para cubrir sus necesidades. Esta falta de financiación también ayuda a explicar por qué solo el 55% de los planes relativos al personal sanitario han sido realmente ejecutados (Organización Mundial de la Salud, 2010d).

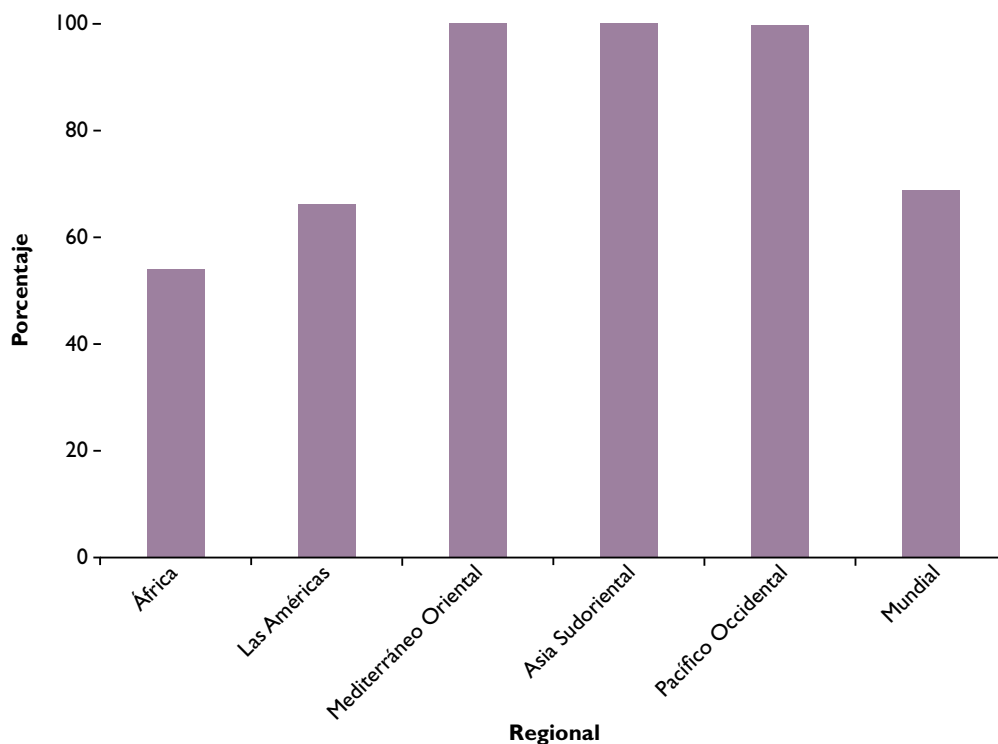
Los países con mayores necesidades son también los países con menor probabilidad de tener planes con la financiación necesaria (Figura 8) (Organización Mundial de la Salud, 2010d). En Liberia, por ejemplo, menos del 5% (1,5 millones de dólares) de ayuda recibida para salud fue destinada a apoyar a trabajadores sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2011a).

La ayuda para trabajadores sanitarios principalmente apoya el desarrollo de formación – en forma de

educación tanto previa al ejercicio de su trabajo como cuando ya están ejerciendo propiamente su trabajo, incentivos y ocasionalmente contratación (Figura 9). La ayuda generalmente no se aporta para ayudar a pagar los salarios de los trabajadores sanitarios – en parte por la reticencia de los donantes a atarse a costes fijos a largo plazo. Solamente 19 de los países analizados por la OMS recibió apoyo para pagar a los trabajadores sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2010d).

En países con una grave escasez de trabajadores sanitarios, y donde los actuales niveles de salarios son una barrera para la contratación, retención y rendimiento laboral, esta reticencia por parte de los donantes de contribuir a los costes fijos mediante apoyo al sector o presupuestario puede representar un significativo obstáculo para avanzar.

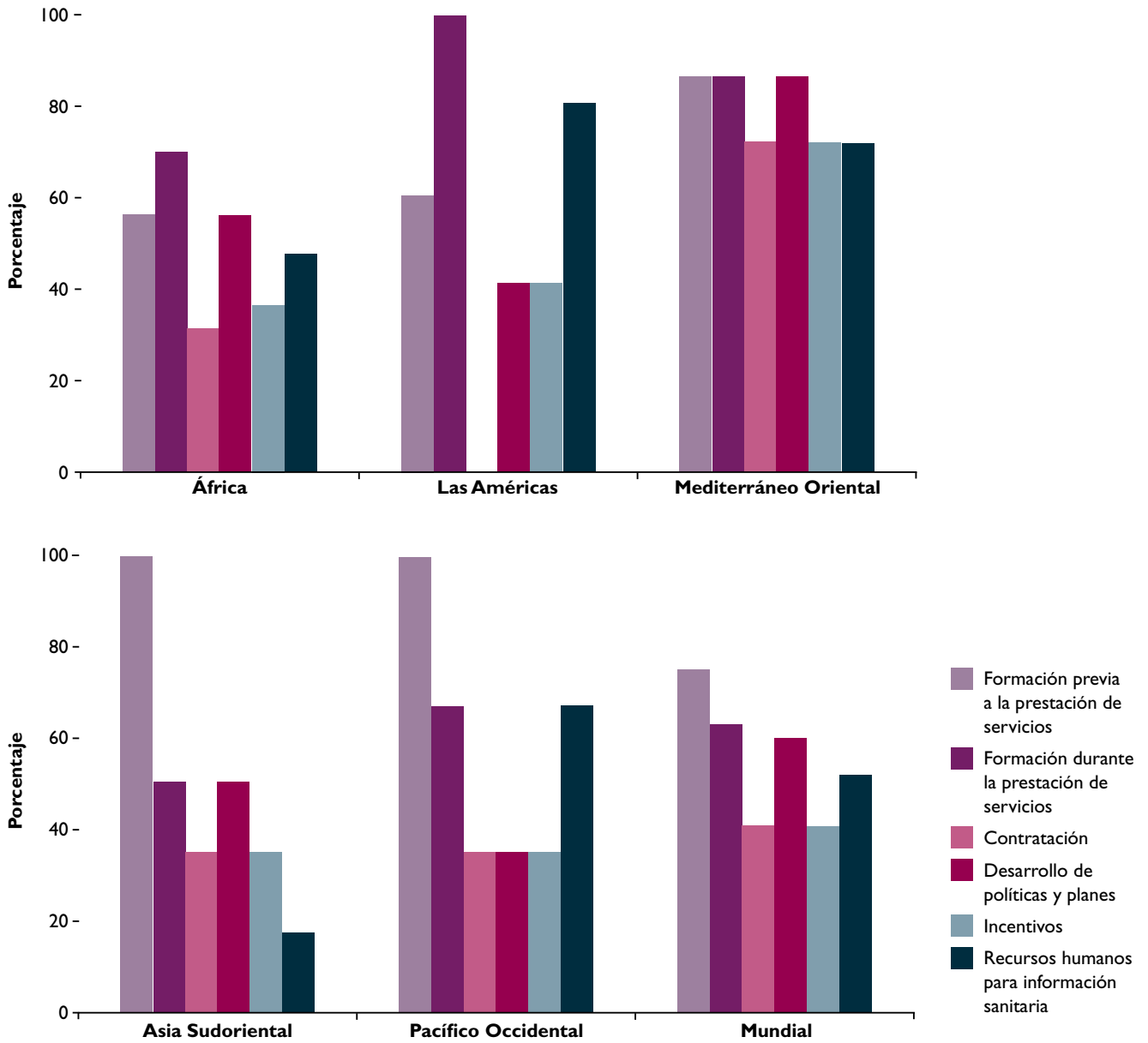
**Figura 8: Proporción de planes con presupuesto detallado de cálculo de costes que reciben financiación de donantes, de acuerdo a la distribución regional de la OMS y mundialmente**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010d



**Figura 9: Proporción del tipo de actividades de los trabajadores sanitarios que reciben ayuda de socios para el desarrollo, de acuerdo a la distribución regional de la OMS y mundialmente**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010d

# SUPERAR LA CRISIS

Superar la crisis de personal sanitario requiere acción urgente a dos niveles.

A nivel mundial, líderes políticos e instituciones internacionales tienen que aprovechar la próxima Asamblea General de las Naciones Unidas para dar prioridad en sus agendas al tema del personal sanitario, movilizar recursos y analizar los avances con regularidad.

Al mismo tiempo, los países en desarrollo que se enfrentan a una crisis de personal sanitario necesitan adoptar y poner en práctica planes que cuenten con presupuestos detallados de cálculos de costes y planificación de los plazos precisos para su implantación, a fin de obtener la fuerza laboral sanitaria que necesitan tener operativa para el año 2015.

## ACCIÓN POLÍTICA MUNDIAL AL MÁS ALTO NIVEL

Los gobiernos se han comprometido mediante la Estrategia Mundial a incrementar el número de trabajadores sanitarios, y a hacer un uso efectivo de aquellos trabajadores ya existentes.

A estos compromisos es necesario que se adhieran otros países que hasta el momento se han refrenado de compromisos específicos, y en otros casos es necesario reforzarlos y ponerlos en práctica. El progreso realizado con estos compromisos se revisará en un evento de alto nivel que tendrá lugar en septiembre de 2011, la reunión de la Asamblea General de la ONU, que servirá de oportunidad

para intensificar esfuerzos con los que combatir la crisis de personal sanitario, y estimular la acción a nivel nacional.

## ACCIÓN A NIVEL NACIONAL

La acción para abordar la crisis de personal sanitario en los países más pobres tiene que hacer frente tanto a la escasez absoluta de personal sanitario, como al uso ineficaz de los trabajadores sanitarios existentes. Se necesita hacer mayor hincapié en aquellos trabajadores sanitarios de primera línea, tales como matronas y agentes de salud comunitarios, quienes son el primer punto de contacto de los niños y niñas y sus familias.

Muchas de las medidas necesarias para cumplir estos retos pueden ejecutarse en un plazo de tiempo relativamente corto – por ejemplo, incrementando los conocimientos y las aptitudes de los trabajadores sanitarios existentes mediante capacitación durante la prestación de sus servicios y delegación de tareas – y pueden tener un impacto significativo en la disponibilidad y calidad de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, se requiere también inversión a más largo plazo para asegurar un suministro sostenible de trabajadores en los próximos años, y para desarrollar una completa “continuidad de la atención sanitaria” en la transición entre hogar y hospital.

Las soluciones a la crisis de personal sanitario requerirán acción colectiva en todos los departamentos de los gobiernos nacionales.

Los ministerios de finanzas desempeñan un papel central, dado que los trabajadores sanitarios normalmente representan una gran proporción del gasto salarial del sector público.

Los ministerios de educación también juegan un papel importante, porque en la mayoría de los países la educación profesional previa a la prestación de servicios de los trabajadores sanitarios se financia principalmente mediante las partidas presupuestarias dedicadas a educación.

Los ministerios de sanidad requieren un liderazgo político claro, con ministros de sanidad que estén comprometidos a abordar las necesidades del personal sanitario de una manera sostenible y ordenada que de prioridad a las necesidades no satisfechas de los niños y niñas más pobres y sus familias.

Los países afectados por la crisis de personal sanitario tienen que:

- Contratar más trabajadores sanitarios con conocimientos y capacitación adecuados.
- Emplear más eficazmente a los trabajadores sanitarios existentes para poder llegar así a los niños más vulnerables.
- Asegurar que todos los trabajadores sanitarios reciben un salario digno.
- Proporcionar más fondos para asistencia sanitaria, y de forma más eficaz.

### **Planes nacionales para el personal sanitario**

Cada país afectado por la crisis de personal sanitario tiene que tener un plan gubernamental operativo con presupuestos detallados de cálculos de costes para contratar y formar más trabajadores sanitarios nuevos, y una estrategia para asegurar que el suministro de trabajadores sanitarios es sostenible a largo plazo (Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2008).

Los gobiernos de países en desarrollo tienen que dar prioridad a la asistencia sanitaria y destinar un porcentaje suficiente de sus presupuestos para costear sus planes. Los donantes tienen también que hacer su parte para asegurar que ningún plan

para personal sanitario de un país fracase debido a la falta de fondos. Asimismo deben proporcionar asistencia técnica para asegurar que el plan refleja las necesidades específicas de la población, incluidas aquellas personas que viven en zonas con deficiencia de servicios.

Además de incrementar el suministro de trabajadores sanitarios, los planes para personal tienen que identificar procedimientos para usar mejor los trabajadores sanitarios existentes, mediante adecuada capacitación durante la prestación de sus servicios, delegación de tareas, redistribución a zonas con deficiencia de servicios, paquetes de retención e inversión para apoyar, gestionar y equipar mejor a los trabajadores sanitarios (Tabla 2) (Grobler et al, 2009).

## MÁS PERSONAL SANITARIO, CONOCIMIENTOS Y CAPACITACIÓN ADECUADOS

### **Contratar más agentes de salud comunitarios**

Los agentes de salud comunitarios son un componente esencial de cualquier fuerza laboral sanitaria, y son a menudo la primera línea de contacto de la asistencia sanitaria para los niños y las niñas. Los países más pobres no serán capaces de conseguir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 si no cuentan con un mayor número de agentes de salud comunitarios adecuadamente apoyados. Dado que lleva considerablemente menos tiempo formar a estos agentes que a profesionales sanitarios más especializados, los primeros tienen el potencial de abordar muchos de los desafíos sanitarios inmediatos a los que se enfrentan los países con altas tasas de mortalidad infantil (Bhutta et al, 2010).

A más largo plazo, los agentes de salud comunitarios pueden jugar un papel vital complementando a los trabajadores sanitarios más altamente cualificados, y proporcionar un enlace entre la comunidad y el servicio sanitario. Sin embargo, contratar más agentes de salud comunitarios, y capacitarles y desplegarles eficazmente son retos complejos,

**Tabla 2: Intervenciones para mejorar la retención de trabajadores sanitarios en zonas remotas**

Categoría de intervención	Ejemplos
<p><b>A. Intervenciones en educación y regulación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisión marcada como objetivo de estudiantes de origen rural.</li> <li>• Contratación de personas de zonas rurales y formación en dichas zonas rurales.</li> <li>• Cambios en el plan de estudios médicos.</li> <li>• Contacto temprano con la realidad de las zonas rurales e incremento de prácticas en dichas zonas durante los estudios universitarios.</li> <li>• Programas de divulgación de programas educativos.</li> <li>• Participación de la comunidad en la selección de estudiantes.</li> <li>• Requisitos obligatorios de servicio.</li> <li>• Concesión de licencia para el ejercicio condicionada.</li> <li>• Programas de pago de préstamos.</li> <li>• Producir diferentes tipos de trabajadores sanitarios.</li> <li>• Reconocer calificaciones obtenidas en el extranjero.</li> </ul>
<p><b>B. Compensación monetaria (compensación financiera directa e indirecta)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios más altos para el ejercicio de la profesión en zonas rurales.</li> <li>• Concesiones en zonas rurales, incluido equipo de instalación.</li> <li>• Salario en base al rendimiento laboral.</li> <li>• Diferentes métodos de remuneración.</li> <li>• Préstamos (vivienda, vehículo).</li> <li>• Becas para la educación de la familia.</li> <li>• Otros beneficios no salariales.</li> </ul>
<p><b>C. Apoyo por parte de la dirección, del entorno y social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora general de las infraestructuras rurales (vivienda, carreteras, teléfonos, abastecimiento de agua, comunicación por radio, etc.).</li> <li>• Mejores condiciones laborales y de vida, incluyendo oportunidades para educación y empleo del cónyuge, suministro adecuado y garantizado de tecnología y medicamentos.</li> <li>• Supervisión de apoyo.</li> <li>• Apoyo para desarrollo profesional continuo, promoción profesional.</li> <li>• Premios especiales, reconocimiento.</li> <li>• Oportunidades de contratos flexibles para trabajo a tiempo parcial.</li> <li>• Medidas para reducir el sentimiento de aislamiento de los trabajadores sanitarios.</li> <li>• Incremento de las oportunidades para contratar administración pública.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009

y no se debe considerar a los agentes de salud comunitarios como un arreglo rápido o sustituto a una escasez crónica de matronas, personal de enfermería y médicos.

La experiencia muestra que dichos agentes son más efectivos cuando trabajan en colaboración con otros profesionales sanitarios, están vinculados a un centro sanitario operativo, y son capaces de remitir

los casos más graves a profesionales sanitarios especializados (Lehmann and Sanders, 2007).

El valor más importante de los agentes de salud comunitarios radica en su potencial para llegar a las comunidades más pobres, y acceder a poblaciones más remotas a las que el sector sanitario oficial a menudo elude llegar.

## PLAN DE EMERGENCIA PARA LOS RECURSOS HUMANOS DE MALAWI

Malawi ha demostrado como se puede llenar mejor el vacío de trabajadores sanitarios de un país, al desarrollar un plan y presupuesto nacionales para el personal sanitario, posteriormente apoyado por donantes. El Plan de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi (*Emergency Human Resources Programme*) incrementó la plantilla sanitaria en un 53% entre 2004 y 2009, salvando una cifra estimada de 13.000 vidas.

El plan consistió en cinco intervenciones que abordaban las necesidades a largo plazo de los trabajadores sanitarios del país, al tiempo que también se aplicaban medidas temporales que cubrían las necesidades inmediatas:

1. Mejorar incentivos como un incremento del salario de un 50% para 11 diferentes tipos de trabajadores sanitarios, junto con nuevas estrategias de contratación y reincorporación.
2. Ampliar la capacidad de formación para duplicar el número de personal de enfermería y triplicar el número de médicos que pueden ser formados.
3. Usar tutores médicos y personal de enfermería internacionales voluntarios a corto plazo mientras tiene lugar la formación a gran escala.

4. Reforzar la capacidad del ministerio de sanidad para planear, gestionar y desarrollar recursos humanos.
5. Desarrollar sistemas de información de gestión sanitaria para supervisar y evaluar la capacidad de los recursos humanos.

El Plan de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi fue puesto en práctica con el apoyo financiero y técnico de socios para el desarrollo mediante un enfoque que abarca todo el sector, y en el que los donantes proporcionaron fondos para el presupuesto central de salud, posibilitando al gobierno fijar sus propias prioridades y aplicar un único plan nacional.

La evaluación del Plan de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi concluyó que la voluntad política, la participación de múltiples socios y partes interesadas, la planificación a largo plazo y el equilibrio entre los diferentes cuadros de trabajadores sanitarios habían constituido todos componentes esenciales para el éxito del programa. El gobierno no hubiera podido financiar el plan completo, incluida la sustancial subida de salarios, sin el apoyo de los donantes.

Fuente: Management Sciences for Health, 2010

## HEROÍNA SANITARIA: DORIS, AGENTE DE SALUD COMUNITARIA, SUDÁN DEL SUR

Doris (fotografía inferior), es una agente de salud comunitaria del estado de Equatoria Occidental de Sudán del Sur. Ha recibido formación por parte de Save the Children para diagnosticar y tratar malaria, neumonía y diarrea en niños y niñas menores de cinco años en su comunidad.

Doris comenta: “Dí a luz a seis niños pero tres murieron. Todos padecieron diarrea y malaria. Aprendí sobre las medicinas empleadas para tratar estas enfermedades y como tratar a los pacientes. Aprendí a realizar las preguntas

adecuadas cuando una madre acude a mí con su hija o hijo enfermo. Pregunto el nombre y la edad del niño o niña, y que parte del cuerpo le duele.”

“Si el cuerpo del niño está caliente sé que se trata de malaria así que les doy tres pastillas antimalaria. Le digo a la madre que le de a su hijo o hija una al día y si no se observa mejoría remito al niño o niña a la clínica.”

“Para diarrea, si la madre dice que comenzó hace muchos días, le pregunto porque no trajo a su hijo o hija antes. Pregunto si la madre está alimentando al niño o niña para que se mejore de los problemas estomacales.”

“Me sentí feliz después de la capacitación porque ahora he tratado ya a 20 niños y niñas con neumonía y proporcionado a la gente medicinas que necesitan para tratar la malaria. Les veo ponerse mejor. Una de las hijas de mis vecinos estaba enferma con neumonía. Al observar los síntomas que presentaba pude identificar la situación grave que padecía.”

“La comunidad me eligió para que me convirtiera en agente de salud comunitaria y poder así ayudar a tratar a los niños y niñas locales. Estuve de acuerdo con esta decisión porque quería ayudar a los niños. Algunas veces vienen en la mañana, a veces cinco, tres, cuatro al mismo tiempo. Otras veces me despiertan por la noche. No puedo negarme a atender al niño o niña incluso si estoy cansada porque sé lo que se siente al ser una madre con niños enfermos.”



FOTOGRAFÍA: RACHEL PALMER/SAVE THE CHILDREN

Fuente: entrevistas llevadas a cabo por personal de Save the Children en Sudán del Sur, 2010.

Los agentes de salud comunitarios son especialmente importantes para mejorar la salud infantil. Pueden jugar una parte fundamental en la consecución de resultados mejores y más equitativos en salud materno-infantil, al proporcionar cuidado curativo y preventivo de bajo coste y alto impacto, como tratamiento para neumonía y diarrea, y consejo sobre lactancia y nutrición (Lehmann and Sanders, 2007). Su eficacia en llegar a los niños y niñas y madres más pobres es de vital importancia dado que el avance en reducir la mortalidad infantil en la mayoría de los países de bajos ingresos ha estado desproporcionadamente concentrado en grupos de ingresos más acaudalados.

En muchos países, el uso de agentes de salud comunitarios está fuertemente arraigado. En Brasil, estos agentes sanitarios llegan en la actualidad a más de 80 millones de personas (Bhutta et al, 2010). En Pakistán, un amplio programa del sector público para formación y despliegue de trabajadoras sanitarias lleva en funcionamiento desde 1994, creando una fuerza laboral de más de 90.000 que se estima que cubre el 70% de la población rural (Jalal, 2011).

Como resultado de su relativo bajo coste y los rápidos resultados beneficiosos, un número creciente de países está centrándose en agentes de salud comunitarios, dentro del marco de sus esfuerzos para reducir la mortalidad materno-infantil.

## ASISTENTES DE VIGILANCIA SANITARIA – EL CASO DE MALAWI

Muchas de las mejoras en las posibilidades de supervivencia de los niños de Malawi se pueden atribuir en parte, al trabajo de promoción sanitaria de más de 10.000 asistentes de vigilancia sanitaria que se encuentran desplegados en zonas rurales del país (VSO Malawi, 2011).

Estos asistentes de vigilancia sanitaria continúan la tradición de los vacunadores temporales de viruela que se emplearon en los años 1960 y asistentes contra el cólera de mediados de los años 1970. Son trabajadores de divulgación de la sanidad formados y asalariados que proporcionan asistencia sanitaria preventiva tales como inmunización oral y educación sanitaria.

El gobierno de Malawi, apoyado por Save the Children, ha estado incrementando el número de estos trabajadores sanitarios de primera línea y haciendo a los trabajadores existentes más efectivos mediante formación, como parte del Programa Nacional de Salud de Malawi para proporcionar servicios maternos y a recién nacidos a nivel de comunidad. Este

programa, que se lleva a cabo en asociación con el Ministerio de Sanidad, UNICEF y otros socios, llega a aproximadamente 500.000 bebés y madres (Save the Children USA, 2007).

Hoy en día, los asistentes de vigilancia sanitaria están formados para proporcionar cuidado a madres y bebés, incluyendo visitas durante el embarazo y después del nacimiento, y para remitir bebés enfermos a instalaciones de salud local para un tratamiento más exhaustivo.

La evaluación rutinaria en los tres distritos piloto de Chitipa, Dowa y Thyolo parece indicar un incremento en cuidado prenatal e instalaciones para el parto. Los resultados de una encuesta familiar sobre la cobertura de servicios, incluido el cuidado a recién nacidos, estarán disponibles pronto.

Como continuación al éxito del programa, el Ministerio de Sanidad de Malawi lo está poniendo en práctica en cuatro distritos más y tiene planes de proporcionarlo en sus 28 distritos.

## DISTRIBUCIÓN EFICAZ DE PROFESIONALES SANITARIOS

A menudo, las zonas con más niños y niñas vulnerables disponen del menor número de personal sanitario.

Existen muchas estrategias que alientan a más trabajadores sanitarios a trabajar en puestos de primera línea, a menudo en zonas remotas, rurales o con deficiencia de servicios, contribuyendo así a extender el acceso a la asistencia sanitaria y abordando directamente las causas clave de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años.

Estas estrategias incluyen incentivos financieros, mejor tecnología de comunicaciones, diseño de formación a medida para trabajadores sanitarios encaminada a cubrir las necesidades de regiones

con deficiencia de servicios, y cambio de regulación – tales como permitir a un trabajador sanitario complementar sus ingresos trabajando un cierto número de horas en el sector privado.

Tanto el apoyo profesional desde la dirección del sector sanitario, como el apoyo comunitario por parte de la población local, son cruciales para asegurar que los trabajadores sanitarios se sienten seguros y altamente motivados.

En muchos países se han contratado con éxito trabajadores sanitarios de primera línea para trabajar en localidades remotas. En Nigeria, el programa de Servicio de Matronas obliga a las matronas recién tituladas a realizar un año de servicio en un centro sanitario de una comunidad rural, y en dicho plan se contempla también la colaboración de matronas desempleadas o jubiladas.

## HACER MEJOR USO DE TRABAJADORES SANITARIOS EN EL NORTE DE NIGERIA

Save the Children es miembro de la Asociación para Restablecer la Inmunización Rutinaria en el Norte de Nigeria – Iniciativa para la Salud Materna, de Recién Nacidos e Infantil (*Partnership for Reviving Routine Immunisation Maternal, Newborn and Child Health Initiative*). La asociación, que llega a 17 millones de personas en cuatro estados, fue puesta en marcha en 2006 en cooperación con el gobierno de Nigeria y el apoyo de Reino Unido y Noruega.

La formación y gestión de trabajadores sanitarios existentes ha sido un foco principal del programa. La asociación proporcionó formación en el sector, cuidado infantil prenatal y postnatal para salvar vidas, planificación familiar y gestión de enfermedades infantiles al 43% de trabajadores sanitarios en los centros objeto de tal iniciativa. El programa de formación incluyó

40 nuevos formadores y el establecimiento de 14 centros de formación nuevos. Se ha establecido un sistema de información de recursos humanos en todos los estados, y se ha formado a 29 directores y supervisores sobre la utilización del software.

Un análisis del programa llegó a la conclusión de que los desafíos restantes eran desarrollar paquetes de incentivos para retener trabajadores sanitarios en zonas rurales remotas e incrementar el número de mujeres trabajadoras sanitarias. El programa ha sido ampliado hasta 2013 y analizará el potencial de formar a agentes para extensión de la salud comunitarios con los conocimientos y aptitudes para asistencia en partos, así como mejorar la supervisión de nuevos licenciados.

Fuente: PRRINN-MNCH, marzo 2011.



Se han desplegado más de 2.600 matronas a 652 instalaciones sanitarias, y el proyecto se ha ampliado de dos a tres años debido a su éxito (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2011).

Burundi y Sierra Leona han puesto en marcha la estrategia temporal de convocar a trabajadores sanitarios jubilados para trabajar en zonas rurales, mientras reciben su formación los nuevos trabajadores sanitarios.<sup>11</sup> En algunos casos, se han requerido trabajadores sanitarios de otros países. Por ejemplo, se han desplegado médicos y personal de enfermería de Cuba a zonas rurales de varios países del África subsahariana (Laleman et al, 2007).

## Delegar tareas

Muchos trabajadores sanitarios carecen de la capacitación, el equipamiento o la autoridad necesarios, para abordar las causas clave de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. En los casos oportunos, los trabajadores sanitarios necesitarán a menudo estar capacitados y empoderados para asumir nuevas y diferentes responsabilidades.

Delegar tareas generalmente entraña capacitar y equipar a trabajadores sanitarios para reenfocar sus prioridades. En algunos casos esto también implicará cambios en regulaciones y leyes, posibilitando

## EL PAPEL DE LOS VOLUNTARIOS DE SALUD COMUNITARIOS – EL CASO DE NEPAL

En Nepal, Save the Children ha estado apoyando al Ministerio de Sanidad para mejorar servicios de asistencia sanitaria a recién nacidos y madres.

El proyecto incluye formar a trabajadores sanitarios existentes para capacitarles con nuevos conocimientos necesarios para salvar la vida de bebés recién nacidos.

Nepal tiene un único y fuertemente arraigado órgano de más de 48.000 voluntarias de salud que actúan como proveedoras de primera línea de una serie amplia de servicios de salud materno-infantil a lo largo del país. Desde los años 1990, han constituido el puente entre el sistema de sanidad oficial y la comunidad. Estas voluntarias sanitarias comunitarias llevan a cabo visitas a domicilio antes y después del nacimiento. Han sido formadas en cuidado a recién nacidos, incluyendo resurrección y cuidado de contacto corporal para bebés prematuros o de peso insuficiente.

Aunque las voluntarias no están cualificadas médicamente, han sido formadas para identificar

los síntomas peligrosos de una infección grave, causa principal de muertes de recién nacidos en Nepal.

El gobierno de Nepal ha lanzado el plan de formación en 10 distritos y ha demostrado su compromiso para salvar la vida de recién nacidos al proporcionar apoyo efectivo e incentivos a estas voluntarias.

En colaboración con otros socios, el papel de Save the Children en el proyecto fue proporcionar pruebas de la posible eficacia de estas intervenciones, aportar asistencia técnica y ayudar a dar forma a la política del gobierno – y también proporcionar formación directa en un distrito.

Nepal está en el camino correcto para conseguir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 – reducir la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015.

Fuente: Saving Newborn Lives (Salvar las Vidas de Recién Nacidos), 2009

a diferentes cuadros de trabajadores sanitarios, tales como agentes de salud comunitarios, asumir responsabilidades de profesionales sanitarios más especializados (quienes reciben un mayor salario y a los que lleva más tiempo formar). Estas tareas pueden incluir gestión de casos comunitarios de enfermedades infantiles comunes, como neumonía y malaria.

En muchos países, la delegación de tareas está ganando fuerza y teniendo un efecto positivo en la salud de mujeres y niños y niñas. Por ejemplo, Etiopía ha puesto en práctica un programa innovador a gran escala, empleando 34.000 nuevas trabajadoras sanitarias para promoción de salud y prevención de enfermedades, principalmente relacionadas con salud materno-infantil, VIH y malaria.

En regiones donde el trabajo de promoción y prevención está ya consolidado, se está poniendo a prueba la delegación de tareas en la gestión de casos comunitarios de neumonía, diarrea, malaria y malnutrición aguda grave. Los primeros indicios sugieren que estos trabajadores sanitarios en los que se han delegado las tareas han sido capaces de evaluar, clasificar y tratar niños y niñas eficazmente (Degefie et al, 2009, Wakabi, 2008).

El gobierno de Etiopía también está formando auxiliares sanitarios de grado medio, que necesitan menos formación que los médicos pero pueden llevar a cabo muchas labores similares, como cesáreas y cuidado completo de obstetricia. Muchas enfermeras han sido también ascendidas a matronas.

Delegar tareas es especialmente pertinente en países de bajos ingresos como Etiopía, con alta mortalidad infantil, recursos escasos, y grandes poblaciones rurales con deficiencia de servicios.<sup>12</sup>

## UN SALARIO JUSTO PARA TODOS LOS TRABAJADORES SANITARIOS

Los países solamente pueden contratar más trabajadores sanitarios y obtener el máximo rendimiento de la plantilla de personal existente si ofrecen incentivos. Condiciones laborales, apoyo

por parte de la dirección, oportunidades para desarrollo de aptitudes y el estatus social de los trabajadores sanitarios son todos aspectos de importancia crucial.

Sin embargo, en muchas zonas, los bajos sueldos desaniman a las personas a incorporarse o permanecer en la plantilla sanitaria, o llevan a un menor rendimiento laboral de los trabajadores sanitarios en sus puestos de trabajo. Un salario justo puede ayudar a incrementar la productividad, reducir el absentismo y el pluriempleo, y fomentar la retención de personal.

Un salario de subsistencia – uno que permite cubrir las necesidades básicas – es especialmente pertinente para agentes de salud comunitarios, matronas y personal de enfermería, que tienden a estar mal pagados. Un salario mínimo nacional, donde existe, puede ser usado como referencia para un salario de subsistencia básico; pero pocos países con pocos ingresos lo han definido ya. Una alternativa podría ser regular salarios dentro del sector sanitario definiendo una tabla estandarizada de salarios para cada tipo de trabajador sanitario. Esto atraería trabajadores de mejor calidad y aseguraría que el sueldo es justo en todo el país.

Varios procedimientos de conectar gratificaciones económicas con resultados están convirtiéndose cada vez más populares para los donantes, especialmente el Banco Mundial. Uno de estos mecanismos es salario basado en rendimiento laboral, por el que trabajadores sanitarios reciben pagos adicionales si consiguen resultados satisfactorios.

Aunque la iniciativa de salario basado en rendimiento se está actualmente introduciendo o ampliando en al menos 20 países (Meessen et al, 2010), los resultados hasta ahora han sido variados (Pearson, 2011). La formulación de cualquier programa es crucial para su impacto, especialmente el identificar los indicadores de éxito adecuados, y el vincular bonificaciones con logros trae consigo posibles riesgos. Por ejemplo, algunos procedimientos esenciales pueden ser descuidados si los incentivos salariales van en relación a la cantidad de servicios proporcionados más que a su calidad, o lleva a centrarse en los niños o niñas a los

que es más fácil llegar, en detrimento de aquellos de comunidades remotas.

Allí donde los trabajadores sanitarios son escasos y los sistemas de elaboración de informes poco fiables, supervisar el rendimiento laboral puede ser especialmente difícil. Los programas de salario basado en rendimiento tienen que ser analizados con cautela y formulados con cuidado. Si están bien formulados, los salarios basados en rendimientos, tiene el potencial de mejorar la asistencia sanitaria, tal como fue el caso de Ruanda, que vio un aumento de cobertura y mejor calidad de servicios de salud materno-infantil (Basinga et al, 2011).

## MÁS FONDOS Y MEJOR FINANCIACIÓN

Contratar más trabajadores sanitarios y crear mejores condiciones laborales requerirá un incremento del gasto en sanidad. En última instancia, la responsabilidad de pagar los gastos salariales del sector público recae en el gobierno nacional que emplea los trabajadores sanitarios. Muchos países pueden tomar más medidas para destinar más de sus recursos a la asistencia sanitaria, y los gobiernos tienen que buscar procedimientos para incrementar su capacidad para recaudar el dinero necesario mediante sistemas tributarios.

En países donde los ingresos nacionales – y por extensión la potencial recaudación tributaria – son bajos, es también necesario el apoyo de donantes internacionales. Los donantes necesitan hacer su ayuda más efectiva, así como incrementar su apoyo para salud, y ayudar a los países a abordar la crisis de personal sanitario.

### Asignación nacional de recursos y financiación equitativa

Una gran parte del gasto en asistencia sanitaria en países en desarrollo se hace mediante el pago directo por parte de los mismos pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2010c). Los centros sanitarios en muchos países cobran honorarios directos a sus usuarios. Estas prácticas pueden incrementar el coste de la asistencia

cuando finalmente se busca, o simplemente impedir a muchos más niños y niñas recibir cuidado para salvar sus vidas (Save the Children Reino Unido, 2009).

Por ejemplo, en el caso de una enfermedad grave o parto complicado, un hogar puede de repente tener que hacer frente al pago impredecible de altos costes de asistencia sanitaria, que puede hundirles en la pobreza y deuda (Xu et al, 2003). Además, los cobros a los usuarios son ineficaces y costosos de administrar (Save the Children Reino Unido, 2009). Para las familias pobres el pago de estos honorarios puede crear una barrera entre los agentes de salud comunitarios y su acceso a la asistencia sanitaria. Una de las responsabilidades principales de un agente de salud comunitario es la remisión para asistencia de mujeres y niños a clínicas en el momento oportuno. Pero si estas clínicas luego cobran honorarios a esos pacientes por servicios esenciales, entonces a los pacientes más pobres se les continúa denegando el acceso y el valor añadido de los agentes de salud comunitarios se verá socavado.

Como resultado de estas consecuencias, existe en estos momentos una opinión generalizada de que cobrar a los pacientes en el momento de uso de asistencia sanitaria es regresivo, y que se deben establecer procedimientos alternativos para recaudar fondos – mediante prepago, cobertura conjunta de riesgos e incremento en la recaudación tributaria (Organización Mundial de la Salud, 2010c).

### Más y mejor ayuda oficial

En la mayoría de los países de bajos ingresos, los gobiernos necesitarán apoyo de donantes para abordar las necesidades de su personal sanitario. Aunque la ayuda para salud ha aumentado significativamente en los últimos años, sigue situándose muy por debajo de los fondos necesarios identificados en la Estrategia Mundial.

Incrementar presupuestos de ayuda oficial en consonancia con el objetivo de la ONU del 0,7% de los ingresos nacionales (PIB), permitiría a los donantes responder más rápida y flexiblemente a las necesidades del personal sanitario de los países

en desarrollo. Si todos los países en desarrollo se comprometieran al 15% de gasto en sanidad, y los donantes cumplieran el objetivo del 0,7% y mantuvieran la parte de ayuda destinada a salud, entonces los fondos serían suficientes para asegurar que se consiguieran los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (Mills, 2009).

Los donantes tienen también que hacer su ayuda para salud de forma más eficaz. El próximo foro sobre la eficacia de la ayuda que se celebrará en Busan, Corea del Sur, evaluará el progreso de la puesta en práctica de los compromisos acordados en París en 2005 y Accra en 2008. En muchos aspectos, el sector sanitario se asemeja a un juicio

sumarial, dada la gran cantidad de donantes y la falta de coordinación efectiva.

La Asociación Internacional para la Salud IHP+ (*International Health Partnership, IHP+*) tiene como objetivo poner en práctica en el sector sanitario los principios de París y Accra, armonizar la participación de los donantes y alinear mejor la ayuda en consonancia con los propios planes sanitarios de los destinatarios. Sin embargo, esta agenda solo ha sido puesta en práctica lenta y parcialmente. Los donantes necesitan intensificar sus esfuerzos en torno a la Asociación Internacional para la Salud IHP+.

# CONCLUSIÓN

Cada día, miles de niños y niñas mueren en los países más pobres porque no tienen acceso a un trabajador sanitario dotado con los conocimientos y equipos necesarios para evitar y curar las causas comunes de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. Sin una acción coordinada para hacer frente a las necesidades de asistencia sanitaria de millones de niños y niñas, la promesa mundial de reducir la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015 no se puede conseguir.

La próxima reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, donde un evento de alto nivel revisará el progreso realizado en los compromisos de donantes y gobiernos sobre personal sanitario, proporciona una oportunidad de combatir la crisis de personal sanitario, al movilizar recursos, identificar cambios de política, y suscitar nuevos compromisos por parte de aquellos países que hasta el momento no han logrado intensificar sus esfuerzos.

Este evento de alto nivel tiene que abordar ambas dimensiones de la crisis de personal sanitario: un déficit crítico de trabajadores sanitarios que afecta a 61 países, y el fracaso para emplear eficazmente a los trabajadores sanitarios ya existentes. La contratación a gran escala de trabajadores sanitarios y su mejor formación y distribución tienen que comenzar ya.

La crisis de personal sanitario afecta desproporcionadamente a niños y niñas en las comunidades más pobres, que tienden a ser los que reciben una menor atención por parte de

los servicios de asistencia sanitaria. Reducir la mortalidad infantil en cada grupo de ingresos y social depende de la redistribución a gran escala de trabajadores sanitarios a zonas que adolecen en la actualidad de deficiencia de servicios, y requiere centrarse en formar a los trabajadores sanitarios con los conocimientos y las aptitudes necesarios para abordar las causas clave de la mortalidad infantil.

Abordar la crisis de personal sanitario requerirá acción a nivel mundial y nacional. Es necesario el incremento en inversión a largo plazo para contratar y formar más trabajadores sanitarios, equilibrando los diferentes cuadros profesionales. Al mismo tiempo se tiene que realizar mejor uso de la plantilla de personal existente, asegurando que reciben un salario de subsistencia justo, y están bien apoyados, formados, equipados y motivados.

Los gobiernos de países en desarrollo necesitan planes contundentes en materia de personal sanitario para llevar a cabo lo que a menudo son cambios desafiantes. Asimismo necesitan también realizar presupuestos para asistencia sanitaria adecuados que aseguren la completa puesta en práctica de estos planes.

En los países más pobres, muchos de los cuales se enfrentan a esta grave escasez de trabajadores sanitarios, los gobiernos normalmente necesitarán una ayuda de donantes substancialmente mayor y más efectiva, y condiciones fiscales del FMI más propicias, todo ello encaminado a tratar de cubrir las necesidades de su personal sanitario.

Los compromisos en materia de personal sanitario realizados como parte de la Estrategia Mundial, dan testimonio de un creciente consenso en torno a las soluciones para las crisis de personal sanitario, y un reconocimiento generalizado de que los trabajadores sanitarios son fundamentales para salvar las vidas de los niños y las niñas.

El reto, al tiempo que la comunidad internacional se reúne en Nueva York este mes de septiembre para analizar el progreso, es traducir aspiraciones y compromiso en cambio en el terreno, y sentar las bases para el avance acelerado hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a salud materno-infantil.

## COMPROMISOS INTERNACIONALES DIRIGIDOS A TRABAJADORES SANITARIOS

### ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS), RESOLUCIÓN 57.19, 2004

Insta a los Estados Miembros a desarrollar estrategias para mitigar los efectos adversos de emigración de personal sanitario y minimizar su impacto negativo en los sistemas sanitarios.

### ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS), RESOLUCIÓN 59.23, 2006

Insta a los Estados Miembros a que declaren su compromiso de impartir capacitación a más agentes de la salud:

- considerando la posibilidad de establecer mecanismos para mitigar los efectos adversos para los países en desarrollo de la pérdida de personal sanitario como consecuencia de las migraciones, incluidos medios para que los países industrializados de acogida contribuyan a reforzar los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, de los países de origen;
- promoviendo, en instituciones acreditadas, la capacitación de una gama completa de profesionales de calidad, así como de agentes de salud comunitarios, agentes de salud pública y personal paramédico;
- alentando a los asociados para la salud mundial, incluidos los donantes bilaterales y las alianzas relacionadas con las enfermedades e intervenciones prioritarias, a que suministren apoyo financiero a las instituciones de capacitación sanitaria de los países en desarrollo;
- promoviendo el concepto de alianzas de capacitación entre escuelas de países industrializados y países en desarrollo, que prevean los intercambios de docentes y estudiantes;
- fomentando el establecimiento de equipos de planificación en los países con escasez de personal sanitario, recurriendo para ello a un abanico más amplio de partes interesadas, incluidos los órganos de profesionales, los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales, cuya labor consistirá en formular una estrategia nacional general para el personal sanitario, incluida la consideración de mecanismos eficaces de uso de voluntarios debidamente capacitados;
- utilizando en los países industrializados y en desarrollo enfoques pedagógicos novedosos, con materiales modernos y sistemas de educación basados en el uso innovador de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

## UNIÓN EUROPEA – PROGRAMA DE ACCIÓN EUROPEO PARA HACER FRENTE A LA GRAVE ESCASEZ DE PERSONAL SANITARIO EN PAÍSES EN DESARROLLO (2007–2013), 2007

El Consejo subraya la necesidad de un apoyo más amplio de la UE para el desarrollo de la capacidad de administración pública incluyendo formación en la gestión de recursos humanos, la implementación de la reforma de administración pública, y la promoción de un trabajo y salario decente e iniciativas no salariales, como establecidas en el Programa Europeo para Acción.

El Consejo reconoce que son necesarios recursos financieros adecuados para asegurar soluciones sostenibles a la crisis de recursos humanos en el más amplio contexto de financiación del sector sanitario en países en desarrollo.

El Consejo insta a la Comisión y a los Estados Miembros a asegurar completa consideración de la grave escasez de trabajadores sanitarios en sus programas de salud con países en desarrollo.

### G8, 2008

“Los miembros del G8 trabajarán por un aumento de la cobertura del personal sanitario para lograr el umbral de la OMS de 2,3 trabajadores de la salud por cada 1.000 personas, inicialmente en asociación con los países africanos donde estamos actualmente comprometidos y que están experimentando un déficit crítico de trabajadores de la salud.”

### G8, 2009

“Para avanzar en el objetivo de acceso universal a los servicios de la salud, especialmente la atención primaria de la salud, es esencial fortalecer los sistemas de salud a través de las mejoras del personal sanitario, englobando tanto a los profesionales de la salud como a los trabajadores de salud comunitaria,

los sistemas de información y de financiación de la salud, incluyendo protección social en salud, prestando particular atención a los más vulnerables.

Reafirmamos nuestro compromiso de abordar la escasez de trabajadores de la salud en los países en desarrollo, especialmente en África, y tomamos nota de la Declaración de Kampala 2008 y la Agenda para Acciones Globales promovida por la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (*Global Health Workforce Alliance*).

Alentamos a la OMS a desarrollar en 2010 el Código de buenas prácticas en materia de contratación internacional de personal de la salud.”

## PROYECTO DE RESOLUCIÓN REMITIDO A LA REUNIÓN PLENARIA DE ALTO NIVEL DE LA ASAMBLEA GENERAL POR LA ASAMBLEA GENERAL EN SU SEXAGÉSIMO CUARTO PERÍODO DE SESIONES, 2010

“Nos comprometemos a acelerar los progresos en la promoción de la salud pública mundial para todos, entre otras cosas...examinando las políticas nacionales de contratación, capacitación y retención y elaborando planes nacionales en materia de personal sanitario, sobre la base de la experiencia adquirida, que hagan frente a la falta de trabajadores sanitarios y su desigual distribución dentro de los países, en particular en las zonas remotas y rurales, y en todo el mundo, que socavan los sistemas de salud de los países en desarrollo, en particular la insuficiencia existente en África, y reconociendo, a este respecto, la importancia de las medidas nacionales e internacionales para el fomento del acceso universal a los servicios de atención de la salud que tienen en cuenta las dificultades a que se enfrentan los países en desarrollo para retener al personal sanitario cualificado a la luz de la aprobación del código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud sobre la contratación internacional de salud, cuya observancia es voluntaria.”



## COMPROMISOS SOBRE TRABAJADORES SANITARIOS COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER Y EL NIÑO (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010B)

- **Afganistán** incrementará el número de matronas de 2.400 a 4.556.
- **Australia** financiará trabajadores sanitarios cualificados (incluyendo matronas).
- **Bangladesh** formará 3.000 matronas adicionales.
- **Burkina Faso** desarrollará y pondrá en práctica un plan de recursos humanos para la salud y construirá un nuevo colegio público y privado para matronas para el año 2015.
- **Burundi** incrementará el número de matronas de 39 en 2010 a 250, y el número de escuelas de formación para matronas de uno en 2011 a cuatro en 2015.
- **Cambodia** mejorará la salud reproductiva incrementando la proporción de partos asistidos por un asistente de parto cualificado al 70%.
- **La República Centroafricana** asegurará que la proporción de nacimientos asistidos por personal cualificado se incrementa del 44% al 85% para el año 2015.
- **Chad** reforzará recursos humanos para la salud al formar a 40 matronas al año durante los próximos cuatro años, incluyendo crear una escuela de matronas y construir un hospital nacional de remisión asistencial para mujeres y niños con 250 camas; y desplegar trabajadores sanitarios en centros de salud para asegurar que se proporciona un paquete mínimo de servicios. Chad también se compromete a aprobar una política nacional para recursos humanos para la salud.
- **Comoras** acelerará la puesta en práctica del plan estratégico para recursos humanos para la salud.
- **La República Democrática del Congo** incrementará la proporción de partos asistidos por un asistente de parto cualificado al 80%.
- **Etiopía** incrementará el número de matronas de 2.050 a 8.635.
- **Haití** desarrollará un plan de recursos humanos para la salud para 2015.
- **Indonesia** asegurará que todos los partos serán realizados por asistentes de parto cualificados.
- **Kenia** reclutará y desplegará una cifra adicional de 20.000 trabajadores sanitarios de cuidados primarios.
- **Liberia** duplicará el número de matronas formadas y desplegadas (comparado con las cifras de 2006).
- **La República Democrática Popular Lao** formará 1.500 nuevas matronas para el año 2015 ascendiendo profesionalmente a personal existente y formando y contratando nuevo personal.

- **Madagascar** incrementará la proporción de nacimientos asistidos por asistentes cualificados de 44% a 75%.
- **Malawi** acelerará formación y contratación de profesionales sanitarios para llenar todos los puestos disponibles en el sector sanitario.
- **Mongolia** pondrá en práctica una política para incrementar los sueldos de obstetras, ginecólogos y pediatras en un 50%.
- **Myanmar** mejorará la proporción de matronas por población de 1/5000 a 1/4000, y desarrollará un nuevo plan de recursos humanos para la salud para 2012–2015.
- **Nepal** contratará, formará y desplegará 10.000 asistentes de parto cualificados adicionales.
- **Níger** formará 1.000 proveedores para tratar cuestiones relativas a salud reproductiva entre la población adolescente.
- **Nigeria** introducirá una política para incrementar el número de proveedores de servicios principales incluidos agentes para extensión de la salud comunitarios y matronas, con un foco en desplegar personal sanitario más cualificado en zonas rurales, para reforzar las 2.488 matronas recientemente desplegadas en instituciones sanitarias locales en todo el país.
- **Papua Nueva Guinea** mejorará la educación de matronas y registrará 500 nuevas matronas para el año 2015, e incrementará el número de tocólogos de 17 en 2011 a 40 en 2020.
- **Ruanda** formará cinco veces más matronas, incrementando la proporción de 1/100.000 a 1/20.000.
- **Santo Tomé y Príncipe** incrementará la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado del 87,5% al 95%.
- **Senegal** incrementará la proporción de partos asistidos del 51% al 80% incrementando la contratación de matronas y personal de enfermería estatales.
- **Sierra Leona** asegurará que todos los profesores participan en desarrollo profesional continuo en salud.
- **Tayikistán** asegurará que para 2015, el 85% de matronas reciben formación para proveer atención obstétrica de emergencia.
- **Tanzania** incrementará la inscripción anual en instituciones de formación sanitaria de 5.000 a 10.000, y el número de nuevos licenciados de instituciones de formación sanitaria de 3.000 a 7.000. Simultáneamente, mejorará contratación, distribución y retención mediante nuevos e innovadores programas de salario basado en rendimiento, centrándose en servicios de salud materno-infantil.
- **Vietnam** incrementará la tasa de mujeres que da a luz asistidas por trabajadores sanitarios formados de 96% a 98%.

ACTION FOR GLOBAL HEALTH (2010) Health Workers Urgently Needed to Reach the Health MDGs. The Human Resources for Health Crisis: Briefing Paper. (*Urgente Necesidad de Trabajadores Sanitarios para los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud: Documento informativo*)

ACTION FOR GLOBAL HEALTH & STOP AIDS CAMPAIGN (2010) The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space. (*El FMI, la Crisis Mundial y los Recursos Humanos de Salud: Restringiendo más el espacio de política*)

ACTIONAID Five solutions for tax justice. (*Cinco soluciones para justicia tributaria*)

ADAMS, O B, POZ, M R D, SHENGELIA, B, KWANKAM, S Y, ISSAKOV, A, STILWELL, B, ZURN, P & GOUBAREV, A (2003) Human, Physical, and Intellectual Resource Generation: Proposals for monitoring. (*Generación de Recursos Humanos, Físicos, e Intelectuales: Propuestas para supervisión*) IN MURRAY, C J L & EVANS, D B (Ed.) Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism. (*Evaluación de la Actuación de los Sistemas de Salud: Debates, métodos y empirismo*), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

AFRICAN UNION (2001) *UNIÓN AFRICANA* Abuja Declaración on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases (*Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Relacionadas*) Abuja, Nigeria, Unión Africana.

BASINGA, P, GERTLER, P J, BINAGWAHO, A, SOUCAT, A L, STURDY, J & VERMEERSCH, C M (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary healthcare providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*, 377, 1421–8. (*Efecto en los servicios de salud materno-infantil en Ruanda del pago a proveedores de asistencia sanitaria primaria por rendimiento laboral: una evaluación de impacto*)

BHUTTA, Z A, LASSI, Z S, PARIYO, G & HUICHO, L (2010) Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. (*Experiencia Mundial de Agentes de Salud Comunitarios para Proporcionar los Objetivos De Desarrollo del Milenio Relacionados con la Salud: un revisión sistemática, de estudios de casos de países, y recomendaciones para la integración en sistemas nacionales de salud*). Organización Mundial de la Salud, Global Health Workforce Alliance (*Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario*).

BLACK, R E, COUSENS, S, JOHNSON, H L, LAWN, J E, RUDAN, I, BASSANI, D G, JHA, P, CAMPBELL, H, WALKER, C F, CIBULSKIS, R, EISELE, T, LIU, L & MATHERS, C (2010) Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis (*Causas globales regionales y nacionales de mortalidad infantil en 2008: un análisis sistemático*). *Lancet*, 375, 1969–87.

BORGHI, J, ENSOR, T, NEUPANE, B D & TIWARI, S (2004) Coping with the Burden of the Costs of Maternal Health. (*Hacer frente a la Carga de los Costes de Salud Materna*) IN OPTIONS, DFID & HMGN MINISTRY OF HEALTH (Ed.) Nepal Safer Motherhood Project. (*Proyecto Maternidad Más Segura en Nepal*)

CAMPBELL, J, OULTON, J A, MCPAKE, B & BUCHAN, J (2009), Removing user fees? Engage the health workforce (*¿Eliminar los honorarios a los usuarios? Involucrar a la fuerza de trabajo sanitaria*). *Lancet*, 374, 1966.

CLEMENS, M & PETERSSON, G (2006) Medical Leave: A new database of health professional emigration from Africa (*Permiso médico: Una nueva base de datos de la emigración de profesionales sanitarios provenientes de África*). Washington, DC, Centre for Global Development.

DEGEFIE, T, MARSH, D, GEBREMARIAM, A, TEFERA, W, OSBORN, G & WALTENSBERGER, K (2009) Community case management improves use of treatment for childhood diarrhoea, malaria and pneumonia in a remote district of Ethiopia (*La gestión de casos comunitarios mejora el uso de tratamiento de diarrea, malaria y neumonía en niños en un distrito remoto de Etiopía*). *Ethiopian Journal of Health Development*, 23. (*Boletín de Etiopía sobre Desarrollo Sanitario, número 23*)

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (2008) Health Workers for All and All for Health Workers: The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. (*Trabajadores Sanitarios para Todos y Todos para los Trabajadores Sanitarios: La Declaración de Kampala y Agenda para Acción Global*) First Global Forum on Human Resources for Health (*Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para Salud*). Kampala, Uganda.

GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (2010) *ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER Y EL NIÑO* Commitments. *Compromisos*

GOLDSBOROUGH, D (2007) Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an agenda for action. (*¿Restringe el FMI el Gasto para Salud en Países Pobres? Pruebas y agenda de acción*) Centre for Global Development (*Centro para el Desarrollo Mundial*).

GREENHILL, R & WATT, P (2005) Real Aid: An agenda for making aid work. (*Ayuda Real: Una agenda para hacer que la ayuda funcione*) Johannesburg, ActionAid International.

GROBLER, L, MARAIS, B J, MABUNDA, S A, MARINDI, P N, REUTER, H & VOLMINK, J (2009) Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. (*Intervenciones para incrementar la proporción de profesionales sanitarios ejerciendo en zonas rurales o con deficiencia de servicios*) CD005314.

- HAMILTON, K & YAU, J (2004) The Global Tug-of-War for Health Care Workers. (*La Guerra Mundial Tira-Afloja para Trabajadores de Cuidado Sanitario*) Migration Policy Institute. (*Instituto de Política Migratoria*)
- HONGORO, C & NORMAND, C (2006) Health Workers: Building and Motivating the Workforce. (*Trabajadores Sanitarios: Construir y Motivar a la Fuerza de Trabajo*)
- JALAL, S (2011) The lady health worker program in Pakistan – a commentary. *Eur J Public Health*, 21, 143–4. (*El programa para la mujer trabajadora sanitaria en Pakistán-un comentario*)
- JOINT LEARNING INITIATIVE (2004) *INICIATIVA CONJUNTA DE APRENDIZAJE* Human Resources for Health: Overcoming the Crisis, Global Equity Initiative: Harvard University. (*Recursos Humanos para la Salud: Superar la Crisis: Iniciativa Mundial de Igualdad*) Universidad de Harvard
- LALEMAN, G, KEGELS, G, MARCHAL, B, VAN DER ROOST, D, BOGAERT, I & VAN DAMME, W (2007) The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 5, 19. (*La contribución de los voluntarios sanitarios internacionales a la fuerza de trabajo sanitaria de África subsahariana*)
- LEHMANN, U & SANDERS, D (2007) Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. (*Agentes de salud comunitarios: ¿Quiénes son? las pruebas en programas, actividades, costes e impacto en los resultados sanitarios al emplear agentes de salud comunitarios*), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (2010) Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme: Final Report. (*Evaluación del Programa de Emergencia para los Recursos Humanos de Malawi: Informe Final*). UK Department for International Development. (*Ministerio de Desarrollo Internacional de Reino Unido*)
- MCCOY, D, BENNETT, S, WITTER, S, POND, B, BAKER, B, GOW, J, CHAND, S, ENSOR, T & MCPAKE, B (2008) Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 371, 675–81. (*Salarios e ingresos de trabajadores sanitarios en el África subsahariana*)
- MCKINSEY & COMPANY & FUNDACION BILL & MELINDA GATES (2005) Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. (*Asociaciones de Salud Mundial: Evaluación de las Consecuencias Nacionales*)
- MEESSEN, B, SOUCAT, A & SEKABARAGA, C (2010) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ*, 89, 153–6. (*Financiación basada en el rendimiento: ¿una moda relativa a donaciones o un catalizador para la reforma completa de la asistencia sanitaria?*) Organización Mundial de la Salud
- MILLS, A (2009) Working Group 1 Report: Constraints to Scaling Up and Costs. (*Informe del Grupo de Trabajo 1: Limitaciones de Aumentos y Costes*) Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. *Grupo de Trabajo sobre la Financiación Internacional Innovadora para los Sistemas de Salud*
- NIGERIA FEDERAL MINISTRY OF HEALTH (2011) *MINISTERIO FEDERAL DE SALUD DE NIGERIA* Saving Newborn Lives in Nigeria: Newborn health in the context of the Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy. (*Salvar Las Vidas de Recién Nacidos en Nigeria: Salud para el Recién Nacido en el contexto de la Estrategia Completa de Salud Materna, de Recién Nacido e Infantil*)
- OECD (2011) *OCDE* Improving Domestic Accountability Support: Budget Processes and Health in Mozambique. (*Mejorar el Apoyo de Responsabilidad Nacional: Procesos de Presupuesto y Salud en Mozambique*): a Meeting of the DAC Network on Governance, Reunión de la Red DAC sobre Gobernanza, Paris.
- OYA, C & PONS-VIGNON, N (2010) Aid, Development and the State in Africa. (*Ayuda, Desarrollo y el Estado en África*) IN PADAYACHEE & VISHNU (Ed.) *The Political Economy of Africa*. (*La Economía Política de África*) Londres, Routledge.
- PEARSON, M (2011) Results based aid and results based financing: What are they? Have they delivered results? (*Ayuda basada en resultados y financiación basada en resultados: ¿qué son? ¿han producido resultados?*) Londres, HLSP Institute.
- PITT, C, GRECO, G, POWELL-JACKSON, T & MILLS, A (2010) Countdown to 2015: assessment of official development assistance to maternal, newborn, and child health, 2003–08. *Lancet*, 376, 1485–96. (*Cuenta Atrás hacia 2015: evaluación de asistencia oficial al desarrollo de salud materna, de recién nacido e infantil*)
- PRRINN-MNCH (2011) Progress Report (*Informe de progreso*). PRRINN-MNCH Midterm Review *Revisión a Mitad de Aplicación*. DFID Human Development Resource Centre. *Centro de Recursos para Desarrollo Humano*
- REPUBLIC OF UGANDA'S MINISTRY OF HEALTH (2006) *MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE UGANDA* Service Availability Mapping *Mapa de Disponibilidad de Servicio*. Organización Mundial de la Salud.
- RIDDE, V (2010) Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Tropical Medicine and International Health*. (*Las dietas salariales mina las intervenciones, sistemas e investigación sanitaria en África: enterrando nuestras cabezas en la arena*. *Medicina Tropical y Salud Internacional*)
- SAVE THE CHILDREN UK (2009) Health User Fees: The case against. Londres, Save the Children UK. (*Honorarios para usuarios de la salud*)
- SAVE THE CHILDREN UK (2011a) Missing Midwives. Londres, Save the Children UK. (*Falta de Matronas*)
- SAVE THE CHILDREN UK (2011b) No Child Born To Die: Closing the gaps. Londres Save the Children UK. (*Ningún Niño Nacido Para Morir*)
- SAVE THE CHILDREN USA (2007) Malawi Newborn Health Program: First Year Annual Report (*Programa de Salud de Recién Nacidos de Malawi: Informe Anual del Primer Año*). Westport, Save the Children USA.
- SAVING NEWBORN LIVES (2009) Program in Nepal Mid-Term Review: Final Report (*Programa sobre Revisión a Mitad de Aplicación en Nepal: Informe Final*), Octubre 2009, Internal Report *Informe Interno*.
- TANZANIA AND ZANZIBAR'S MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE (2007) *MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE TANZANIA Y ZANZIBAR* Tanzania Service Availability Mapping (*Mapa de Disponibilidad de Servicio de Tanzania*), 2005–06. Organización Mundial de la Salud.
- TYRRELL, A K, RUSSO, G, DUSSAULT, G & FERRINHO, P (2010), Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Human Resources for Health*, 8, 14. (*Coste de mejorar los recursos humanos para salud: lecciones de Mozambique y Guinea Bissau*)

UNICEF (2010), Protecting Salaries of Frontline Teachers and Health Workers. (*Proteger los Salarios de Profesores y Trabajadores Sanitarios de Primera Línea*) IN UNICEF POLICY AND PRACTICE (Ed), Social and Economic Policy Working Briefs. (*Informes de Trabajo de Política Social y Económica*)

VSO MALAWI (2011), Improving management and supervision for Health Surveillance Assistants in Malawi. (*Mejorar la gestión y supervisión de los Asistentes de Vigilancia Sanitaria en Malawi*) Global Health Workforce Alliance.

VUJICIC, M, ZURN, P, DIALLO, K, ADAMS, O & DAL POZ, M R (2004) The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum Resour Health*, 2, 3. (*El papel de los salarios en la emigración de profesionales de asistencia sanitaria de los países en desarrollo*)

WAKABI, W (2008), Extension workers drive Ethiopia's primary health care. *Lancet*, 372, 880. (*Trabajadores para extensión de la asistencia impulsan el cuidado de salud primaria de Etiopía*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Migration of health professionals in six countries: a synthesis report (*Emigración de profesionales sanitarios en seis países: un informe de síntesis*). Brazzaville. OMS, Oficina Regional para África

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Global Burden of Disease: 2002 estimates (revised). (*Carga Mundial de Enfermedad: 2002 estimados (revisado)*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD The World Health Report 2006 – Working together for health (*Informe sobre la Salud Mundial 2006 - Trabajando juntos para la salud*). Ginebra, OMS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper for the first meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. (*Incrementar el acceso a trabajadores sanitarios en zonas remotas y rurales mediante mejor retención. Documento de antecedentes para la primera reunión encaminada a desarrollar recomendaciones basadas en pruebas para incrementar el acceso a trabajadores sanitarios en zonas remotas y rurales mediante retención mejorada*). Ginebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010a) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Access for all to skilled, motivated, and supported health workers. Global Strategy for Women's and Children's Health: Background paper 4. (*Acceso universal a trabajadores sanitarios cualificados, motivados y apoyados. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y del Niño: Documento de Antecedentes 4*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010b) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Global Strategy for Women's and Children's Health. Every Woman, Every Child. (*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Cada Mujer, Cada Niño*).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010c) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Health Systems Financing: The path to universal coverage. World Health Report. (*Financiación de los Sistemas de Salud: La senda a la cobertura universal. Informe de Salud Mundial*) Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010d) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey. Human Resources for Health Observer. (*Políticas y prácticas de países que están experimentando una crisis en recursos humanos para salud: investigación de su nivel de seguimiento*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010e) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global Policy Recommendations. (*Incrementar el acceso a trabajadores sanitarios en zonas remotas y rurales mediante mejor medidas de retención. Recomendaciones Globales sobre Política*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Efficiency and effectiveness of aid flows towards health workforce development: exploratory study based on four case studies from Ethiopia, the Lao People's Democratic Republic, Liberia and Mozambique. Human Resources for Health Observer. (*Eficiencia y eficacia de los flujos de ayuda hacia el desarrollo del personal sanitario: estudio exploratorio basado en cuatro estudios de casos de Etiopía, República Democrática Popular Lao, Liberia y Mozambique.*)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD World Health Statistics *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra, OMS.

XU, K, EVANS, D B, KAWABATA, K, ZERAMDINI, R, KLAVUS, J & MURRAY, C J (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362, 111–7. (*Gasto familiar sanitario en catástrofes: un análisis multinacional*)

ZURN, P, DAL POZ, M R, STILWELL, B & ADAMS, O (2004), Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health*, 2, 13. (*Desequilibrio en la fuerza de trabajo sanitaria*)

<sup>1</sup> Grupo Interagencial de la ONU para la Estimación de la Mortalidad en la Infancia (2010) (*UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*) “Niveles y Tendencias en Mortalidad Infantil”.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (2011b). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra, OMS.

<sup>3</sup> Mills, A (2009) Informe del Grupo de Trabajo 1: Limitaciones de Aumentos y Costes (*Working Group 1 Report: Constraints to Scaling Up and Costs*). Grupo de Trabajo sobre Financiación Internacional Innovadora para Sistemas de Salud (*Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems*).

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (2006). El Informe sobre la Salud Mundial 2006 - Trabajando juntos para la salud (*The World Health Report 2006 – Working together for health*), Ginebra, OMS.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (2011b). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra, OMS.

<sup>6</sup> La estimación de la OMS de una grave escasez de 3,5 millones de trabajadores sanitarios solo se refiere a 49 países de bajos ingresos, y solo tiene en cuenta médicos, matronas, personal de enfermería y agentes de salud comunitarios. Se trata por lo tanto de una significativa estimación a la baja del déficit total mundial, MILLS, A (2009) Informe del Grupo de Trabajo 1: Limitaciones de Aumentos y Costes (*Working Group 1 Report: Constraints to Scaling Up and Costs*). Grupo de Trabajo sobre Financiación Internacional Innovadora para Sistemas de Salud (*Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems*).

<sup>7</sup> Como reseñado en el Informe sobre la Salud Mundial de la OMS, 2006.

<sup>8</sup> Análisis llevado a cabo por el informe de Save the Children “No Child Born To Die: Closing the gap” (*Ningún Niño Nacido Para Morir*), 2011.

<sup>9</sup> Se ha estimado que el vacío de trabajadores sanitarios en India es de 2,61 millones. El análisis fue llevado a cabo por personal de Save the Children India, basándose en los objetivos establecidos en las normas básicas de salud pública de la India, y datos relativos a médicos en clínicas de asistencia primaria, personal auxiliar de enfermería-matronas, trabajadores angawadi, activistas de salud social acreditados, y trabajadores masculinos para tareas múltiples provenientes de las Estadísticas de Salud Rural (2009), el Ministerio para el Desarrollo de la Mujer y el Niño (2011), y la Revisión Ordinaria Quinquenal de la Misión Nacional de Salud Rural (2010).

<sup>10</sup> Para detalles del compromiso de Save the Children con la Estrategia Mundial, y los compromisos realizados por otras ONGs y OSCs, véase [www.everywomaneverychild.com/commitments](http://www.everywomaneverychild.com/commitments)

<sup>11</sup> Proveniente de la experiencia de los autores en Burundi y Sierra Leona.

<sup>12</sup> No existe un claro consenso sobre la delegación de tareas y su pertinencia depende en gran medida del contexto. En algunos casos, asociaciones profesionales de trabajadores sanitarios han expresado divergencia de opiniones sobre la delegación de tareas, con alguna resistencia a ampliar los papeles de los trabajadores sanitarios existentes más allá de sus cometidos internacionalmente definidos. Aunque existe un potencial prometedor, la delegación de tareas no se debe considerar como una alternativa para desarrollar los cuadros profesionales necesarios a más largo plazo.

# SANIDAD AL ALCANCE DE **TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS**

## PONGAMOS FIN A LA CRISIS DE PERSONAL SANITARIO

Cada día, miles de niños y niñas mueren en países pobres debido a una crisis mundial de personal sanitario que les priva del cuidado que podría salvar sus vidas.

El personal sanitario es el elemento más importante de cualquier servicio de salud. Sin trabajadores sanitarios no se pueden administrar vacunas, no es posible recetar medicamentos para salvar vidas, y ninguna mujer podría recibir cuidado especializado durante el parto.

Ahora que los líderes mundiales se reúnen en Nueva York el 20 de septiembre de 2011, es el momento de abordar de forma decidida el dramático déficit mundial de 3,5 millones de trabajadores sanitarios y salvar las vidas de millones de niños y niñas.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: JANE HAHN