



La Comunidad de enfermería, políticas macroeconómicas y de finanzas públicas: Hacia una mejor comprensión





**World Health
Organization**



**La Comunidad de enfermería,
políticas macroeconómicas y de
finanzas públicas: Hacia una mejor
comprensión**

Edición revisada en 2010

Elaborada por

Christopher Lane y Adélio Fernandes Antunes

Para la Organización Mundial de la Salud

y por

Mireille Kingma y Bridget Weller

Para el Consejo internacional de enfermeras

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, por impresión, medios fotostáticos o cualquier otro medio, su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma o su venta, sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras y de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud y el Consejo internacional de enfermeras reciben con agrado las peticiones de autorización para reproducir o traducir sus publicaciones, en su totalidad o en parte. Las solicitudes y las peticiones de información deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, o a Publicaciones del CIE, Consejo internacional de enfermeras, Ginebra, Suiza, que facilitará con agrado la última información sobre cualesquiera cambios introducidos en el texto, los planes para nuevas ediciones, y las reimpresiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Consejo internacional de enfermeras están protegidas por derecho de autor de conformidad con lo dispuesto en el Protocolo 2 de la Convención Universal sobre el Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Derecho de autor © 2010 del Consejo internacional de enfermeras y de la Organización Mundial de la Salud.

ISBN: 978-92-95094-46-8

Índice

Sobre este documento	5
Reconocimientos	5
Los autores	6
Abreviaturas	7
Resumen	9
Introducción	13
Capítulo 1: Salud y crecimiento económico	15
Capítulo 2: Enfermería y resultados de salud	17
Capítulo 3: Déficit y escasez crítica de trabajadores de salud	21
Capítulo 4: Factores que explican los déficit de los recursos humanos de salud	27
Capítulo 5: Financiar los cuidados de salud	37
Capítulo 6: El sector de salud en el proceso presupuestario	45
Capítulo 7: El compromiso de la enfermería en las finanzas de la salud	53
Conclusión	57
Anexos	
Anexo 1: Los seis componentes del marco de los recursos humanos de salud	59
Anexo 2: Los niveles salariales de las enfermeras en los países de ingresos bajos, medios y altos	61
Anexo 3. Cuestiones técnicas sobre el espacio fiscal	62
Anexo 4: Países con menos de 2,28 profesionales de salud por 1.000 habitantes en 2005	64
Anexo 5: Estimación de los costos financieros	65
Referencias	67

Sobre este documento

Cuando la designación "país o sector" aparece en los títulos de los cuadros abarcan países, territorios, ciudades o sectores. Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o sector ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites.

La presente es una versión abreviada del documento *La comunidad de enfermería, políticas macroeconómicas y financieras públicas: hacia una mayor comprensión (The nursing community, macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding)* preparado por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo internacional de enfermeras para hacer a las enfermeras y otros interesados en la atención de salud más conscientes de los aspectos macroeconómicos y de las políticas y prácticas de financiación del sector de salud.

Reconocimientos

David Benton, Patricia Caldwell, Guy Carrin, David B. Evans, Judith Oulton, Pascal Zurn y tres revisores anónimos han formulado comentarios útiles sobre los proyectos de este documento. Todos los posibles errores son responsabilidad de los autores. Esta versión abreviada del documento fue adaptada por Bridget Weller a partir del original.

Las opiniones en él expresadas son opiniones de los autores y no deben atribuirse al CIE, a la OMS ni al FMI, a su Consejo Ejecutivo, ni a su gestión.

Los autores

Christopher Lane es Subjefe de División en el Departamento Africano del Fondo Monetario Internacional, Washington D.C., EE.UU., con amplia experiencia de programas en los países de ingresos bajos y medios. Trabajó en esta monografía mientras estaba en la Organización Mundial de la Salud.

Adélio Fernandes Antunes es Subdirector del Programa y Asesor de Protección Social de la Salud en la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH en Cambodia. Trabajó como analista de gestión de sistemas de salud en el Departamento de Financiación de Sistemas de Salud, de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, cuando se escribió este documento. También trabajó con la Comisión Europea y con la Organización Mundial de la Salud durante varios años en países de bajos ingresos, en África y en el Sudeste de Asia. Durante ese periodo, trabajó en cuestiones de desarrollo de los sistemas de salud, entre ellos la financiación de los cuidados de salud, la coordinación de los donantes y los recursos humanos para la planificación de la salud.

La Dra. Mireille Kingma, RN PhD es consultora de política de enfermería y salud en el Consejo internacional de enfermeras, federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras. Es Directora del Centro internacional para los recursos humanos de enfermería, del Consejo internacional de enfermeras. En los últimos 20 años ha estado encargada de consultas internacionales y programas de formación en más de 60 países. Su libro reciente titulado *Las enfermeras avanzan: la migración y la economía mundial de la atención de salud* fue publicado en 2006 por Cornell University Press.

Bridget Weller es Directora del Centro internacional para los recursos humanos de enfermería (CIRHE), del Consejo internacional de enfermeras, e investigadora y escritora independiente en el campo de la política de salud, la planificación y los recursos humanos. Contribuyó a la edición revisada (2010) de este documento.

Abreviaturas

PUDF	Plan urgente de formación	Plan para la formación de los recursos humanos de salud en Malawi.
PIB	Producto interno bruto	El valor monetario de los bienes y servicios producidos por los residentes de un país, es decir, con exclusión de los ingresos recibidos del exterior o por pagos de no residentes.
PNB	Producto nacional bruto	El valor monetario de los bienes y servicios producidos por la economía de un país en un año. Incluye los ingresos transferidos desde el extranjero y excluye los ingresos transferidos al exterior por los no residentes.
PIE	País de ingresos elevados	Un país con unos ingresos nacionales brutos anuales por habitante superiores a 11.456 dólares EE.UU. en 2007.
CIE	Consejo internacional de enfermeras	El CIE es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y al frente de la enfermería en el plano internacional, el CIE trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.
PBI	País de bajos ingresos	Un país cuyos ingresos nacionales brutos anuales por habitante eran inferiores a 935 dólares EE.UU. en 2007.
PIMB	País de ingresos medios bajos	Un país cuyos ingresos nacionales brutos anuales por habitante se situaban entre 936 y 3.705 dólares EE.UU. en 2007.
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio	Los ODM constituyen índices numéricos concretos para abordar la pobreza extrema en sus múltiples dimensiones. Incluyen metas y objetivos en relación con la pobreza de los ingresos, el hambre, la mortalidad materna e infantil, la enfermedad, la vivienda inadecuada, la desigualdad de los géneros, la degradación medioambiental y la Colaboración Mundial para el Desarrollo.
MTBF	Marco presupuestario de medio plazo	El instrumento de planificación multianual que establece las principales partidas del presupuesto gubernamental en el contexto de las proyecciones macroeconómicas.
MGMP	Marco para el gasto presupuestario de medio plazo	Instrumento de planificación multianual que establece los objetivos y las políticas sectoriales del gasto dentro de un total general de

OECD	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico	financiación presupuestaria. Grupo de 30 países de elevados ingresos, comprometidos con la democracia y con una economía de mercado.
DERP	Documento sobre la Estrategia de reducción de la pobreza	Estrategia nacional multianual para el desarrollo socioeconómico y la reducción de la pobreza, establecido con la participación de colaboradores para el desarrollo internacional.
OMS	Organización Mundial de la Salud	Autoridad de las Naciones Unidas que dirige y coordina las cuestiones de salud.

Resumen

El presente documento trata de dar a las enfermeras y a los representantes de la enfermería ideas y visiones de los motivos y razones económicas para invertir en la salud, en los sistemas de salud y en los recursos humanos de salud. Tiene por objeto favorecer la interacción y la defensa entre las enfermeras y las personas implicadas en la asignación de los recursos del sector público, tales como los gobiernos, los organismos internacionales, los inversores privados y los administradores de salud.

Un examen crítico de las pruebas existentes pone de relieve que:

- La salud es un elemento importante del desarrollo económico y social.
- Un sistema de atención de salud eficiente, que proporcione acceso equitativo a unos servicios efectivos y eficientes, es un factor crítico determinante del estado de salud de una población.
- Para obtener buenos resultados, los sistemas de atención de salud necesitan unos recursos humanos competentes, eficientes y motivados.
- Muchos países de ingresos bajos y medios tienen importantes deficiencias en sus recursos humanos de salud y una especial escasez crítica de trabajadores cualificados.
- Entre las causas de estos déficit se incluyen la formación insuficiente de trabajadores cualificados y su fuerte disminución.
- Los recursos para responder a estos déficit están muchas veces limitados por las deficiencias macroeconómicas y la insuficiencia financiera del sector de salud.
- Cada año se necesitarían unos 8.700 millones de dólares EE.UU. para abordar los déficit más críticos de recursos humanos de salud. La mayoría de los países de bajos ingresos serían incapaces de cubrir ellos solos estos costos.
- Es urgente una movilización sostenible de fondos para los cuidados de salud. Los países que sufren déficit críticos de trabajadores de salud y de sus colaboradores para el desarrollo han de encontrar modos de aumentar rápidamente la producción, la retención y los resultados de los trabajadores de salud cualificados.

Algunos colaboradores en el desarrollo han comenzado a apoyar a países de bajos ingresos para ampliar la formación, la contratación y el mantenimiento de los recursos humanos de salud mediante planes financiados de varios años. La comunidad de enfermería ha de entender el proceso político y la razón económica de esos planes. Este documento también ofrece una idea de los principales procesos para asegurar los recursos públicos para la salud, que se mencionan como “espacio fiscal” para la salud.

En la última sección del documento se propone un método de cinco puntos:

1. Utilizar y contribuir a pruebas locales e internacionales de que una mejor salud comporta beneficios económicos para las economías de las personas, las comunidades y los países.
2. Utilizar pruebas locales e internacionales, y contribuir a ellas, para mostrar que los niveles adecuados de trabajadores de salud son esenciales para dispensar servicios de salud mejores.

3. Articular los factores económicos subyacentes a la escasez de trabajadores de salud adecuadamente capacitados.
4. Poner de relieve la necesidad de financiación adicional para el personal de salud e ilustrar cómo y de dónde pueden proceder los fondos.
5. Ampliar la influencia de los trabajadores de salud en los procesos de planificación y de elaboración de los presupuestos.

Los sistemas de salud fuertes con recursos humanos de enfermería eficaces reportan beneficios económicos a las personas y a la sociedad. Es esencial seguir reuniendo y difundiendo las pruebas que lo demuestran. También las enfermeras necesitan proteger el interés público asegurando el uso más eficiente y equitativo de los recursos de salud disponibles. Esto puede significar que han de apoyarse cambios tales como delegar ciertas tareas de enfermería (bajo supervisión) a profesionales menos cualificados o establecer otros profesionales de enfermería y otros puestos de enfermería avanzados para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de atención de salud frecuentemente en las zonas rurales.

Para contribuir a conseguir las metas de la atención primaria de salud y del desarrollo de sus países, la comunidad de enfermería tendrá que utilizar su influencia en todos los niveles para abogar en favor de la obtención de recursos adicionales para la formación y para los programas de desarrollo de largo plazo. En los países de bajos ingresos estos programas pueden ser financiados inicialmente por la ayuda externa pero en el largo plazo habrá de identificarse una financiación nacional sostenible.

Las restricciones de los gastos en salud pública, que se originan de los presupuestos nacionales, de los planes para el gasto o de los programas económicos a medio plazo con medidas fiscales estrictas son generalizadas e inciden en los recursos económicos destinados a los recursos humanos de salud. Por tanto, las asociaciones de enfermeras deben tratar de influir en los procesos de planificación y de elaboración del presupuesto para apoyar una atención de salud ampliada y públicamente financiada particularmente con:

- medidas que aumenten los ingresos percibidos por el gobierno a partir de recursos nacionales;
- las iniciativas del gobierno para movilizar más recursos externos;
- las estrategias de reducción de la pobreza y las medidas presupuestarias de medio plazo, incluidos los marcos para el gasto presupuestario a medio plazo;
- las políticas, estrategias y planes del sector de salud, particularmente los que se centran en los recursos humanos y en la financiación;
- mejor gestión, transparencia y deber de rendir cuentas del presupuesto, e incluir instrumentos tales como las encuestas de seguimiento del gasto público;
- evaluaciones de las consecuencias actuales y futuras de las políticas fiscales en el sector de salud y en los pobres;
- vigilancia de las tendencias del gasto público en salud, mediante revisiones del gasto público.

Para influir eficazmente en estos procesos, las enfermeras y sus representantes habrán de establecer alianzas, en los planos local y regional, con los principales interesados del

sector de salud y deberán hablar con una voz más fuerte. El Consejo internacional de enfermeras (CIE) tiene una importante función que desempeñar influyendo en la política de salud y representando a las enfermeras y a la enfermería. Seguirá apoyando a las asociaciones nacionales de enfermeras mediante la consolidación de la posición de los profesionales de salud mediante organizaciones tales como la Alianza mundial de las profesiones de salud, la Alianza mundial para los recursos humanos de salud y la Iniciativa en favor de la Defensa de los recursos humanos de salud.

Introducción

Los sistemas de salud operan frecuentemente en circunstancias macroeconómicas adversas de alta inflación, bajo crecimiento y bajos niveles de desarrollo económico. Estas circunstancias significan que los diferentes sectores de la política social luchan por obtener la prioridad en la asignación de los fondos públicos. A consecuencia de ello, la financiación del sector de salud (pública o privada) es muy inadecuada e impide el desarrollo de estrategias gubernamentales amplias para abordar las necesidades y los factores determinantes de la salud de la población.

En muchos países de bajos ingresos, los sistemas de salud atraviesan importantes problemas tales como la escasez crítica de profesionales de salud capacitados, una infraestructura de salud insuficiente u olvidada y un acceso errático o inadecuado a suministros médicos esenciales. Se precisan mayores recursos financieros para responder a estos problemas. Para el sector público esto significa frecuentemente que ha de tratar de identificar recursos adicionales para los servicios de salud recurriendo a los presupuestos nacionales. La mayor flexibilidad presupuestaria identificada de esta manera es lo que los macroeconomistas y los gestores públicos llaman *espacio fiscal*.

La reciente crisis financiera mundial ha aplicado presión a las finanzas de todos los gobiernos del mundo, ha presionado los presupuestos nacionales y, a consecuencia de ello, el gasto del sector público es objeto de un mayor escrutinio. La necesidad de que las enfermeras y otras personas del sector de salud presenten argumentos de manera coherente y eficaz sobre los beneficios económicos y sociales de un sistema de salud fuerte se hace todavía más urgente al aumentar estas presiones fiscales.

El Consejo internacional de enfermeras (CIE), su Junta, su personal y las 135 asociaciones nacionales de enfermeras que son sus miembros en todo el mundo reconocen que los sistemas de salud deben estar financiados adecuadamente para poder desarrollar y mantener la infraestructura y los recursos humanos necesarios para dispensar y mantener unos cuidados eficaces y de calidad. El presente documento trata de ofrecer a los representantes de la enfermería algunas ideas de los motivos para invertir en la salud, en los sistemas de salud y en los recursos humanos de salud, y ofrece una visión general de los principales procesos que determinan el espacio fiscal para la salud, recurriendo al lenguaje de los economistas. Al hacerlo, trata de apoyar el debate, la negociación y la defensa eficaces con los principales interesados que participan en las finanzas del sector público, y

Macroeconomía: El estudio de la economía nacional, la economía mundial y el modo en que fluctúan los agregados económicos. La Macroeconomía estudia también los efectos que las actuaciones del gobierno -tales como su gasto y sus políticas fiscales- ejercen sobre los puestos de trabajo y los ingresos.

Microeconomía: El estudio de las decisiones de las personas y de las empresas en un mercado, y la manera en que interactúan esas decisiones. La Microeconomía tiene por objeto explicar los precios y las cantidades de los distintos productos y servicios, y el impacto de actuaciones del gobierno, tales como la regulación.

Política fiscal: Los esfuerzos del gobierno para utilizar instrumentos bajo su control, tales como los métodos y medidas de taxación, el gasto del gobierno y el déficit y la deuda estatal para influir en la economía. Puede utilizarse para modificar la cantidad total del gasto o crear incentivos para incrementar las inversiones y la producción.

Fuente: Adaptado de Parkin et al. (1997).

de permitir a las enfermeras influir más eficazmente en la adopción de las decisiones financieras.

El centro de interés de este documento se sitúa principalmente en los países de ingresos bajos y medios-bajos, en los que el sector público es frecuentemente el principal empleador de los profesionales de salud y de las enfermeras y en los que son mayores las limitaciones de la dotación de personal y de la financiación. Sin embargo, es importante señalar que la globalización y la creciente interdependencia entre las naciones y los sistemas de salud significan que la escasez de recursos humanos y las limitaciones financieras experimentadas en todas las partes del mundo inciden directamente en otros países, inclusive en los que se encuentran en situaciones socioeconómicas diferentes.

El documento empieza exponiendo la razón para invertir en los trabajadores de salud. El primer capítulo resume los beneficios económicos positivos que surgen de una mejor salud. El capítulo segundo examina la manera en que los recursos humanos de salud contribuyen a conseguir resultados de salud mejores, y en el tercero se identifican los sectores en los que hay unos déficit críticos de recursos humanos.

Sobre la base de estas pruebas, en el Capítulo 4 se presentan los motivos para explicar su situación. En el Capítulo 5 se examinan más de cerca las cuestiones financieras y los ejemplos de cómo los países han comenzado a tratar la escasez de trabajadores de salud. Luego pasamos, en el Capítulo 6, a tratar los procesos de política general que determinan la financiación de la salud en el presupuesto nacional.

En el Capítulo 7 se resumen nuestras conclusiones y se concluye con recomendaciones sobre cómo las enfermeras y las organizaciones que las representan pueden influir más en la política fiscal para mejorar los resultados de salud.

Capítulo 1: Salud y crecimiento económico

Hay pruebas claras de que la buena salud influye positivamente en el desarrollo económico y social de las personas y de las familias. En los países en que faltan las redes de seguridad social, la mala salud es frecuentemente un factor que impulsa a las personas hacia la pobreza e incide para limitar las oportunidades de escapar de ella. Hay, pues, sólidos motivos económicos y éticos para invertir en la salud pública.

Los avances de las tecnologías médicas, en particular para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, han dado lugar a un aumento importante de la esperanza de vida y de la productividad en el pasado siglo (Acemoglu y Johnson 2006). Sin embargo, los sistemas de salud y sus recursos humanos tienen frecuentemente que luchar con limitaciones financieras y con prioridades gubernamentales contrarias. Sin embargo, es posible defender que las personas actuarán muy por debajo de su pleno potencial económico si no pueden acceder a un nivel mínimo de cuidados de salud. Esto, a su vez, frena el crecimiento económico.

En el informe de 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se articulaba la importancia fundamental de la salud para el crecimiento económico y la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM) (OMS 2002). Mostraba que el estado inicial de salud de la población de un país afecta al crecimiento económico a largo

plazo y al ingreso per cápita. Por ejemplo, el aumento a largo plazo de los ingresos per cápita en los países de bajos ingresos con una tasa de mortalidad infantil superior a 150 por 1.000 nacimientos vivos en 1965 era 3,5 puntos porcentuales más baja que en los países que comenzaban con tasas de mortalidad infantil inferiores a 100 (Cuadro 1) en el mismo año. En

30 años, estas diferencias de crecimiento contribuyeron a desigualdades de ingresos que iban desde el 23% al 65%. No es sorprendente que la alta mortalidad infantil se haya identificado también como uno de los principales factores del colapso del Estado.

Crecimiento económico: *El aumento de los ingresos y la producción. Puede resultar de una tecnología mejorada, de un mayor acceso a equipos productivos o del mejoramiento de las capacidades y de los niveles de la educación.*

Cuadro 1: Índice de crecimiento de los ingresos per cápita, 1965 - 1994 (según el índice de ingresos y de mortalidad infantil, 1965) (OMS 2002)

	Índice inicial de mortalidad infantil (IMI) (muertes de niños por 1.000 nacidos vivos)			
	IMI ≤ 50	50 < IMI ≤ 100	100 < IMI ≤ 150	IMI > 150
Ingresos iniciales, por PIB del país* [PPP-ajustado en \$EE.UU. de 1990]				
PIB ≤ \$EE.UU. 750	—	3,7	1,0	0,1
\$EE.UU. 750 < PIB ≤ \$EE.UU. 1.500	—	3,4	1,1	-0,7
\$EE.UU. 1.500 < PIB ≤ \$EE.UU. 3.000	5,9	1,8	1,1	2,5
\$EE.UU. 3.000 < PIB ≤ \$EE.UU. 6.000	2,8	1,7	0,3	—
PIB > \$EE.UU. 6.000	1,9	-0,5	—	—

* El índice de crecimiento comunicado es la media simple de los índices de crecimiento del PIB de todos los países en una celda específica.

La Comisión examinó también los costos directos de las enfermedades transmisibles que han sido endémicas en los países de bajos ingresos durante muchos años y los costos de los nuevos brotes de enfermedades. Por ejemplo, según estimaciones, el costo de las enfermedades derivadas del paludismo en la región del África Subsahariana en 1999 representó entre el 5,8% y el 17,4% de los ingresos (según los supuestos utilizados) en términos de pérdida de productividad de los trabajadores. Análogamente, desde el comienzo de su aparición, el VIH/SIDA ha tenido, según estimaciones, un coste acumulativo del 35% del Producto nacional bruto (PNB). Las nuevas enfermedades transmisibles también pueden tener elevados costos para las sociedades. Según estimaciones, la llegada de la neumonía atípica causó en 2003 unos costos de más de 18.000 millones de dólares EE.UU. en las economías del Asia Oriental y Sudoriental, es decir 2 millones de dólares EE.UU. por caso. El impacto global y la pérdida de impulso del comercio pueden haber representado para la región unas pérdidas de hasta 60.000 millones de dólares EE.UU. (Banco Asiático de Desarrollo, 2003).

Sin embargo, las pruebas existentes sobre los costos asociados con la mala salud no son, en sí mismas, pruebas suficientes que favorezcan unas mayores inversiones en las instituciones y el personal de atención de salud. Puede aducirse que tratar los determinantes sociales de la salud, como la infraestructura, el agua, los servicios sanitarios y la pobreza monetaria, es más eficiente en costos que la inversión directa en la dotación de personal en las instituciones de atención de salud. Las relaciones causales entre salud, mejores resultados sociales y crecimiento económico son complejas. Sin embargo, se acepta en general que sólo el crecimiento no consigue necesariamente la reducción de la pobreza, y que las políticas que favorecen a los pobres y que tratan de redistribuir la riqueza nacional también son importantes para conseguir una mejor salud de la población.

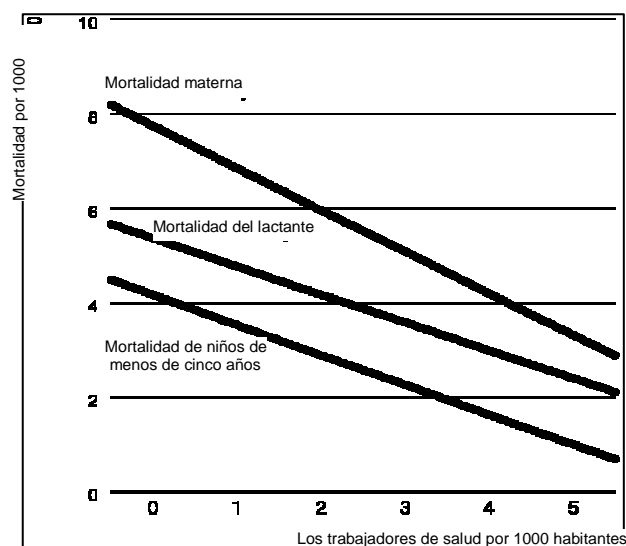
PNB (Producto nacional bruto): es el valor monetario de los bienes y de los servicios producidos por la economía de un país en un año. Incluye los ingresos transferidos del extranjero y excluye los ingresos transferidos al extranjero por los no residentes.

PIB (Producto interno bruto): es el valor monetario de los bienes y servicios producidos por los residentes del país, es decir, con exclusión de los ingresos recibidos del extranjero o pagados a no residentes.

Capítulo 2: Enfermería y resultados de salud

Los trabajadores de salud se encuentran en la vanguardia de la contribución a la salud de las naciones. Son un elemento esencial de los sistemas de salud. Sin embargo, resulta difícil medir la relación entre el número y capacidades de los trabajadores de salud y la consecución de resultados de salud. Se ha establecido una relación amplia entre mortalidad y número de trabajadores de salud por 1.000 habitantes (Figura 1), y se ha visto que los países de baja mortalidad (definidos como países con baja mortalidad de lactantes y de niños de menos de cinco años, y mortalidad materna) tienen en promedio más trabajadores de salud que los países con mortalidad elevada. (Anand y Barninghausen 2004; El-Jardals et al. 2007).

Figura 1: Densidad de trabajadores de salud y correlación maternal, mortalidad de niños de menos de cinco años y de lactantes.



Fuente: JLI (2004) extraído con permiso del impresor.

Hay una variación sustancial en la eficacia de los sistemas de salud y sus recursos humanos. Un número importante de países consiguen unos resultados de salud relativamente mejores con menos trabajadores de salud, mientras que otros países con una densidad mayor de trabajadores de salud tienen resultados peores. Entre los motivos de estas variaciones están las capacidades, la composición (combinación de capacidades) y la distribución de los trabajadores de salud y los distintos enfoques de la gestión de los recursos humanos, técnicos y financieros.

Densidad de trabajadores de salud: el número de trabajadores de salud por 1.000 habitantes.

Sin embargo, la investigación muestra que la densidad de los trabajadores de salud que dispensan servicios de atención de salud está posiblemente relacionada con importantes indicadores de salud, tales como la cobertura de la inmunización, el alcance de la atención primaria, y la supervivencia de los lactantes, de los niños y de las madres.

Los estudios de las contribuciones de distintos tipos de trabajadores se han centrado frecuentemente sólo en una profesión o en un marco directivo de manera aislada. Esos estudios pueden, por ejemplo, identificar los efectos de los médicos en los resultados de salud después de controlar los efectos que tienen los ingresos, la instrucción de las mujeres y la pobreza sobre los indicadores del objetivo de salud (Robinson y Wharrad 2000 y 2001). Sin embargo, no todos pueden indicar la contribución separada de las enfermeras. Este fenómeno se conoce con el nombre de la "invisibilidad de las enfermeras"¹ (véase el Recuadro 1).

Recuadro 1. La "Invisibilidad de las enfermeras"

Hasta hace poco tiempo no ha habido unas pruebas estadísticas claras del impacto de los niveles del personal de enfermería en particular sobre los resultados de salud. A éste se hace referencia frecuentemente como "la invisibilidad de las enfermeras". Esta "invisibilidad" estadística, que parece totalmente contraria a las expectativas de sentido común y a las pruebas publicadas, tiene varias explicaciones:

- La escasa disponibilidad y fiabilidad de los datos sobre las categorías y el número de las enfermeras. Las definiciones y las normas de formación nacionales para las enfermeras son muy variables entre los países y presentan importantes dificultades inclusive para estimar los actuales recursos humanos de enfermería en el mundo (OMS 2006).
- La distribución geográfica y la combinación de capacidades basan la calidad general de los servicios que presta el personal de enfermería. Disponer del número adecuado de enfermeras en conjunto puede ser que no produzca los resultados deseados si no se ubican en todo el país o no tienen las capacidades necesarias.
- La propia naturaleza jerárquica del trabajo de enfermería, que en la mayoría de los países sigue estando bajo la supervisión directa de los médicos, puede explicar también parte de la "invisibilidad" (Anand & Barninghausen 2004).

Cada vez más, la investigación identifica y cuantifica la función esencial de las enfermeras en el mantenimiento de los resultados de los cuidados de salud, en particular en los cuidados urgentes. Un examen sistemático de la investigación internacional realizada desde 1990 y que implica a los hospitales de tratamientos de cuidados intensivos sugiere claramente que una mayor dotación de enfermeras va asociada a unos resultados mejores en los pacientes (Lankshear et al. 2005). Aiken y sus colegas constataron que, después de hacer los ajustes a las características de los pacientes y de los hospitales, las reducciones en el coeficiente enfermera/paciente iba asociado con una mayor probabilidad de muerte dentro de los 30 días siguientes a la admisión y de "fracaso terapéutico" (Aiken et al. 2001). En un estudio realizado en varios países se llegó a la

¹ Anand & Barninghausen (2004) no hallaron efecto ninguno de la densidad de enfermeras en relación con los resultados de salud. El-Jardali et al. (2007), en cambio, vieron pruebas de una correlación entre la densidad de enfermeras y la mortalidad materna y la esperanza de vida. La prueba sobre la influencia de las enfermeras en los resultados de salud en los PBI y PIM es limitada. Aiken et al. (2002) y Needelman et al. (2002) constataron que, en California, el no llegar a cumplir los coeficientes mínimos de personal para las enfermeras (pacientes por enfermera) conducía en varios hospitales a índices de mortalidad superiores.

conclusión de que los resultados europeos eran muy similares a los resultados estadounidenses (Stromberg et al. 2003). Otros estudios hechos en California mostraban que el no cumplir los coeficientes mínimos de personal para las enfermeras en varios hospitales iba asociado con unos índices de mortalidad y morbilidad significativamente superiores (Aiken et al. 2002; Needleman et al. 2002).

Hay pruebas cada vez mayores de la influencia que tienen unos niveles adecuados del personal de salud, incluidas las enfermeras, en los resultados de salud y, por extensión, en el crecimiento económico. ¿Por qué, entonces, en algunos países son inadecuados los niveles de la productividad y de la dotación de personal, y cómo respondemos a esta escasez?

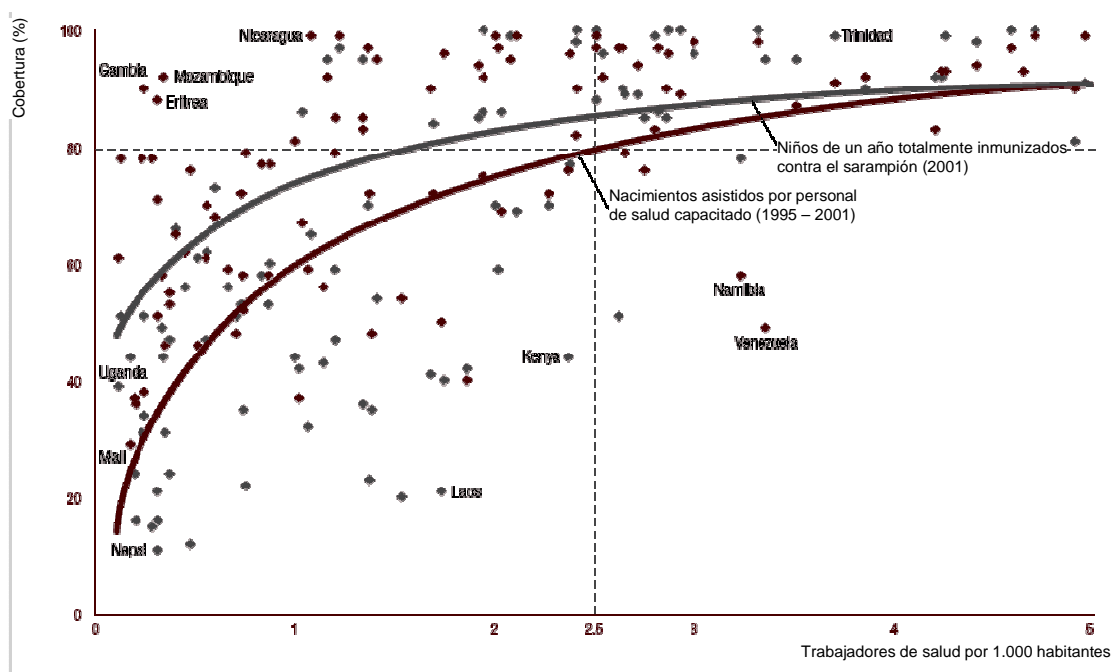
Capítulo 3: Déficit y escasez crítica de trabajadores de salud

3.1 ¿Cuántos trabajadores de salud son suficientes?

No hay una respuesta “idónea” a la pregunta de cuántos trabajadores de salud son “suficientes”. La dotación de personal ha de depender de una amplia gama de factores, entre ellos los objetivos del sistema de salud, la combinación de capacidades del personal, la productividad, el entorno físico y la geografía. En 2004, un estudio de las pruebas disponibles (JLI 2004) llegaba a la conclusión de que hay una fuerte correlación entre el número de trabajadores de salud profesionales que dispensan cuidados de salud (médicos, enfermeras y matronas) por 1.000 habitantes y los niveles de cobertura para la inmunización y para los nacimientos asistidos por personal cualificado (Figura 2). Estos datos sugerían un mínimo indicativo de 2,5 médicos, enfermeras y matronas por 1.000 habitantes.

Resultados análogos se obtuvieron en 2006 cuando la OMS actualizó la información y aumentó el número de los países cubiertos, particularmente los de bajos ingresos. Los resultados sugirieron que los países con menos de 2,28 trabajadores de salud capacitados por cada 1.000 habitantes tenían escasas posibilidades de conseguir una cobertura del 80% de los nacimientos por trabajadores de salud capacitados.

Figura 2: Influencia de los trabajadores de salud médicos (médicos, enfermeras y matronas) sobre la cobertura de nacimientos por asistentes capacitados.



Fuente: JLI (2004) extraído con permiso del editor.

Estas estimaciones del umbral pueden ayudar a definir la escala de la escasez de los recursos humanos de salud, pero no pueden sustituir a métodos más precisos utilizados para evaluar las normas y la adecuación del personal de enfermería en las instituciones de salud (Hurst 2002).

3.2 ¿Cuántos trabajadores de salud hay?

Las estadísticas nacionales deficientes y las variaciones en las nomenclaturas y en las clasificaciones de los profesionales de salud entre los países hacen que sea un importante problema estimar el tamaño actual de los recursos humanos de salud. Según las estimaciones de la OMS hay en el mundo 59,2 millones de trabajadores de salud pagados a tiempo completo (Cuadro 2). Los dispensadores de servicios de salud que prestan cuidados primarios, curativos y rehabilitadores, constituyen aproximadamente las dos terceras partes del total de los recursos humanos, mientras que el tercio restante se compone de trabajadores de gestión de salud y de trabajadores de apoyo. Entre los dispensadores de servicios de salud, las enfermeras y las matronas representan la mayoría más amplia —71% del personal.

Hay variaciones significativas. La densidad de los recursos humanos de salud varía dentro de las regiones y entre ellas hasta en un factor de diez. También hay grandes variaciones en la combinación de capacidades de los dispensadores de salud. El coeficiente de enfermeras por médicos oscila ampliamente desde casi 8:1 en la Región africana hasta el 1,5:1 en la Región del Pacífico Occidental.

Cuadro 2: Los recursos humanos de salud en el mundo: últimos datos disponibles para 2005

Región de la OMS	Recursos humanos de salud totales		Dispensadores de servicios de salud		Trabajadores de gestión de la salud y de apoyo	
	Número [millones]	Densidad [por 1.000 habitantes]	Número [millones]	% del total de los recursos humanos de salud	Número [millones]	% del total de los recursos humanos de salud
África	1,6	2,3	1,4	83	0,3	17
Mediterráneo Oriental	2,1	4,0	1,6	75	0,5	25
Asia Sudoriental	7,0	4,3	4,7	67	2,3	33
Pacífico Occidental	10,1	5,8	7,8	78	2,3	23
Europa	16,6	18,9	11,5	69	5,1	31
Américas	21,7	24,8	12,5	57	9,3	43
Mundo	59,2	9,3	39,5	67	19,8	33

Fuente: OMS (2003 - 2007).

3.3 Necesidades críticas de los recursos humanos

Según estimaciones hechas en el Informe de la OMS sobre Salud Mundial, de 2006, 57 países experimentaron una disminución importante de sus dispensadores de servicios de salud. De estos países, las tres cuartas partes son países de bajos ingresos (PBI) y más de la mitad (36) están en África (véase el Cuadro 3).

Cuadro 3: Tamaño de los déficit críticos previstos de enfermeras/matronas, 2005 - 2015*

	Países con déficit crítico, 2005	Número de enfermeras y matronas, 2005	Volumen estimado del déficit t	
			2005 [en miles]	2015 [en miles]
África	36	540	598	881
Américas	5	41	63	80
Sudeste de Asia	6	1.692	954	1.370
Mediterráneo Oriental	7	158	324	433
Pacífico Occidental	3	21	25	34
Total	57	2.451	1.964	2.798

* El déficit crítico se define como menos de 2,28 trabajadores de salud por 1.000 habitantes y el número de enfermeras necesario es de 1,71 por 1.000 habitantes, es decir 3 enfermeras por médico.

El anterior Cuadro 3 muestra, en términos absolutos, que la escasez proyectada de los números de enfermeras y matronas asciende en el mundo a 2 millones de empleados. Esto equivale a un aumento del 80% de los niveles de personal en los países de los que se ha identificado que tenían escasez grave en 2005. Casi la mitad de la necesidad prevista de enfermeras y matronas se sitúa en el Sudeste de Asia. Los aumentos proporcionados más amplios de enfermeras y matronas se necesitan en África y en el Mediterráneo Oriental.

3.4 Necesidad, demanda y oferta de enfermeras

En cualquier debate del déficit de enfermería debe distinguirse entre los conceptos de “necesidad” y “demanda”. La **necesidad** de personal se refiere al número mínimo real de trabajadores que se considera necesario para asegurar unos servicios y resultados de salud de calidad. Sin embargo, la **demand**a de personal reflejará el número de puestos que pueden sostenerse financieramente y que están abiertos a trabajadores de salud. Depende directamente de las limitaciones financieras que se plantean a los sistemas de salud –lo que el sistema puede sostener en términos de salarios y ventajas sociales del personal. Por ejemplo, en el Canadá, las limitaciones presupuestarias para el sector de salud hicieron que disminuyeran mucho los presupuestos de salud y los gastos en el nivel de los hospitales, a mediados del decenio de 1990. Esto dio lugar a una reducción de la demanda de enfermeras y de las facilidades para la contratación de personal (Vujicic y Evans 2005) aunque las necesidades de salud de los pacientes siguieron siendo esencialmente las mismas o aumentaron por las presiones de una recesión económica en el bienestar de las personas. Por tanto puede haber una fuerte diferencia entre la necesidad y la demanda de enfermeras, especialmente en los países de rentas bajas en los que el acceso a los fondos es especialmente limitado.

En las publicaciones y en la mayoría de los debates del nivel de la política general en que se estudian la escasez, se insistirá en la demanda. La **oferta**, que es el número real disponible de las enfermeras que desean y pueden desempeñar puestos libres, quizá no satisface la demanda, lo que significa que hay una **escasez**. En cambio, un **excedente** se referirá a una situación en la que la oferta supera la demanda. Si no se dispone de fondos suficientes para crear puestos de enfermería (es decir, demanda), la oferta de

enfermeras puede ser excedentaria, aun cuando el nivel de los cuidados que requiere una determinada población sugiera que hay una necesidad crítica de servicios de enfermería adicionales. En estas situaciones, puede ser que las enfermeras abandonen el “mercado” del sector local de salud, en busca de empleo alternativo o de empleo en otras partes.

En un mercado perfecto o ideal, la escasez y los excedentes se tratarán mediante el mecanismo de los precios y el equilibrio se conseguirá a largo plazo (Véase el Cuadro 2).

Sin embargo, el mercado de trabajo del sector de salud permanece desequilibrado por varias razones (Vujicic y Zurn 2006). En muchos países los sistemas de salud no pueden asimilar al nuevo personal titulado o cualificado (aun cuando desee trabajar) por las limitaciones financieras de sus presupuestos. Por ejemplo, en Kenia el 50% de los puestos de enfermera están vacantes mientras que un tercio de los recursos humanos de enfermería está desempleado. El sistema de salud de Zambia no puede dar empleo a su clase de enfermeras que se titula y emigran más enfermeras de las que se preparan. Por otra parte, el CIE ha recibido informes de enfermeras que trabajan gratuitamente para poder mantener sus niveles de competencia y estar en primera línea cuando se presenta un puesto incluido en el presupuesto, por ejemplo en Filipinas, Tanzania, regiones de Europa Oriental (Kingma 2006).

3.5 El mercado de trabajo

El mercado de trabajo se distingue del mercado de un bien o servicio en el que la demanda de trabajo es una demanda derivada. Es decir, la demanda de trabajo proviene de decisiones sobre qué cantidad del producto va a producirse. En el caso del sector de salud, esto significa que la demanda de trabajadores de salud está inseparablemente vinculada a decisiones que adoptan los gobiernos y otros organismos de financiación sobre el tipo y el volumen de los servicios de salud que han de prestarse.

Hay diversos factores que pueden causar que la curva de la demanda de trabajo cambie; entre ellos está el cambio tecnológico, que influye en la eficacia que puede tener cada trabajador de salud, y el suministro de otros factores de producción tales como el equipo de capital o la disponibilidad de productos consumibles, como los medicamentos (Mankiw 2004).

Entre los factores que influyen en la oferta de trabajo se incluyen los siguientes:

- La transacción entre trabajo y tiempo. La parte ascendente de la curva de la oferta nos dice que habrá más personas que deseen aceptar un empleo si el salario ofrecido es superior. Sin embargo, en el caso del mercado de trabajo, la

Necesidades de dotación de personal: El número mínimo de trabajadores necesarios para asegurar servicios de calidad y ofrecer resultados de salud.

Demanda: El número de puestos de enfermería que puede soportar “el mercado”. En las economías clásicas, esto se describe como la relación entre la cantidad de un bien o de un servicio que el consumidor pretende comprar y la manera en que esa cantidad cambia en función del precio de ese bien o servicio.

Suministro: El número real de enfermeras de que se dispone y que están dispuestas a ocupar los puestos de enfermería.

Escasez: Situación en la que la oferta es menor que la demanda.

Excedente: Situación en la que el suministro de un bien o de un servicio es mayor que la demanda del mercado.

curva de la oferta no siempre tenderá hacia arriba: un índice salarial más alto quizá significa que el trabajador puede ahora permitirse trabajar menos horas para mantener el mismo nivel de vida (la llamada “curva de suministro inclinada hacia atrás”). Análogamente, otras obligaciones, como los deberes de cuidar de la familia, pueden limitar la capacidad de los trabajadores para aumentar sus horas de trabajo, en particular en el caso de unos recursos humanos dominados por las mujeres.

- Los cambios de gusto y de preferencia, como los ocurridos en el porcentaje en que las mujeres han participado a lo largo del tiempo en los recursos humanos retribuidos.
- Los cambios de oportunidades alternativas, como el empleo alternativo disponible en otros mercados de trabajo.
- La inmigración entre fronteras o a través de ellas. Como sabemos por nuestras experiencias de la migración de los profesionales de salud, el flujo significativo de emigración de un país a otro puede hacer que aumente el suministro de trabajo en el país de destino y que disminuya en el país de origen (Mankiw 2004).

Las limitaciones en el gasto del sector público en salud pueden significar que los empleadores no pueden aumentar los salarios al nivel que se precisaría para asegurar un suministro local. La necesidad, particularmente en los países de bajos ingresos, es ampliamente superior a la capacidad que tienen las personas para pagar. Los empleados pueden mirar, más allá del sector nacional de salud, a otras formas de empleo locales, o entrar en el mercado de trabajo mundial para conseguir mejores salarios en otras partes.

Algunos economistas aducen que el mercado de trabajo de la enfermería se ve también afectado por el **monopsonio**, aunque esto se considera generalmente raro en los mercados de trabajo. El monopsonio es un mercado en el que sólo hay un comprador. En el contexto de los mercados de trabajo de la enfermería ésta sería la situación en la que hay solamente un comprador de los servicios de las enfermeras (el “oligopsonio” es una situación similar, en la que hay solamente un pequeño número de compradores). Entre los ejemplos puede citarse un sistema de salud nacional en el que el gobierno es el único empleador, o un sector rural en el que solamente hay una organización que dispensa servicios de atención de salud. En el contexto de los mercados de trabajo de la enfermería, la teoría económica sugerirá que una empresa monopsonica alquilaría trabajadores a un índice salarial más bajo que otra empresa cuyo mercado es genuinamente competitivo.

Monopolio: Un mercado con un solo vendedor de un producto sin sustitutos válidos. Los compradores del producto no tienen alternativa, por ello el vendedor, no el mercado, fija los precios y éstos serán generalmente más elevados.

Monopsonio: Un mercado de trabajo en el que sólo hay un comprador. En un mercado de trabajo esto significaría que un empleador puede influir el salario del trabajo, pues los trabajadores no tienen empleadores alternativos.

Con los bajos niveles de movilidad del mercado de trabajo y los elevados niveles de capacidad aumentará la probabilidad de los efectos del monopsonio. Link y Landon (2001) aducen que las enfermeras ganan frecuentemente segundos salarios, lo que limita su movilidad geográfica, y que las grandes capacidades exigidas al puesto significan que no hay muchas ocupaciones que sean sustitutos. En su estudio de 2001 se confirmó su expectativa teórica de que habría por tanto un efecto de monopsonio en la enfermería, y se constató que las concentraciones de hospitales en una ciudad van asociadas a una

disminución de 400 dólares en los salarios anuales iniciales de las enfermeras tituladas universitarias y con diploma. También constataron que “la sindicación parece ser una fuerza con un gran potencial de compensación”. Sin embargo, no todos los investigadores que han buscado un efecto de monopsonio en los mercados de trabajo de la enfermería han encontrado pruebas de su existencia basadas en la investigación, y el asunto sigue debatiéndose.

Los principales factores que crean déficit persistentes de los recursos humanos se exponen más detalladamente en el capítulo próximo.

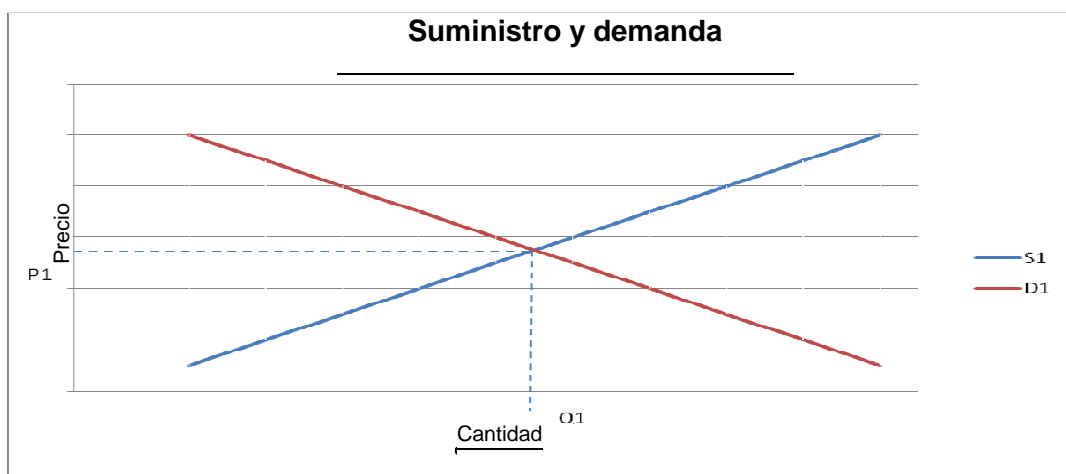
Recuadro 2: Suministro y demanda en un mercado perfecto

En el diagrama que figura a continuación se configura la relación entre el suministro y la demanda en un mercado libre, según la teoría macroeconómica clásica, cuando todos los demás factores e influencias se consideran iguales.

- La línea 'S1' muestra que a medida que aumenta el precio (que aparece en el eje y) ofrecido por un bien o servicio, aumenta también la cantidad de ese bien o servicio (que aparece en el eje x).
- La línea 'D1' muestra que a medida que aumenta el precio de un bien o servicio, disminuye el nivel de la demanda de ese bien o servicio.

El “Equilibrio” se alcanza cuando las dos líneas se cruzan: ese es el punto en el que aparece que la cantidad del bien o servicio que el proveedor está dispuesto a prestar a un precio determinado, 'P1', es igual a la cantidad del bien o servicio, 'Q1', que el comprador quiere comprar a ese precio.

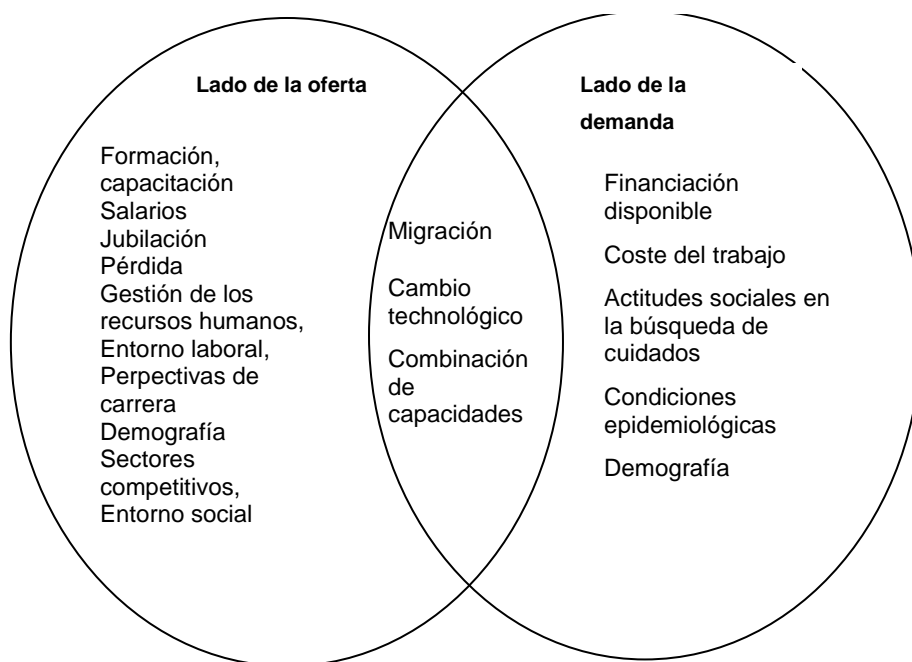
En el caso del mercado de trabajo, el precio representa los salarios, y la cantidad es el número de trabajadores dispuestos a trabajar en ese índice salarial. Una importante diferencia es que la ley de los beneficios en disminución significa que, en el caso del mercado de trabajo, la demanda representa el valor de coste marginal del trabajo.



Capítulo 4: Factores que explican los déficit de los recursos humanos de salud

Son numerosos los factores que afectan a la oferta y a la demanda de trabajadores de salud (Figura 3). En este documento nos centramos en los factores económicos, al tiempo que reconocemos que también pueden ser importantes los factores no económicos. Si bien las actitudes sociales, el entorno laboral y la calidad de la gestión pueden influir en medida importante en la atracción y mantenimiento de los trabajadores de salud, los salarios son un factor fundamental. En las secciones siguientes se considera la función de los gastos de salud, los salarios, la formación y la pérdida y la migración de los recursos humanos para explicar los déficit críticos de los recursos humanos de salud.

Figura 3: Factores que influyen en la adecuación de los dispensadores de atención de salud según la necesidad



Fuente: Evaluación de los autores.

4.1 Salarios de las enfermeras

Los salarios tienen una importancia fundamental para comprender el trabajo y la escasez de trabajadores de salud. Los salarios demasiado elevados y las limitaciones presupuestarias probablemente significan que podrán contratarse menos enfermeras de las que se necesitan, pues la oferta será demasiado baja. Si se establecen unos salarios demasiado bajos la enfermería será una carrera menos atractiva y el

Salarios: La cuantía de la paga recibida por el empleo. Generalmente se considera lo mismo que el "sueldo".

Ingresos: Beneficio financiero total obtenido del empleo de una persona; en él se incluyen las pagas, las donaciones y otros beneficios adicionales.

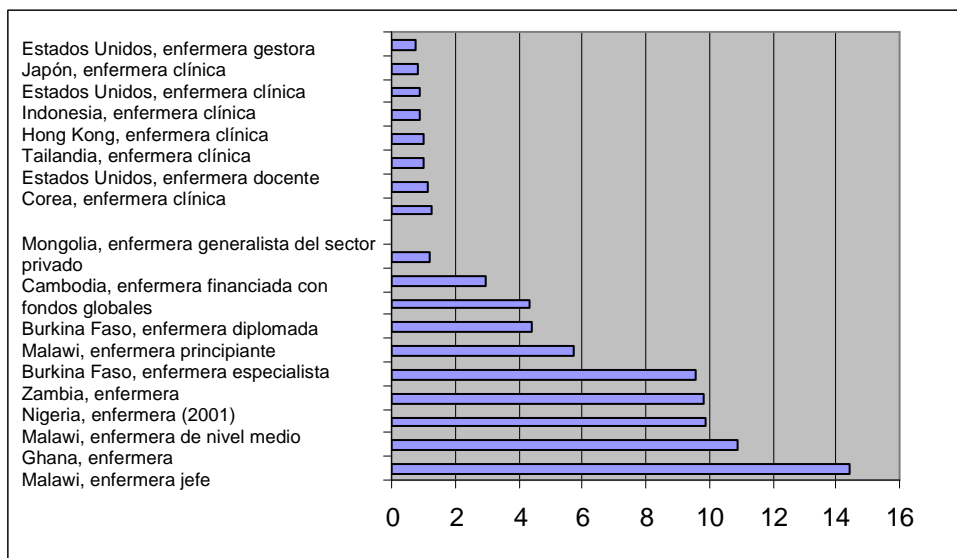
Ingreso medio: Ingreso nacional bruto per capita.

número y la calidad de las enfermeras se reducirán a medida que menos candidatas cualificadas o candidatas menos cualificadas se incorporan a la formación, y aumenta la probabilidad de que las enfermeras especialistas abandonen los recursos humanos de enfermería para ocupar puestos mejor pagados en otros sectores, en otros países o en el sector privado.

Un modo de mostrar los salarios de las enfermeras en relación con los de otras ocupaciones consiste en comparar los ingresos de la enfermera (salarios y primas) con el ingreso medio del país (ingreso nacional bruto por habitante). Los salarios y los ingresos de las enfermeras varían ampliamente entre los países. En un estudio reciente basado en una muestra de siete países de bajos ingresos se constató que los salarios de las enfermeras oscilaban entre una y 15 veces el ingreso medio (Figura 4, y datos del Anexo 2). En este grupo figuraban países con importantes déficit de enfermeras (Burkina Faso, Ghana, Malawi) además de países con niveles de dotación de enfermeras apenas por encima del mínimo (Nigeria, Zambia).

En los países de ingresos medios y elevados los salarios de las enfermeras se sitúan mucho más cerca del ingreso medio por habitante —en la gama de 0,8 - 1,3. Estas diferencias entre los países de bajos ingresos (PBI) y los países de ingresos elevados (PIE) pueden obedecer a importantes diferencias del nivel de capacidades de los trabajadores y a los relativamente más bajos niveles de desempleo. En los países de ingresos medios y elevados, el nivel medio de capacidades de los trabajadores es bastante alto; la mayoría de ellos tendrán al menos 11 años de educación y una formación profesional

Figura 4: Coeficiente entre los salarios de enfermeras y el ingreso per cápita, 2005 - 2006



Fuente: Adaptado de Record y Mohiddin (2006); McCoy et al. (2008); CIE (2007a); MS (2007a). Valores convertidos a dólares EE.UU. utilizando convertidores PPP para 2005, procedentes de indicadores del Desarrollo en el Mundo (Banco Mundial 2008).

Sin embargo, en los PBI los recursos humanos constan casi totalmente de trabajadores no capacitados, con formación escasa o nula. En cambio, las enfermeras habrían completado su formación primaria y secundaria, más dos o cuatro años de formación profesional. Lo que permitiría a las enfermeras de los PBI reclamar salarios más elevados que el promedio, aun cuando sus salarios pudieran seguir siendo bajos en comparación con los de sus compañeras en su país o en otros países.

Los datos sobre los ingresos y salarios de la enfermera en relación con los ingresos medios no indican que las enfermeras estén pagadas excesivamente en los PBI (países de bajos ingresos). De hecho, los datos reunidos por el CIE sugieren que los salarios de las enfermeras son bajos en comparación con los de las profesiones con niveles de formación, responsabilidad y dureza del trabajo equivalentes. Esto refleja una percepción de la enfermería como vocación más bien que como carrera y contribuye a esa percepción (CIE 2007b). Varias asociaciones nacionales de enfermería han abordado con éxito esta cuestión en las reuniones y han pedido que se aplique la legislación de Igualdad de oportunidades adoptada en sus países (Kingma 2006).

Como las enfermeras tienen muchas capacidades transferibles, los salarios relativamente pobres que se ofrecen representan un factor importante en las decisiones sobre si formar parte de los recursos humanos o salir de ellos, y sobre si emigrar. Por ejemplo, Brown y Connell (2004) constataron que las Islas del Pacífico Sur que ofrecían salarios relativos buenos por trabajo de igual valor tenían niveles de emigración más bajos que otros países con economías comparables.

4.2 Formación y pérdida de enfermeras

Un conjunto inadecuado de personal formado puede contribuir también al déficit de los recursos humanos de salud. Las pruebas muestran que la participación de las escuelas de enfermería en los países deficitarios de recursos humanos es muy inferior a los números que se precisan para llegar a las densidades mínimas de la dotación de personal, y que esto puede impedir el progreso hacia la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio (Preker et al. 2008). La formación de los profesionales de salud es cara, especialmente para los países con bajos gastos en salud pública: la formación de la enfermera antes del servicio cuesta generalmente alrededor de los 6.000 dólares EE.UU. para conseguir un título de enfermería de tres años en un país de bajos ingresos.²

² Según estimaciones de la Corporación Financiera Internacional la formación privada de enfermería en Ghana cuesta al año 2500 dólares EE.UU. (IFC n.d.) y, según estimaciones de McKinsey, los costos anuales de la formación de personal no médico se sitúan en la gama de 2.000 a 3.000 dólares EE.UU. (Bryan et al. 2006).

Recuadro 3: Notas sobre los datos: Comparación de los salarios de las enfermeras. Si se dispusiera de datos mejores sobre los países podrían hacerse comparaciones entre las enfermeras y otras ocupaciones que requieren niveles similares de formación y capacitación. Estas comparaciones se hacen en los países de altos ingresos, y en mucha menor medida en los países de bajos ingresos y en los países de ingresos bajos y medios. Una excepción notable son las encuestas realizadas por el CIE; sin embargo no hay fuente fiable o completa de datos salariales por ocupación (Draeger et al. 2006; Hernandez et al. 2006). Por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recoge datos sobre salarios por ocupaciones pero para los países en desarrollo no se han recogido recientemente datos en el nivel de detalle que se necesita para comparar los salarios de las enfermeras con los de otras ocupaciones.

Si bien los países de altos ingresos tienen menos problemas importantes con los niveles de personal de los servicios de salud, el envejecimiento de los recursos humanos de enfermería es causa de preocupación. El promedio de edad de la enfermera ha seguido aumentando y ha llegado a ser de 44,7 años en el Canadá, 47 en Suecia y 45,4 en los EE.UU. La jubilación de enfermeras procedentes de la generación del *baby boom* puede explicar la disminución de hasta el 40% de los recursos humanos de enfermería en los 10 años próximos en la mayoría de los países de altos ingresos (CIE 2007b).

Recuadro 4: Entornos positivos para la práctica

Las organizaciones profesionales internacionales reconocen las importantes repercusiones que tienen las condiciones laborales, el entorno de trabajo y el ambiente de la organización en la contratación y la retención del personal y en los resultados conseguidos en los pacientes. Seis organizaciones: -el Consejo internacional de enfermeras, la Asociación médica mundial, la Federación internacional de farmacia, la Confederación mundial de fisioterapia, la Federación odontológica mundial, y la Federación internacional de hospitales, con el apoyo de la Alianza mundial para los recursos humanos de salud- han iniciado una Campaña sobre los Entornos positivos para la práctica. La campaña ofrece una plataforma mundial para el país e iniciativas centradas en las instituciones como estrategia para abordar la crisis mundial de los recursos humanos de salud. Los presupuestos y las asignaciones financieras en los sistemas de salud son elementos críticos del centro principal de la campaña.

El coste total de la formación y del pago de las enfermeras en los PBI también aumenta con los elevados índices de salida de la profesión. Los altos índices de salidas imponen costos inmediatos en los presupuestos de salud para llenar puestos vacantes y hace aumentar la presión sobre las limitadas instituciones de formación. Un estudio hecho en 1999 muestra que la proporción de enfermeras que en África abandonan voluntariamente los recursos humanos, es decir, antes de la edad de jubilación, oscilaba entre el 23% en Malawi y el 78% en Namibia (Dovlo 1999). Además de estas salidas voluntarias, el aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad de las enfermeras en los PBI contribuye a las pérdidas de recursos humanos de enfermeras, en particular en los países con elevada prevalencia del VIH/SIDA.

4.3 Migración de los recursos humanos de salud

Son diversos los factores que empujan a los trabajadores de salud a “entrar” o “salir” de los países de renta baja a los de renta media y alta, o hacia países con un nivel comparable de desarrollo económico pero con unas condiciones laborales mejores. El efecto de la mayor emigración de enfermeras y médicos de países de ingresos bajos y medios a países de ingresos elevados, que consiste en agudizar los déficit actuales de los recursos humanos, ha sido objeto de gran atención en el pasado decenio (Kingma 2006). Se aduce que esta migración es “injusta” porque los costos de la formación recaen sobre los países de origen y son raras veces reembolsados por las autoridades de salud de los países de destino. Aun cuando los migrantes frecuentemente hacen envíos de dinero a su país de origen, no está claro si esos envíos son suficientes para compensar los costos de formación o las pérdidas resultantes de los persistentes déficit de trabajadores de salud (Docquier 2006).

Los factores de "empuje", como la perspectiva de mayores ingresos y mejores condiciones de vida y de trabajo, explican la emigración de los trabajadores (Zurn et al. 2004, Padarath et al. 2003). La prevalencia de altos índices de expatriación en países que han experimentado conflictos sugiere que operan los factores de "empuje" y también los factores de "retención". Algunos países con déficit importantes de trabajadores de salud han tenido niveles relativamente altos de emigración de las enfermeras en relación con el número de las que quedaban en el país (Cuadro 4).

Cuadro 4: Índices de expatriación de las enfermeras a países de la OCDE , hacia el año 2000

País con déficit crítico	Número de enfermeras de estos países, que trabajan en países de la OCDE	Número de enfermeras de estos países, que trabajan en el país de origen	Índice de expatriación [%]
El Salvador	2.398	5.103	32
Guinea Ecuatorial	98	218	31
Ghana	5.230	15.797	24,9
Haití	13.001	834	94
Liberia	1.240	613	66,9
Madagascar	1.157	3.585	24,4
Marruecos	5.730	22.250	20,5
Sierra Leona	2.057	1.599	56,3
Zimbabwe	3.619	9.357	27,9

Fuente: OCDE (2008)

En un estudio reciente de la OCDE se llega a la conclusión de que "la migración internacional no es la causa principal, ni su reducción sería la solución de la crisis mundial de los recursos humanos de salud, aunque hace más agudos los problemas de algunos países". (OCDE 2008). Por ejemplo, el conjunto de médicos y enfermeras nacidos en África pero que trabaja en los países desarrollados es, según estimaciones, cercano a los 100.000 o aproximadamente una octava parte del déficit estimado de médicos y enfermeras en África. En conjunto, los emigrantes profesionales representan el 20% de la escasez global de trabajadores de salud en los países con déficit importantes (Cuadro 5). Aun cuando estos números son significativos, la migración es

sólo uno de los factores que han causado la actual escasez de enfermeras empleadas en África.

Cuadro 5: Déficit y emigración de médicos, enfermeras y matronas, por regiones

Región de la OMS	Déficit estimado de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y matronas), 2005 [en millares]	Médicos y enfermeras en la OCDE nacidos el extranjero, por región de origen [en millares]	Nacidos en el extranjero / déficit [%]
África	818	98	12
Américas	38	199	526
Asia del Sudeste	1.164	101	9
Europa			
Mediterráneo Oriental	306	72	23
Pacífico Occidental	33	212	652
Mundo	2.358	682	20

Fuente: OCDE (2008)

La emigración de las enfermeras puede aportar algunas ventajas en la forma de las remesas enviadas a las familias. Por ejemplo, las enfermeras inmigrantes al Reino Unido desde Filipinas y Sudáfrica comunican que envían a casa más de la cuarta parte de sus ingresos (ICNM 2007; Buchan et al. 2006). Sin embargo, no hay pruebas de apoyo concretas que relacionen los efectos individuales con las remesas de dinero de las enfermeras con la reducción de la pobreza. Se ha propuesto que la “exportación” estratégica de trabajadores de salud, como en el caso de Filipinas, puede ser una estrategia de crecimiento para países como Malawi (Record y Mohiddin 2006). Otros países como Indonesia, San Vicente y Uganda también están examinando la posibilidad de preparar a enfermeras para el mercado internacional de trabajo. Si bien puede considerarse que esta estrategia es una solución adecuada para el excedente del suministro de enfermería, también plantea cuestiones prácticas y éticas, habida cuenta de que los sistemas de salud de los países exportadores, tales como las Filipinas, siguen experimentando déficit o malas distribuciones de sus recursos humanos de enfermería nacionales (Brush y Sochalski 2007).

Abordar la emigración de los trabajadores de salud sigue siendo difícil, pues se plantean cuestiones éticas y socioeconómicas (Ogilvie et al. 2007). En la práctica, las soluciones pragmáticas se han centrado en códigos de práctica para los países desarrollados que tratan de limitar o restringir la contratación en los países con déficit de recursos humanos, fortaleciendo los requisitos posteriores a la formación en los países de origen y haciendo las calificaciones de los trabajadores de salud menos transferibles en el plano internacional. Hasta hoy, los códigos no han demostrado ser eficaces. (Martineau y Willetts 2006).

Eliminar los factores de “empuje” mejorando el entorno de la práctica de los profesionales de salud, aplicando marcos de remuneración equitativos e introduciendo estrategias de retención eficaces debe ser un punto esencial de atención para reducir la migración (CIE 2008). El CIE ha elaborado una Declaración de posición sobre la Contratación ética de las enfermeras, en la que se ponen de relieve los principios de la contratación ética, del

despliegue y del empleo, al tiempo que pide la regulación de quienes contratan (CIE 2007c).

4.4 Complementar el empleo y los ingresos

A pesar de unas condiciones de trabajo difíciles y de un salario bajo, muchos trabajadores de salud optan por permanecer en el sector público de salud. Entre las razones figuran la posibilidad de ingresos adicionales, además de la vocación y la conciencia profesional. Sin embargo, muchos tratan de completar sus ingresos mediante ocupaciones secundarias o mediante las llamadas "prácticas dobles". Las prácticas dobles pueden incluir una práctica privada legítima, tener dos empleos a la vez y recoger reclamaciones informales de los pacientes. Las prácticas dobles no son necesariamente corruptas ni predatorias, pero pueden dar lugar a problemas tales como el conflicto de intereses o el ausentismo y pueden minar en medida importante la prestación de servicios de salud y la confianza del público (Van Lerberghe et al. 2002). El pluriempleo abusivo también puede tener consecuencias negativas para los trabajadores de salud y para los pacientes.

En un estudio sobre los funcionarios de los países en desarrollo se constató que el 87% de los que respondieron notificaban actividades dobles con las que añadían a sus ingresos entre un 50% y un 80% extra (Macq et al. 2001), y en un estudio hecho en Laos en 2002 se vio que el 32% del personal de salud encuestado comunicaba que tenía actividades secundarias. Sin embargo, la práctica doble no se limita a los países en desarrollo. En Portugal, el Reino Unido y Francia, es común que los profesionales públicos tengan prácticas privadas u otros puestos de trabajo (Ferrinho et al. 2004a y 2004b), aunque en algunos casos esto pueda limitarse a determinados tipos de especialidades.

Las prácticas dobles y la falta de motivación contribuyen al ausentismo entre los trabajadores de salud (en particular los médicos) en los países de ingresos bajos y los de ingresos medios. En un estudio de diversos países que abarcaba Bangladesh, la India, Indonesia, Perú y Uganda se constaba que el 35% de los trabajadores de salud faltaban de su puesto de trabajo cuando eran objeto de vigilancia (Cuadro 6). Los hombres eran más inclinados al ausentismo que las mujeres y las regiones pobres tendían a ser las que más sufrían de él. Notoriamente había pocas pruebas de que los salarios influyeran en el ausentismo. Parece que el entorno laboral y la supervisión predicen mejor la presencia de los trabajadores (Chaudhury et al. 2006).

Cuadro 6: Índices de ausencia en las instituciones de prestación de servicios primarios, países seleccionados.

	Ausentismo [%]
Bangladesh	35
India	40
Indonesia	40
Perú	25
Uganda	37
Media no ponderada	35

Fuente: Chaudhury et al. (2006).

Las prácticas dobles no siempre pueden garantizar por sí solas ingresos suficientes para los trabajadores de salud, y alternativas tales como el hurto y la reventa de medicamentos y materiales son comunes, en grados distintos, en la mayoría de los países. En Uganda, el promedio de la falta de medicamentos en las instituciones de salud se estimó en el 78%, y en el Reino Unido el hurto y la reventa pueden ascender a 15 millones de libras cada año (Ferrinho et al. 2004b).³ La pérdida de productividad de los trabajadores de salud por la práctica doble y el ausentismo, además de la desviación de fondos públicos representada por los desvíos de medicamentos y otras prácticas representa, para los fondos de salud del sector público, un costo que da lugar a unos menores beneficios de la “inversión” que los gobiernos han hecho en la formación de unos recursos humanos capacitados, una prestación de servicios reducida y, por tanto, menores resultados de salud para la población. Como se expone en los capítulos anteriores, unos resultados de salud reducidos significan también menor productividad nacional.

Para abordar el problema de las prácticas dobles y sus consecuencias en los sistemas y en los resultados de salud se precisa un planteamiento abierto que incluye múltiples estrategias que tratan cuestiones clave tales como los ingresos e incentivos, las condiciones de trabajo, la ética profesional, y la “regulación del donante”.

4.5 Nivel del gasto gubernamental en salud

Para entender mejor por qué existen los déficit o la escasez críticas de trabajadores de salud, hemos de comparar el gasto en salud en los países que tienen y en los que no tienen un déficit crítico de trabajadores de salud.

Sobre la base de la parte de los ingresos de un país (producto interno bruto) que se gasta en salud, el gasto total de los PBI y de los PIMB es, en promedio, del 25% al 30% superior en los países que no tienen un déficit crítico de trabajadores de salud. (Columna 2 del Cuadro 7).

³En algunos casos la pérdida de medicamentos puede ser también producto de robos para uso personal.

Cuadro 7: El bajo gasto gubernamental en salud en los países con déficit de recursos humanos, 2005

	Déficit de trabajadores de salud esenciales	Gasto/ingreso total en salud *	Gasto gubernamental en salud / PIB	Gasto gubernamental en salud /Gasto total del gobierno
		[%]	[%]	[%]
Países de bajos ingresos	No	6,4	3,9	9,4
	Sí	5,1	2,2	9,3
Países de ingresos medios bajos	No	6,5	4,1	10,4
	Sí	5,0	2,7	8,8

* El ingreso se define como el producto nacional bruto, o el valor monetario de los bienes y servicios producidos en país.

Fuente: OMS (2005).

Los gobiernos son los principales empleadores de trabajadores de salud capacitados, en los países de ingresos bajos y medios, por ello el nivel del gasto estatal es un factor determinante esencial de los niveles de dotación de personal en esos países. De hecho, el gasto estatal en salud como parte del producto interno bruto es casi un 50% más bajo en los países que tienen un déficit crítico de trabajadores de salud (Columna 3 del Cuadro 7).

Sin embargo, para los países de bajos ingresos el gasto estatal en salud como parte de su gasto total es muy similar en los países con o sin déficit crítico (Columna 4 del Cuadro 7). Esto sugiere que los países con déficit de trabajadores de salud gastan menos en salud que los países que no tienen déficit de esos trabajadores. La diferencia en el gasto se ve especialmente acentuada en el sector estatal. Y ello porque el gasto total de gobierno es bajo, más bien que porque la salud tiene una baja prioridad.

Capítulo 5: Financiar los cuidados de salud

5.1 Los costos de la prestación de cuidados de salud

Dispensar unos cuidados de salud básicos y completos es costoso y requiere un gran presupuesto, particularmente en los países de bajos ingresos. El costo de la formación, del alquiler y del mantenimiento de más trabajadores de salud representa un importante porcentaje de los costos de salud totales. Se piensa que en torno a los 40 dólares EE.UU. de gasto en salud por persona es el mínimo absoluto necesario para dispensar un conjunto de cuidados de salud esencial y eficiente en costos.

Reuadro 5: Salud y personal mundial: necesidades de espacio fiscal

La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS hizo un ejercicio de costos para calcular cuánto espacio fiscal se precisará para cubrir los servicios básicos de atención de salud en 2015 (OMS 2002). Se hicieron estimaciones de los costos para ampliar la cobertura de 49 intervenciones de salud prioritarias en 83 países pobres. El gasto en salud por persona habría de elevarse de 21 dólares EE.UU. (2002) a 38 dólares EE.UU. (2015) en los países de bajos ingresos, para hacer frente a estos costos. Las necesidades anuales adicionales de financiación se estimaron en 46.000 millones de dólares EE.UU. (precios de 2002), con más del 70% de la necesidad en los países de bajos ingresos. Para atraer a los trabajadores de salud adicionales que eran necesarios para ampliar los servicios y para motivar a los trabajadores de salud en servicio, se asumió que se duplicarían los costos salariales del trabajador de salud.

Más de la mitad del espacio fiscal necesario para la salud está representado por los sueldos y salarios. La escasez estimada de médicos, enfermeras y matronas en 57 países con déficit críticos de recursos humanos se cifra en 2,4 millones de trabajadores. Resolviendo la escasez aumentaría el personal en un 70% en los países que la padecen y exigiría en formación unos gastos de 2,8 dólares EE.UU. per capita y año y salarios de los trabajadores recientemente formados, por un mínimo adicional de 7,5 dólares EE.UU. per capita y año según estimaciones de la OMS. En la medida en que los salarios hayan de aumentarse para atraer a trabajadores recientemente formados y retener a los trabajadores actuales el costo podría ser significativamente superior (OMS 2006).

El Proyecto de las Naciones Unidas para el Milenio elaboró estudios de casos generales y por países para los costos de conseguir los ODM, incluidos los de la salud (Sachs et al. 2004; UNDP 2005). Los costos de conseguir los ODM para la salud son, según las estimaciones, más elevados que los de cualquier otro sector individual, y el 95% de la necesidad mundial identificada es para los países de bajos ingresos. Los salarios de los trabajadores de salud se supone que se duplican. Tanto globalmente como en los países de bajos ingresos la fuente de financiación se supone que es predominantemente la asistencia para el desarrollo. Por ejemplo, en Ghana el 56% de las necesidades de inversión de 2015 para los ODM se supone que estarán financiadas por el ODA, el 31% estarán financiadas por el gobierno y el resto por las familias.

La identificación de las faltas de recursos y la defensa a favor de más asistencia para el desarrollo también operan en el nivel de los subsectores. Las necesidades de

recursos financieros para la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo universales del VIH se estimaron entre los 49.000 y los 54.000 millones de dólares EE.UU. para una cobertura universal en 2015, frente a los 10.000 millones de dólares EE.UU. de los recursos prestados en 2007, principalmente en transferencia de ayuda (ONUSIDA 2007).

5.2 ¿Crear espacio fiscal?

“Espacio fiscal” para la salud significa la disponibilidad de los recursos presupuestarios que permite un gobierno para proporcionar recursos financieros adicionales para la salud, de manera sostenida (Heller 2005). Las principales fuentes para ampliar el espacio fiscal son: los aumentos de la renta, los aumentos de los préstamos, el mejoramiento de la eficiencia del gasto (incluido el recorte del gasto indebido), el aumento de la ayuda externa o el cambio de las prioridades del gasto del gobierno de manera que la salud obtiene una parte mayor.

Varios son los factores que determinan la posible cuantía de espacio fiscal para la salud. El nivel del esfuerzo por conseguir ingresos (recibos de ingresos fiscales y no fiscales en relación con el ingreso total) y la tasa de crecimiento de la economía, la parte de la salud en el gasto de estos ingresos y la disposición de los donantes externos para financiar el sistema de salud son factores particularmente importantes. Sin embargo, las contribuciones o el efecto relativos de los diferentes factores varían de un país a otro y en el transcurso del tiempo.

El ámbito para la creación del espacio fiscal para la salud en los países de ingresos bajos (PIB) queda a menudo por debajo de los costos estimados de conseguir los ODM para la salud o de proveer unos cuidados de salud básicos universales y totales financiados públicamente (Ministerio de Salud y de Bienestar Social de la India 2005; Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud de Ruanda 2006; OMS 2007b; Gobierno de Ghana 2005). La ayuda exterior se considera frecuentemente la clave para cerrar las deficiencias financieras entre el corto y el medio plazo. Pero habida cuenta de la dimensión de la necesidad y de los riesgos de dependencia de los flujos de ayuda imprevisibles, los países necesitan también crear espacio fiscal aumentando los ingresos y reduciendo al mínimo los gastos.

En el Cuadro 6 se ilustra la manera en que se ha creado el espacio fiscal en algunos países con un déficit crítico de recursos humanos de salud. En el Anexo 3 se facilita información técnica complementaria sobre el ámbito para elevar el espacio fiscal.

Recuadro 6: Ejemplos de creación de espacio fiscal en países deficitarios de recursos humanos (FMI 2007)

Los países con déficit de recursos humanos de salud tienen característicamente niveles bajos de gasto estatal en salud y bajos gastos generales del Estado. Por ello hallar recursos financieros adicionales sostenibles (espacio fiscal) es clave para abordar la financiación del sector de salud. Los datos presupuestarios de los recursos humanos de salud de cinco países de África muestran las variaciones de la experiencia reciente en el aumento del espacio fiscal en el periodo de 2000 - 2006. Cuatro de los países ampliaron el espacio fiscal mediante una combinación del aumento de los ingresos con aumentos de las donaciones y los préstamos exteriores. Ghana, Ruanda y Tanzania consiguieron grandes cantidades, del orden del 8% del PIB, y comunicaron aumentos del gasto en favor de los pobres de entre el 6% y el 7% del PIB (que incluye, en la definición de la mayoría de los países, una amplia diversidad de gasto de capital y de gasto recurrente en sectores que incluyen los de la salud y la educación).

Cuadro 8: Fuentes y usos de los cambios del espacio fiscal en 2000 - 2006 para determinados países [en % del PIB]

	Ghana	Ruanda	Tanzanía	Malawi	Uganda*
Fuentes del espacio fiscal	8,2	8,5	7,5	1,3	-2,6
Contribución doméstica	0,7	5,6	3,5	-0,9	0,7
Ingresos elevados	3,9	5,4	2,8	1,0	1,8
Préstamos mayores	-3,2	0,2	0,7	-1,9	-1,1
Contribución externa	7,5	2,9	4,0	2,2	-3,3
Aumento de las concesiones	3,1	2,5	1,5	5,2	-1,3
Aumento de los préstamos	4,4	0,4	2,5	-3,0	-2,0
Usos del espacio fiscal	8,3	8,6	7,7	1,4	-2,5
Salarios	4,4	-0,7	0,2	0,6	0,7
Gasto e interés corriente distinto					
de los salarios	0,8	6,6	7,9	4,4	1,2
Gasto en desarrollo	3,1	2,7	-0,4	-3,6	-4,4
Memo: Gasto a favor de los pobres	5,9	6,7	6,8	n.a.	1,6

*Datos recogidos para 2001-2006

En Malawi, la expansión del espacio fiscal ha sido más modesta: el esfuerzo de los ingresos ha sido más débil, el préstamo nacional disminuyó (pues la deuda interna aumentó a un ritmo insostenible en 2003) y los donantes pasaron de los préstamos a las subvenciones.

En Uganda, el espacio fiscal ha disminuido. Aun cuando aumentaron los ingresos, las autoridades ugandesas trataron activamente de reducir su dependencia de la ayuda externa. A consecuencia de ello, el ámbito para elevar el espacio fiscal disminuyó en medida significativa en Uganda, en comparación con otros países de nuestro ejemplo. Sin embargo, el gasto en salud ha sido protegido cuando la economía ugandesa y el presupuesto global han ido en aumento.

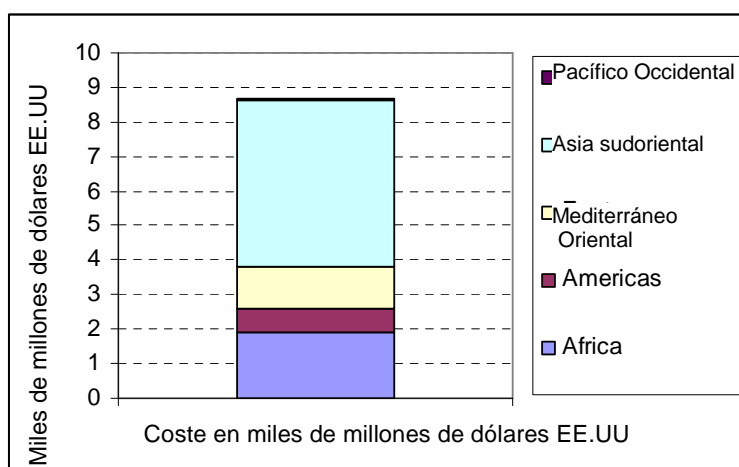
5.3 El costo de abordar el déficit de enfermería

Abordar un déficit en la dotación de personal de enfermería puede ser un objetivo de largo plazo y a veces costoso. Para retener a las enfermeras en el sector público puede ser necesario elevar los salarios, por ejemplo a niveles que sean al menos comparables con los de otros empleados del sector público con similares niveles de formación y de experiencia. Hay una gama de estrategias no financieras que pueden emplearse para mejorar los entornos laborales y la retención y contratación (AMPS 2008a). Sin embargo, conceder unas mejores condiciones de trabajo también conlleva frecuentemente costos de infraestructura y de vivienda, particularmente en las zonas remotas. Atraer de nuevo a las enfermeras que trabajan en otros sectores o que dejaron el mercado de trabajo puede ser todavía más difícil. Para formar a más enfermeras se precisa también una importante inversión en medios y en instructores. La estrategia de los servicios humanos de salud resulta un importante asunto presupuestario por varias razones de peso:

- requiere recursos adicionales sobre una base recurrente de largo plazo;
- puede afectar a la política salarial del gobierno; y afectará a las políticas de contratación;
- puede tener consecuencias macroeconómicas para el mercado de trabajo, los salarios y la inflación. A consecuencia de ello, los ministerios de sanidad necesitarán habitualmente conseguir el acuerdo de las personas del gobierno que se encargan de la economía y las finanzas, el trabajo y el servicio civil, antes de poder aplicar cualquier plan completo de recursos humanos de salud.

Según estimaciones de los autores, el costo de acabar con los déficit de personal de enfermeras y médicos (con salarios representativos y excluyendo los costos de formación) es de 8.700 millones de dólares EE.UU. al año (véanse más detalles en el Anexo 5). En términos de la financiación disponible, el aumento representa entre el 10% y el 15% del gasto total en salud, o entre el 20% y el 45% del gasto estatal en salud, según la región (Figura 5).

Figura 5: Costo salarial anual estimado de acabar con los déficit críticos de los recursos humanos, 2005

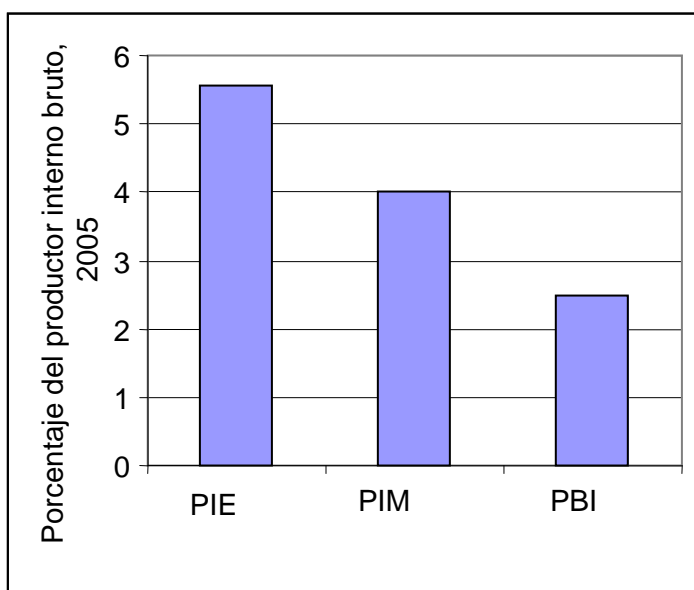


Fuente: Estimaciones del autor.

5.4 Perspectivas de financiación de la salud pública en países con déficit crítico de recursos humanos

El promedio del gasto público en salud en los países de bajos ingresos (PBI) asciende al 2.5% del ingreso nacional (PIB), considerablemente inferior que en los países de ingresos medios (PIM) (4% del PIB) y en los países de ingresos elevados (PIE) (5,5% del PIB). Es claro que a medida que los países van siendo más ricos tienden a gastar en salud una parte mayor de los ingresos.

Figura 6: Parte del ingreso nacional (PIB) correspondiente al gasto gubernamental en salud, 2005



Fuente: OMS (2005).

Aun cuando muchos países desean elevar el gasto público en salud hasta el 15% del gasto total, sólo muy pocos consiguen esta meta. Según datos de la OMS, el promedio de los gastos en salud se encuentra próximo al 10% del gasto total en la mayoría de los países. Solamente dos países de bajos ingresos (PBI) y seis países de ingresos medios (PIM) consiguieron en promedio una parte del 15%, o superior, del gasto en salud en la década anterior a 2005 (WHOSIS 2008).

Los países de bajos ingresos se enfrentan a varios problemas para crear un “espacio fiscal” adicional para la salud. Como los países de bajos ingresos tienen grandes sectores informales, sus posibilidades de elevar los impuestos son considerablemente inferiores a las de los países de ingresos medios o elevados. Por regla general, los países de bajos ingresos –en el mejor de los casos– aseguran en los impuestos el 30% de los ingresos, en comparación con hasta el 50% de los ingresos en el caso de los países de ingresos elevados.

No es frecuente que los ingresos percibidos o la parte del gasto del gobierno en salud varíen en medida sustancial en un periodo corto. En algunos países, la perspectiva de un firme aumento de la ayuda externa es una opción de corto plazo más viable para ampliar el gasto financiado. La ayuda externa para el sector de salud ha aumentado rápidamente

desde 2002, y algunos países han recibido un aumento de la ayuda que asciende al 1% o al 2% del PIB en el periodo de 2002 - 2005.

5.5 Ejemplos de políticas para abordar el déficit de enfermería

Aun cuando aumentar el personal de enfermeras puede ser caro, los costos extraordinarios anuales serían más accesibles si se concibieran como parte de un plan de más largo plazo. Por ejemplo, la formación de las enfermeras habría de aumentarse durante un periodo de varios años, y el conjunto de enfermeras con formación extraordinaria tardaría al menos tres años en llegar al mercado de trabajo. Una expansión planificada durante un periodo de 10 a 12 años sería claramente más fácil de dirigir. Podría solicitarse ayuda financiera para cubrir los primeros costos de la ampliación de las escuelas de formación de enfermeras. El ejemplo de Tanzania descrito en el Cuadro 7 ilustra la planificación para la expansión de los recursos humanos de enfermeras y médicos con fondos de ayuda para financiar la ampliación de la formación.

Muchos otros factores influirían en los costos futuros. ¿Se suministraría y financiaría públicamente la formación de las enfermeras o podría el sector privado ayudar a ampliar esa formación? ¿Deberían las cuotas aplicarse a los estudiantes cuando la demanda es claramente superior a la oferta de puestos? ¿Cuál es la combinación de los niveles de capacidades exigidos en los recursos humanos de enfermería? ¿Hay instalaciones de salud suficientes para emplear a más enfermeras? ¿Qué aumento de la titulación y el mantenimiento se precisa para las instalaciones? ¿Qué actuaciones podrían reducir el índice de pérdida de enfermeras?

Para eliminar el déficit crítico y la escasez, con ella relacionada, de recursos humanos en los 57 países en los que se ha identificado escasez crítica, las estimaciones indican que en 2015 se necesitaría un aumento medio del gasto total en salud, de 10 dólares EE.UU. por habitante (Verboom et al. 2006). Esto representa un aumento considerable del actual gasto corriente total medio en salud, que asciende a 33 dólares EE.UU. por habitante.

Recuadro 7: República Unida de Tanzania: Abordar el lado del suministro

(Bryan et al. 2006).

La República Unida de Tanzania tiene una escasez de recursos humanos de salud: tiene en total 14 000 médicos, enfermeras y matronas, cuando el requisito crítico mínimo es de 81.000 (umbral identificado por la OMS, para disponer de personal suficiente para unos niveles de cobertura del 80% de los nacimientos asistidos y de las inmunizaciones) y niveles de necesidad aún mayores se han calculado sobre la base de la necesidad epidemiológica y la eficiencia de los trabajadores. En las escuelas de Tanzania se forman cada año unos 300 médicos y 2.500 enfermeras.

Se tardarían 25 años en llegar al umbral de la OMS con los actuales índices de producción de titulados, si el crecimiento de la población fuese nulo y no hubiera dimisiones y retiros de personal. Con un crecimiento de la población cercano al 3% y estimaciones de los datos de población de que hasta el 20% de los recursos humanos tratan de emigrar, la perspectiva es que continuarán los descensos de la densidad del personal.

La planificación para incrementar la formación como parte de una estrategia total para los recursos humanos es claramente eficiente en costos y necesaria. Los costos de formación de los médicos son en Tanzania bajos según las normas internacionales y oscila entre los 30.000 y los 40.000 dólares EE.UU. frente a los 400.000 a 640.000 dólares en los EE.UU. Los costos de formación de las enfermeras se sitúan en la gama de 2.000 a 3.000 dólares EE.UU. por año.

Un proyecto aplicado en Tanzania tiene por objeto duplicar durante diez años el número de profesionales de salud formados cada año, mediante la ampliación de la capacidad en las escuelas actuales, a un coste total de 100 millones de dólares EE.UU., para conseguir que Tanzania sea el centro regional de excelencia y la base para una más amplia expansión de la formación.

En Malawi, se ha aplicado un esfuerzo concertado, de largo plazo, para abordar los déficit de trabajadores, mediante un Plan urgente de formación (PUDF) financiado por el Gobierno de Malawi y la ayuda de donantes (Cuadro 8). En esta iniciativa se reconoce que los salarios bajos han sido un factor importante en las renuncias (además de otros factores como la pérdida de trabajadores de salud por el VIH/SIDA). El PUDF financia desde 2005 una cumbre salarial del 52% para los trabajadores de salud capacitados y triplica el número de médicos y duplica el número de enfermeras en formación.

Como señala el Banco Mundial (2007), el programa tiene aspectos positivos y negativos:

"La adopción del PUDF ya ha dado lugar a un aumento de los contratos y una ligera disminución de la emigración de las enfermeras de Malawi. Este programa aborda una importante reducción de la prestación de los servicios de salud, pero su sostenibilidad financiera después del periodo inicial de seis años depende en gran medida de que continúe el apoyo de los donantes. Aun cuando el PUDF ya ha recibido un apoyo importante del gobierno y de los donantes, la financiación de los aumentos salariales después de un periodo de seis años sigue debiendo asegurarse."

El Programa de recursos humanos de urgencia (PRHU), de Malawi, es un ejemplo de cómo el empleo cuidadoso de los incrementos salariales financiados por donantes puede aportar una motivación adicional para los rendimientos y la retención de los trabajadores de salud. Al mismo tiempo, pueden producirse distorsiones cuando los proyectos de desarrollo no están integrados en planes nacionales. Por ejemplo, en Malawi se comunicó que los salarios para las enfermeras que trabajan en una ONG internacional son 54 veces superiores al ingreso nacional medio (McCoy et al. 2008). Los aumentos salariales por proyectos crean importantes incentivos por rendimiento, pero también pueden complicar la integración de los servicios y la ejecución de las reformas necesarias para crear sistemas de salud sostenibles (Mukherjee y Manningof 2002).

Recuadro 8: Programa de recursos humanos de urgencia (PRHU)

El PRHU aborda las cuestiones que afectan a la formación, la contratación y la retención de las enfermeras, las matronas, los médicos y los funcionarios clínicos esenciales para dispensar en Malawi, en el momento del nacimiento, asistencia de salud por trabajadores capacitados.

En 2004, los índices de enfermeras en paro (de todos los grados) eran del 66%, y el conjunto esencial de los servicios de salud estaba disponible solamente en el 9% de de los edificios de salud primaria (Record y Mohiddin 2006). Una encuesta de los trabajadores de salud reveló que el 93% estaban insatisfechos o muy insatisfechos con su salario y el 79% estaba insatisfecho o muy insatisfecho con las primas (Secretaría de la Comunidad Regional de Salud del Commonwealth, 2004).

En 2005 se inició un programa, de seis años de duración y de 255 millones de dólares EE.UU., financiado por el Gobierno de Malawi, el Reino Unido y el Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo. El centro de interés principal es ampliar la formación para los encargados de la salud materna, rehabilitar la estructura para los cuidados de obstetricia y mejorar los incentivos laborales mediante aumentos salariales, como parte del objetivo más amplio de dispensar un conjunto esencial de servicios de salud.

Se han rellenado varios puestos con aumentos del número de médicos (41%), de funcionarios clínicos (50%) y de enfermeras (33%) desde su comienzo en 2003. La migración a otros países ha disminuido pasando de una cumbre anual de 108 en 2003 a 13 en 2006.

Aun cuando desde abril de 2005, se ha pagado un aumento salarial general máximo del 52% a 11 encargados de trabajadores de salud, entre ellos las enfermeras principiantes, de nivel medio y enfermeras experimentadas, la Organización nacional de enfermeras y matronas de Malawi ha cuestionado el efecto real de este aumento. Puede ser que el aumento sitúe a las enfermeras en un nivel impositivo más elevado con lo que el efecto sobre el ingreso neto sería mínimo. Sin embargo, la migración a otros países ha disminuido pasando de 108 por año en 2003 a 13 en 2006 (NONM 2008).

Ninguno de los limitados progresos descritos antes debe ocultar los enormes problemas que siguen sin resolver en los recursos humanos para la salud en Malawi. Los índices de puestos vacantes siguen siendo elevados (más del 40% en el caso de los médicos y oficiales clínicos y más del 50% en el caso de las enfermeras y las matronas) y la pérdida de personal para numerosas causas sigue siendo elevada.

Fuente: Comunicación personal de DFID, Malawi.

Capítulo 6: El sector de salud en el proceso presupuestario

Tener una estrategia y un plan de financiación de los recursos humanos no es todo lo que se precisa. Para aplicar estos planes, los gobiernos, los donantes y otros interesados deben estar de acuerdo en asignar los fondos necesarios en el proceso de planificación del presupuesto. Para ello, deben estar convencidos de que los requisitos son coherentes con las prioridades estratégicas globales y serán mucho más beneficiosos que las diversas demandas competidoras que pesan sobre fondos estatales como los de educación, transporte, defensa, mantenimiento de los ingresos y del bienestar, agricultura, medio ambiente o desarrollo industrial. El proceso del presupuesto determina la proporción de los fondos disponibles que se asignará a las distintas partes del sector público. En esta sección final se expone el proceso presupuestario y quiénes son los diversos interesados que están afectados, entre ellos los ministerios de finanzas y las instituciones financieras internacionales.

En esta sección se discuten los procesos de planificación que ayudan a determinar la manera en que los recursos financieros del gobierno se asignan entre prioridades contrarias. Entonces ponemos de relieve algunos procesos y cuestiones importantes para la manera en que los fondos se gastan realmente y se vigilan, determinando si el gasto oficial es efectivo o no. Esta sección concluye resumiendo algunos de los importantes debates sobre la función que desempeñan los donantes, en particular el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), para determinar dónde y cómo se gastan los fondos.

6.1 El proceso de planificación

¿Qué es la planificación presupuestaria?

La mayoría de los gobiernos participan en un ciclo permanente de planificación y de elaboración de presupuestos estratégicos. Este es el proceso por el que se asignan fondos para prestar apoyo y conseguir los objetivos del gobierno. Implica lo siguiente:

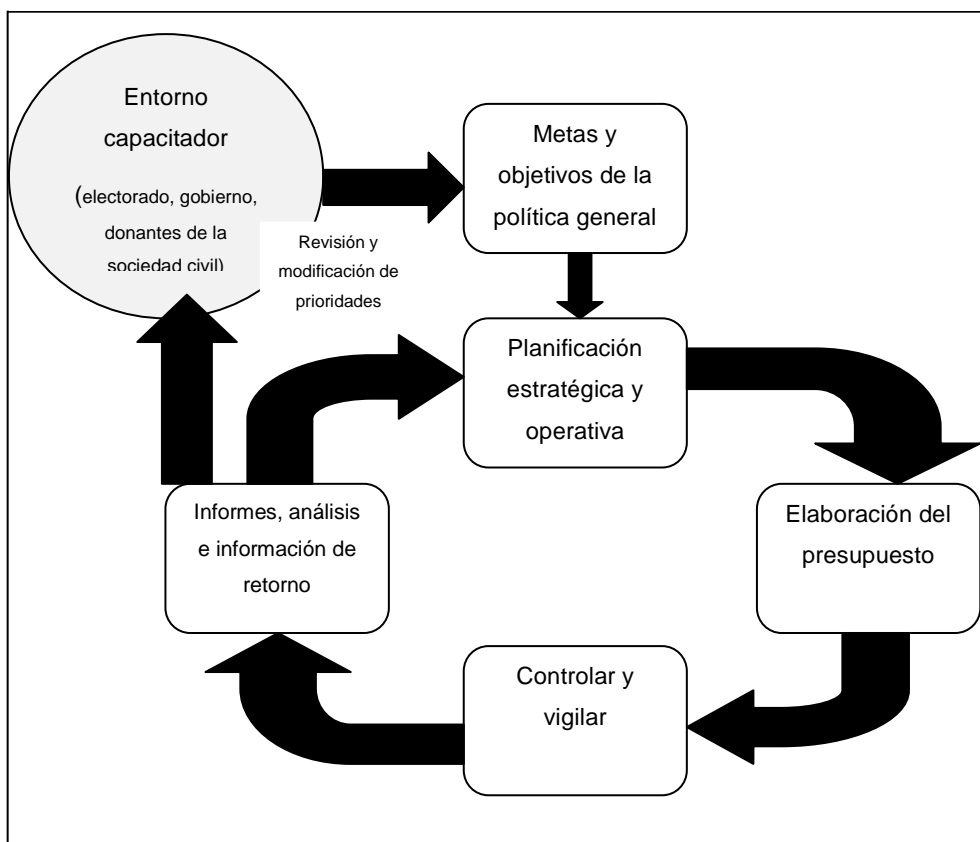
- hacer estimaciones de la cantidad total de fondos disponibles para gastos del sector público en el futuro;
- examinar el costo probable (incluidos aumentos de costos tales como el crecimiento de los salarios o la inflación) de seguir prestando los programas y servicios actuales;
- estimar las consecuencias en costos de los nuevos programas o cambios de los programas; y
- hacer comparaciones entre las diversas opciones de política general, las elecciones y las propuestas con el objetivo de conseguir una mezcla de gastos que influya en direcciones estratégicas del gobierno.

Presupuesto: Un plan financiero que sirve de declaración oficial de los ingresos y gastos de una organización. Los presupuestos pueden usarse para planificar gastos futuros y para vigilar la relación entre el gasto actual y el gasto presupuestado. Es importante para el control la responsabilidad y la evaluación.

Transparencia: La capacidad de observar claramente cómo se gastan los fondos, sin engaños ni mala interpretación. Ayuda a evitar el mal uso de los fondos y fomenta la confianza del público en que los fondos están gastándose según su destino.

Fuente: adaptado de Parkin et al. (1997).

Figura 7: Integrar los procesos de planificación, elaboración del presupuesto, vigilancia y comunicación



Fuente: Adaptado de Adebian et al. (1998 p.65)

Aun cuando el método utilizado para elaborar el presupuesto variará, aporta un importante elemento por el que se planifican los programas y contra el cual pueden vigilarse y evaluarse los resultados de estos programas, y que permitirá a los planificadores futuros estar mejor informados tanto de los costos como de los beneficios de determinadas estrategias.

Como ilustra la Figura 7, entender este proceso y la información disponible sobre cómo los presupuestos se gastan y se asignan puede, pues, ser una parte importante para una contribución eficaz a los debates sobre las futuras prioridades estratégicas y las asignaciones de financiación.

6.2 Algunos marcos de planificación comunes

Estrategias de reducción de la pobreza

Los documentos sobre la Estrategia de reducción de la pobreza (DERP) evolucionaron en el decenio de 1990 con el apoyo del Banco Mundial y del FMI y como requisito para la reducción de la deuda en el marco de la Iniciativa a favor de los países pobres muy endeudados y para mantener el apoyo de donaciones o de financiación a interés bajo para los países de bajos ingresos.

Un DERP describe las políticas y programas macroeconómicos, estructurales y sociales de un país para fomentar el crecimiento y reducir la pobreza, además de las necesidades financieras externas relacionadas. Los DERP son elaborados por los gobiernos en

consulta con la sociedad civil y con los asociados para el desarrollo, entre ellos el Banco Mundial y el FMI. Característicamente, el sector de salud ocupa un lugar prominente en las estrategias e insiste en ampliar la prestación de servicios mediante iniciativas tales como los conjuntos esenciales para la salud y la limitación de los derechos de usuario (OMS 2004).

Los presupuestos de medio plazo presentados en los 21 DERP revisados por la OMS en 2004 sugieren que no está proyectado que los recursos para la salud aumenten mucho. Sin embargo, los DERP desempeñan una importante función para atraer la atención a los cambios de salud a que se enfrenta cada país. Los recursos humanos de salud son un elemento clave, particularmente si la solución de las cuestiones de dotación de personal puede hacer que los servicios sean más accesibles y más baratos. La estrategia de reducción de la pobreza en Rwanda pone de relieve la importancia de abordar las cuestiones de los recursos humanos de salud.

“El segundo objetivo [del sector de salud] es aumentar la cantidad y la calidad del personal del sector de salud. Se han aplicado iniciativas para mejorar la disponibilidad de profesionales de salud bien cualificados, en todo el país y especialmente en las zonas rurales. Esto se hará aumentando el número de puestos permanentes en las instituciones de salud rurales y se pedirá a los titulados recientes que trabajen durante dos años, como mínimo, en instituciones de atención de salud rurales. Para mejorar los resultados de los profesionales de atención de salud, el gobierno ampliará y fortalecerá el actual sistema de Financiación basada en los resultados (FBR) mediante el cual se pagan a los trabajadores de salud primas salariales basadas en los resultados de las instituciones” (Ministerio de Economía y Finanzas, Ruanda 2008).

Planes y marcos presupuestarios para los gastos de medio plazo

Un DERP se produce solamente cada tres a cinco años, pero la mayoría de los gobiernos tienen alguna forma de modificar el marco de la planificación. Un marco presupuestario de medio plazo (MPMP), frecuentemente unido a unos términos gubernamentales, establece los objetivos de gasto y de ingreso conjuntos coherentes con metas económicas más amplias de crecimiento y de inflación. El primer año de un MPMP se trasladará generalmente a la circular para el presupuesto anual, mostrando topes indicativos para cada sector y ministerio. Un MPMP se produce generalmente por los ministerios centrales (de planificación, de economía y de finanzas) con pequeñas aportaciones directas de los ministerios sectoriales, excepto durante los debates de alto nivel, por ejemplo una aprobación del Gabinete de Ministros.

Un marco de gastos de medio plazo incluye proyecciones detalladas de gastos por sector, y los gastos corrientes y de capital y el gasto financiado por la ayuda exterior (cuando se dispone de ella). La finalidad de este marco de gastos de medio plazo es contribuir a conseguir que los planes de gastos multianuales resulten pagaderos, para coordinarlos y priorizarlos en medio de las presiones de gastos que compiten con ellos, en algunos casos para vincular mejor el gasto con los resultados y para reformar los programas de gastos. Generalmente, el marco de gastos de medio plazo, a diferencia del MPMP, es preparado por los distintos ministerios que hacen los gastos, en general con directrices del centro, por ejemplo en lo que se refiere al formato, al nivel de detalles, los supuestos para la inflación de precios y salarios, y el tipo de pruebas e información de

apoyo que los organismos centrales pueden desear examinar. Así pues, para el sector de salud la principal aportación es probablemente el plan del sector de salud o su equivalente ajustado según sea necesario para las directrices y el nivel específicos del detalle que se precisa.

La medida en que el marco de gastos de medio plazo puede estar directamente influido por los diversos interesados depende de, en gran parte, de si es un documento público, abierto a debates participativos y presentado para aprobación por el departamento. En un examen de nueve marcos de gastos de medio plazo en África, hecho por el Banco Mundial, la participación de la sociedad civil en los marcos de gastos de medio plazo fue escasa, y solamente en dos casos (Sudáfrica y Tanzania) participaron grupos de trabajo formados que incluían a diversos empleados y a interesados no gubernamentales, mientras que raras veces fueron los marcos de gastos de medio plazo aprobados por el parlamento (Banco Mundial 2002).

En la práctica, es variable la medida en que el marco presupuestario de medio plazo (MPMP) de los países y la planificación del gasto a medio plazo en salud se integran eficazmente. En un examen de 31 países se constató que 10 no tenían marco de gastos de medio plazo, 13 tenían marco de gastos de medio plazo de una semana o limitado y sólo 8 tenían un marco de gastos de medio plazo pleno o casi pleno (Gupta 2007).

Si bien los marcos de gastos de medio plazo han funcionado bien en muchos países desarrollados, la experiencia en los países de renta baja ha sido mucho menos satisfactoria. La base y el contexto para el presupuesto anual deben funcionar adecuadamente para que un marco de gastos de medio plazo pueda ser efectivo, como el imperio del derecho, con presupuestos adoptados por autoridades debidamente constituidas, adhesión a los presupuestos del gobierno por los organismos, transparencia, adopción y aplicación oportunas de las decisiones presupuestarias, un sistema contable operativo y eficaz, competencia técnica en la previsión de los gastos, y la capacidad para auditar eficazmente los gastos (Siswana 2007). Por ejemplo:

- Si la aplicación de los fondos presupuestarios no es practicable, las proyecciones presupuestarias de medio plazo no inspirarán confianza.
- Si la contabilidad presupuestaria es limitada para la aplicación del presupuesto, los incentivos para aplicar un marco de gastos de medio plazo son débiles.
- Si los recibos de ayuda no se reflejan en los presupuestos, entonces las estrategias sectoriales son parciales en el mejor de los casos y resulta difícil juzgar si los ingresos y los gastos están equilibrados (Gestión de la política, Oxford 2000)

Cuando el MPMP y el marco de gastos de medio plazo se utilizan eficazmente, es importante que los trabajadores de salud hagan aportaciones para los procesos. Esto incluye articular las preocupaciones relativas a las condiciones de trabajo, de empleo y de salarios y la necesidad de una estrategia global de los recursos humanos, además de aportar detalles sobre cuestiones de planificación del servicio, tales como la calidad de los cuidados y los resultados de salud que pueden derivarse de determinados mejoramientos del servicio o de los programas.

Vigilancia y seguimiento del gasto público

La gestión financiera pública incluye los sistemas de elaboración de presupuestos, vigilancia y seguimiento del gasto, las compras y la auditoría. La finalidad principal de vigilar los presupuestos es identificar variaciones entre el gasto previsto y el gasto real.

Estas variaciones pueden surgir de diversos factores, e investigar las causas de la variación será una parte importante de la evaluación del éxito y para dar forma a las opciones futuras de la política y del programa. Por ejemplo, un exceso de gasto puede indicar:

- Que los costos han sido más elevados que lo previsto, por una inflación o por un aumento de los salarios, más altos que los esperados.
- Algunos de los fondos se han gastado para fines distintos de los inicialmente buscados, o inclusive han estado mal aplicados;
- Costos bajos, lo que significa que la cuantía de los fondos suministrados era insuficiente para obtener de las aportaciones los requeridos resultados;
- Que la demanda de un servicio o programa es mucho más elevada que lo previsto (a falta de capacidad para frenar o limitar el acceso).

A la inversa, una deficiencia del gasto frente al presupuesto puede indicar también graves problemas, como

- La incapacidad de obtener elementos esenciales necesarios para la aplicación, por ejemplo personal o equipo,
- Falta de actuación en el plano local para completar la aplicación;
- Problemas burocráticos o sistemáticos que impiden que los fondos fluyan al punto de entrega del servicio previsto.

Al identificar estos asuntos, pueden darse pasos para resolver los problemas asociados al programa o para modificar futuras estrategias y direcciones con el fin de mejorar su eficacia.

Ese examen se producirá solamente si se dispone de buena información sobre el presupuesto. En las evaluaciones de la gestión financiera pública en más de veinte países, realizadas en 2001 y 2004, se constató que la mitad de los países evaluados tenían límites para la formulación, la ejecución y la notificación de los presupuestos y eran pequeños sus aparentes progresos entre los dos exámenes (FMI 2005). El FMI ha constatado también que el resultado es generalmente débil en muchos sectores importantes para un sistema de gestión financiera pública que funcione bien.

Las “Encuestas de comprobación” son un modo de “comprobar inmediatamente” la pérdida y el flujo de los fondos en los sectores de salud y de formación. Es inquietante que muchos hayan encontrado una pérdida importante de suministros, ausentismo del personal y que sólo una proporción relativamente pequeña de fondos no salariales llegue a los servicios de primera línea. Sin embargo, las encuestas de seguimiento se ven frecuentemente comprometidas por las deficiencias en el mantenimiento de los registros y por la falta de asignaciones presupuestarias en el nivel del profesorado. Muchas veces la finalidad de elevar la eficiencia se sitúa en un plano subnacional, lo que plantea difíciles problemas políticos en las relaciones intergubernamentales y en las asignaciones del gasto.

6.3 Función de las instituciones financieras nacionales e internacionales en el presupuesto de salud

Se ha aducido que el gasto en salud y otros servicios sociales por los gobiernos de los países en desarrollo ha sido reducido a consecuencia de los requisitos impuestos por los prestatarios externos, en particular el Banco Mundial y el FMI y por su visión conservadora de los elementos necesarios para la estabilidad macroeconómica (ActionAid 2004; Oxfam 2003). Además, los topes salariales especificados en muchos de los programas pueden haber perturbado el crecimiento y la retención de los recursos humanos de salud, además de contribuir a la falta de motivación y a la disminución de los resultados de los profesionales de salud. En el Cuadro 9 se da un resumen del largo debate de dos decenios de duración.

Aunque en 1998 - 2005 el gasto en salud aumentó algo más en los países con programas apoyados por el FMI que en los países que no los tenían, en un informe del Centro para el desarrollo mundial se afirma que frecuentemente los programas no consideran una gama suficientemente amplia de opciones de gasto, en particular al analizar las ventajas comerciales resultantes que unos flujos mayores de la ayuda tienen para la producción y la inflación (Centro para el desarrollo mundial 2007). Este informe también previene contra el uso de topes oficiales de los salarios que pueden indirectamente limitar la contratación en el sector de salud.⁴

Ha de señalarse también que la mayoría de los gobiernos operan con presupuestos anuales y, en consecuencia, limitarán el nivel del gasto de manera correspondiente en cualquier programa, esté o no esté apoyado por el FMI. Como antes se ha expuesto, estos límites reflejarán una decisión gubernamental más amplia sobre las prioridades estratégicas y la aportación del sector de salud a estos debates fiscales puede ayudar a conseguir que estas asignaciones sean adecuadas para la prestación eficaz del servicio. Algunos de los modos en que esto puede conseguirse se exponen en la próxima sección.

⁴ Un examen histórico y analítico de la influencia de las reformas macroeconómicas y el ajuste estructural puede verse en Haddad et al. (2008).

Recuadro 9. El sector de salud, el reajuste estructural, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional

En África, como en muchos países en desarrollo, el proceso de reforma del sector público, que se inició a mediados del decenio de 1980, se llevó a cabo frecuentemente mediante programas de ajuste estructural apoyados y financiados por el Banco Mundial y el FMI y otras entidades gubernamentales e internacionales.

Estos programas tenían varios objetivos, primordialmente macroeconómicos :

- reducir la inflación haciendo más lento el índice de expansión del suministro de dinero, frecuentemente reduciendo el alcance de la expansión de los préstamos tomados por el gobierno, y liberando el crédito para que el sector privado invierta;
- alcanzar niveles de la deuda del Estado que sean gestionables mediante iniciativas tendentes a incrementar los impuestos recogidos y a reducir los gastos del gobierno y, más recientemente, las disminuciones de la deuda;
- aumentar la eficiencia económica y los ingresos especialmente transfiriendo a los inversores del sector privado la propiedad de las empresas gubernamentales con pérdidas.

Las consecuencias de estas políticas macroeconómicas en los distintos sectores, como el de la salud, y en los trabajadores de los distintos sectores, siguen siendo discutidas.⁵ Hay pruebas de que el reajuste estructural ha conducido, en algunos Estados a una reducción del gasto del Estado en servicios sociales y a una reducción de los recursos humanos. Por ejemplo, las medidas que afectaban al sector de salud en el Camerún “causaron la suspensión de la contratación, la aplicación estricta de la jubilación a los 50 o los 55, la limitación del empleo a 30 años, la suspensión de cualquier promoción financiera, la reducción de las ventajas adicionales y de dos reducciones salariales –hasta un total de 50% y a una devaluación de la moneda que dio lugar a una pérdida efectiva de los ingresos, cifrada en el 70% durante 15 años. Además, la formación paramédica de las enfermeras y de los técnicos de laboratorio se suspendió durante varios años y se cerraron escuelas. En 1999, aproximadamente el 80% de los puestos en el sector público estaban sin cubrir, y el Camerún tenía unos recursos humanos de salud verdaderamente desmotivados”. (Liese et al. 2003 pág. 9).

El Banco Mundial, en un reciente documento de base sobre la crisis de los recursos humanos en los servicios de salud del África Subsahariana, señala que: “Los resultados de estas medidas (de reforma) en... el personal de salud no fueron radicalmente diferentes en los distintos países. El efecto es duradero y determina en gran medida las actitudes de los dispensadores de salud y la disponibilidad actual de personal de salud. Aun cuando la disponibilidad del personal de salud es asunto de importancia esencial, en un examen de los documentos del Banco Mundial en seis países africanos se constató que este problema no se tomaba debidamente en consideración –en su magnitud o en su dimensión. Más aún, los problemas de los recursos humanos no se tenían en cuenta en muchas ocasiones... lo que impedía que los gobiernos abordaran la escasez de recursos humanos”. (Liese et al. 2003, pág. 8).

Al mismo tiempo no está nada claro que los países hubieran estado mejor sin programas de reforma que no contaran con el apoyo externo. Muchos gobiernos habían llegado al punto en el

⁵ Una exposición detallada del punto de vista de la comunidad de enfermería puede verse en Kingma (2006).

que el acceso a los préstamos exteriores era sumamente limitado y costoso, y en el que la alta inflación erosionaba el poder adquisitivo de los trabajadores y reducía el valor de los activos que poseían.

Los gobiernos no podían pagar a tiempo a los trabajadores, no podían mantener las instalaciones, ni podían proveer cantidades ni siquiera mínimas de productos y suministros médicos a las instituciones de salud de propiedad del gobierno. Esta desafortunada situación de los negocios condujo a una privatización *de facto* de los servicios de salud, en que los médicos y las enfermeras debían pedir pagos informales para conseguir un salario que les permitiera vivir, y los pacientes debían comprar sus propios medicamentos y suministros médicos tuvieran o no el dinero necesario para ello.

Capítulo 7: El compromiso de la enfermería en las finanzas de la salud

En esta última sección sugerimos cinco vías principales para que la comunidad de enfermería siga apoyando el fortalecimiento de los recursos humanos de enfermería y prestando mejores servicios de salud.

7.1 Usar y contribuir a las pruebas locales e internacionales de que una mejor salud aporta beneficios económicos para las personas y para la comunidad

Una gran parte de la investigación ha indicado la función que corresponde a las tecnologías de salud para reducir la enfermedad y la muerte, las ventajas económicas de una mejor salud para la persona, los costos económicos de las enfermedades no tratadas y el círculo virtuoso de una mejor salud y unos mejores resultados económicos, como se expone en el Capítulo 1 del presente documento. Reunir y difundir estos datos es de importancia esencial para hacer avanzar el programa de la enfermería. Reunir y difundir pruebas de los beneficios de una mejor salud puede situarse en la base de la actual investigación internacional y nacional, al igual que tratar de hallar pruebas en la forma de estudios de casos. El CIE es un facilitador clave y utiliza diversos medios como los boletines, los sitios web, las publicaciones y las presentaciones.

7.2 Usar las pruebas locales e internacionales y contribuir a ellas para mostrar que unos niveles adecuados de personal de trabajadores de salud son de importancia esencial para dispensar unos servicios de salud mejores

Como se expone en el Capítulo 2, hay considerables pruebas de que con unos mayores niveles de personal formado por trabajadores de salud capacitados mejoran los resultados de salud. Sin embargo, es más difícil mostrar pruebas claras de que con un mayor número de enfermeras capacitadas se consiguen unos mejores resultados de salud en los PBI después de controlar otros factores. A esto se denomina comúnmente la “invisibilidad de las enfermeras” (véase el Recuadro 1, pág. 16), y viene explicado por datos débiles e incompletos y por la ausencia de un centro del interés y de la capacidad de la investigación. El desarrollo de indicadores específicos para la enfermera en la investigación de los resultados futuros en el paciente ayudará a demostrar la eficiencia en costos de las intervenciones de enfermería.

La escasez de enfermeras en los países con déficit crítico de personal era según estimaciones, de dos millones de empleados en 2005 y ascenderá a casi tres millones en 2015. La comunidad de enfermería debe articular la gran escasez del número de trabajadores de salud que se necesitan para conseguir una mejor cobertura de los servicios de salud. Las enfermeras habrán de pensar que con más personal se apoyará más y mejorará el tratamiento, mientras que otros sectores pondrán en duda si el sistema de salud puede dispensar servicios mejores.

La comunidad de enfermería está especialmente bien situada para poner de relieve la escasez crítica de personal en los niveles de la institución y regionales y para poner de relieve también los problemas que se plantean en la distribución del personal. Los

estudios de casos de los problemas de personal en el plano de las instituciones sería especialmente útil. El CIE, en sus presentaciones a la Asamblea Mundial de la Salud y a otros interesados clave del sector de salud, debe seguir planteando la cuestión del subempleo y el desempleo de las enfermeras y de las crecientes cargas de trabajo y las condiciones de trabajo difíciles para tratar mejor la crisis de los recursos humanos de salud. .

7.3 Articular los factores económicos subyacentes a la escasez de trabajadores de salud adecuadamente capacitados

Como se ha expuesto en el Capítulo 4, entre los factores económicos clave se incluyen el gasto total y el gasto estatal en salud, los salarios, la retención y formación de las enfermeras, incluida la emigración. Los gobiernos de los países que tienen un bajo número de personal de salud capacitado gastan menos en salud que sus vecinos que tienen un número adecuado de personal, y la emigración es un factor importante cuando las condiciones de vida nacionales son especialmente adversas. Aun cuando los salarios son bajos según las normas internacionales, las relatividades salariales entre los profesionales dentro del país han de conducir a la retención de las enfermeras en la práctica activa.

Las enfermeras están bien situadas para evaluar la idoneidad y la cuantía de la formación de enfermería; el nivel de los salarios en comparación con el de los países vecinos y las consecuencias de la migración nacional e internacional y del movimiento de los recursos humanos de enfermería del sector público al sector privado; y para difundir ampliamente las pruebas recogidas. La implicación de las organizaciones profesionales – asociaciones, sindicatos y reguladores– en el desarrollo de un planteamiento global para estos asuntos permitiendo al mismo tiempo las especificidades nacionales se facilita y se promueve en el CIE. Esos diálogos e iniciativas de planificación estratégica han de aumentarse y sostenerse.

Promover entornos positivos para la práctica profesional e introducir incentivos de retención eficaces, financieros y no financieros, resultará beneficioso para abordar la escasez de personal (véase Campaña sobre los Entornos positivos para la práctica, Recuadro 4, pág. 26).

7.4 Poner de relieve la necesidad de financiación adicional para el personal de salud e ilustrar cómo y de dónde podrían proceder los fondos

Como se expone en el Capítulo 5, para conseguir una cobertura esencial de servicios de salud se precisarían importantes aumentos del gasto. En muchos países de bajos ingresos (PBI) esto conllevaría duplicar o triplicar el número de los recursos humanos de salud capacitados, además de unos salarios más elevados para aumentar la entrada en la formación, reducir el número de abandonos y contrarrestar la emigración. A corto plazo, en muchos países de bajos ingresos no sería posible elevar el nivel de recursos necesario para satisfacer siquiera un conjunto mínimo de necesidades nacionales.

La comunidad de enfermería puede defender activamente un criterio de largo plazo para desarrollar los recursos humanos, posiblemente financiados al principio por la transición de la asistencia externa a largo plazo a una financiación nacional para la salud, y poniendo de relieve ejemplos de programas de largo plazo adoptados por otros países para abordar la crisis de trabajadores de salud.

La comunidad de enfermería puede articular la necesidad, en los planos nacional e internacional, de más ayuda externa que contribuya a conseguir metas de desarrollo de la salud, particularmente en apoyo de los programas de formación y desarrollo de los trabajadores de salud a largo plazo. Esto conllevaría de parte de los donantes externos compromisos de plazo más largo de lo que es habitual y un mayor recurso al apoyo no vinculado a proyectos particulares, que financiaría una expansión de la formación y del desarrollo de los trabajadores de salud financiados con fondos públicos.

Identificar modos adecuados y posibles de aumentar los ingresos públicos también puede ser útil (por ejemplo aumentar impuestos del tabaco y del alcohol que tienen efectos positivos para la salud, aunque no estén destinados a reducir el gasto en salud).

La comunidad de enfermería puede también contribuir a asegurar el uso más eficiente y equitativo de los recursos con que se cuenta para la salud. Esto puede significar que se presta apoyo a las enfermeras para aumentar el personal de salud en las zonas rurales, se negocia la delegación supervisada de determinadas tareas de enfermería a personal menos cualificado y se establecen otros puestos de enfermera de atención directa y de enfermería avanzada para aumentar la cobertura de los sistemas de salud actuales. El CIE, en tanto que miembro de la Alianza mundial de profesiones de salud (AMPS), ha desarrollado principios que pueden guiar el proceso del cambio de tareas en el futuro. (AMPS 2008b)

7.5 Utilizar la influencia de los trabajadores de salud en el proceso de planificación y elaboración del presupuesto

Las restricciones del gasto público en salud son claramente importantes para la mayoría de los países. Sin embargo, se reconoce que la inversión deficitaria crónica en los recursos humanos del sector de salud ha debilitado en medida importante los servicios en todos los países con déficit de recursos humanos de salud.

La comunidad de enfermería puede y debe apoyar una expansión de los cuidados de salud públicamente financiados, e incrementar el número de los profesionales de salud que son necesarios para dispensar servicios de salud, contribuyendo a los procesos de planificación y elaboración de los presupuestos. En particular, pueden considerarse los canales y las políticas siguientes:

- Apoyar medidas que aumenten los ingresos gubernamentales procedentes de los recursos nacionales, incluidas las Estrategias de reducción de la pobreza y los ejercicios presupuestarios de medio plazo.
- Hacer y mostrar un uso mejor de los recursos actuales y nuevos. Utilizar estrategias de salud para formular modos de mejorar la eficiencia tanto en términos de los servicios prestados como del costo de prestar esos servicios. Los planes estratégicos del sector de salud son esenciales para cambiar el equilibrio del gasto en favor de unos tratamientos e intervenciones más eficientes en costos. Apoyar la introducción de instrumentos para mejorar la gestión presupuestaria, incluido el seguimiento del gasto para la prestación de servicios y para hacer mayor la responsabilidad y la transparencia presupuestaria son instrumentos esenciales para impulsar la eficiencia del gasto y reducir la “malversación” del presupuesto.
- Cerciorarse de que la posición presupuestaria general, es decir, el equilibrio de los ingresos y los gastos, se basa claramente en argumentos económicos convincentes. Entre los factores importantes para establecer el objetivo del déficit se incluyen los

siguientes: las repercusiones de la política fiscal en el endeudamiento global y en la capacidad de servicio de la deuda a medio plazo, los efectos de los aumentos de gastos en la inflación y en la competitividad, las consecuencias de los préstamos en el sector privado.

- Vigilar y evaluar la parte del gasto público que corresponde a la salud. Entre los principales canales figuran los planes del gasto a medio plazo, las comparaciones internacionales de las partes y de los niveles del gasto para países con niveles similares de desarrollo económico. Las pruebas que vinculan las políticas de salud, las necesidades de recursos y el mejoramiento de los resultados de salud son esenciales para articular el caso en favor de un gasto adicional en salud.
- Establecer alianzas con otros interesados clave del sector de salud y hablar con una voz más fuerte. Por ejemplo, tratando de consolidar la posición de las enfermeras y de los profesionales de salud, el CIE es miembro de la Alianza mundial de profesiones de salud, la Alianza mundial para los recursos humanos de salud y la Iniciativa para la Defensa de los recursos humanos de salud, además de otras redes que se ocupan de mejorar la prestación de los cuidados de salud. Esas alianzas han de establecerse en los planos local, regional e internacional.

Además, pueden hacerse otras cosas para mejorar la calidad del gasto en salud privado, aun cuando esto queda fuera del ámbito del presente documento.

Conclusión

Para abordar los déficit del personal de enfermeras, particularmente en los países que se enfrentan a escasez crítica, la financiación de la formación y el empleo de las enfermeras habrán de aumentar en medida sustancial durante un largo periodo de tiempo. El alcance y las fuentes de los fondos adicionales variarán de un país a otro, en función de los recursos estatales, la financiación por donantes y la financiación privada.

Aun cuando la migración de las enfermeras ha acentuado los problemas de algunos países, la migración está condicionada por la escala de la escasez general de los trabajadores de salud. Todos los países tienen límites y topes en sus gastos presupuestarios, y las pruebas disponibles no sugieren que éstos se hayan utilizado de manera discriminatoria en contra de los trabajadores de salud para crear una crisis de los recursos humanos de salud. Más bien, los gobiernos de los países con déficit críticos de trabajadores de salud tienen niveles bajos de ingresos y de rentas fiscales mientras que los trabajadores capacitados, con inclusión de las enfermeras y los médicos, son escasos y más costosos, en lo que se refiere a los ingresos, que en países más desarrollados. Además, frente a un sector de salud que obtiene pobres resultados y un sector de salud que se deteriora, muchos gobiernos han considerado que el gasto del sector de salud tiene baja prioridad y han reducido las inversiones en los trabajadores de salud y en su formación.

La comunidad de enfermería necesita fortalecer su modo de entender los sistemas de financiar y las limitaciones de la financiación. El presente documento trata de describir el entorno financiero en que ellos operan y los probables límites de la defensa de más recursos. La comunidad de enfermería debería, en la medida de lo posible, evaluar las perspectivas para la financiación de la salud, particularmente las perspectivas para el gasto público en salud. El simple marco del "espacio fiscal" (expuesto en el Capítulo 5 y en el Anexo 3) aporta un medio útil para conformar y presentar argumentos a favor del aumento de los recursos de enfermería.

Requisito previo para una contribución eficaz de la comunidad de enfermería es la existencia de organizaciones profesionales de enfermeras que puedan articular los intereses de éstas y ser un primer punto de contacto con otros interesados y con los financieros del sistema de salud. Las enfermeras serán más eficaces en esta función al estar dotadas con un conocimiento profundo del sistema, tener conciencia de los principales gestores e instrumentos actuales de gestión de los recursos humanos y los últimos acontecimientos en el sector de los recursos humanos de salud, y datos fiables de ese sector. El Centro internacional para los recursos humanos de enfermería, del CIE, presta servicios a los interesados del sector de salud al encargar documentos sobre cuestiones prioritarias tales como la macroeconomía y la salud, la elaboración de una biblioteca virtual accesible a todos gratuitamente y la creación de instrumentos para orientar el desarrollo de la política general y la mejor práctica en los sistemas de salud.⁶

⁶ En la dirección is www.ichrn.org se encuentra disponible más información

Anexo 1: Los seis componentes del marco de los recursos humanos de salud (RHS)

Componente	Definición	Subcomponentes
Política general	Normas, reglamentos y legislación sobre condiciones de empleo, normas laborales y desarrollo de los recursos humanos de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Normas profesionales, concesión de licencias, acreditación; • Ámbitos de la práctica autorizados para las distintas categorías de recursos humanos de salud; • Decisiones políticas, sociales y financieras que afectan a los RHS • Legislación y reglamentos de empleo para el servicio civil;
Gestión de los recursos humanos de salud	Uso integrado de los datos, la política y la práctica para planificar el personal necesario, contratar, desplegar y formar a los trabajadores de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de personal: planificación, contratación y despliegue de los recursos humanos; • Entorno y condiciones de trabajo: relaciones del empleado, seguridad del lugar de trabajo, satisfacción en el puesto, desarrollo de la carrera profesional; • Sistema de información de los RHS; • Gestión de los resultados: evaluación de rendimientos, supervisión, productividad; • Retención del personal: incentivos financieros y no financieros.
Finanzas	Obtener, asignar y difundir financiación adecuada para los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Salario y complementos; • Presupuesto para los RHS; • Cuentas nacionales de los RHS con información sobre los RHS; • Movilizar recursos financieros (por ejemplo, del gobierno, del Fondo Mundial, de PEPFAR, de los donantes).
Formación	Producción y desarrollo continuo de unos recursos humanos adecuadamente capacitados.	<ul style="list-style-type: none"> • Formación previa al servicio vinculada a necesidades de salud; • Formación durante el servicio (por ejemplo, a distancia y combinada con el servicio, formación continua); • Capacidad de instituciones de formación; • Formación de trabajadores de salud de la comunidad y de dispensadores no oficiales de cuidados.
Colaboraciones	Vínculos formales e informales entre los principales interesados por ejemplo, dispensadores de servicios, sectores, donantes, para conseguir el uso máximo de los recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización de la comunidad: apoyar los cuidados y el tratamiento, y el gobierno interno de los cuidados de salud; • Acuerdos entre el sector público y el sector privado; • Mecanismos y procesos para la cooperación con múltiples interesados (comités interministeriales, consejos asesores de los trabajadores de salud, grupos de coordinación de los donantes).

Liderazgo

Capacidad para aportar dirección, para incorporar a las personas, para movilizar recursos y para alcanzar objetivos.

- Identificar, seleccionar y apoyar a los defensores de los recursos humanos de salud;
- Desarrollo de la dirección para los gestores de los recursos humanos a todos los niveles;
- Capacidad de colaboración, modernización y fortalecimiento de las asociaciones multisectoriales y en todo el sector.

Fuente: Dal Poz et al. (2006)

Anexo 2: Niveles salariales de las enfermeras en los países de ingresos bajos, medios y elevados

País	Año	Categoría	Salario anual [US\$]	Ingresos per cápita [US\$]	Relación entre el salario de la enfermera y los ingresos per cápita
Ingresos bajos ii					
Burkina Faso*	2006	Enfermera especialista	2 454	430	5.7
Burkina Faso*	2006	Enfermera diplomada	1 871	430	4.4
Cambodia	2007	Enfermera financiada con fondos globales	1 440	490	2.9
Ghana*	2005	Enfermera	4 896	450	10.9
Malawi	2004	Enfermera jefe	1 836	170	10.8
Malawi	2004	Enfermera de nivel medio	1 296	170	7.6
Malawi	2004	Enfermera principiante	816	170	4.8
Malawi	2005	Enfermera jefe	3 312	170	19.5
Malawi	2005	Enfermera de nivel medio	2 280	170	13.4
Malawi	2005	Enfermera principiante	1 008	170	5.9
Mongolia	2006	Enfermera de práctica clínica privada	819	690	1.2
Nigeria*	2001	Enfermera	5 097	520	9.8
Zambia*	2005	Enfermera	4 128	430	9.6
Ingresos medios					
Indonesia	2006	Enfermera clínica, hospital público	1 163	1 311	0.9
Tailandia	2006	Enfermera clínica, hospital público	2 746	2 721	1
Ingresos elevados					
Región especialmente administrada de Hong Kong, China	2006	Enfermera clínica, hospital público	26 188	26 094	1
Japón	2006	Enfermera clínica, hospital público	29 703	35 604	0.8
Corea	2006	Enfermera clínica, hospital público	21 090	16 441	1.3
EE.UU.	2006	Enfermera clínica, hospital público	39 276	44 970	0.9
EE.UU.	2006	Salario inicial de Enfermera gestora	34 380	44 970	0.8
EE.UU.	2006	Salario inicial de enfermera docente	52 152	44 970	1.2

* Datos de un estudio

Fuentes: Adaptados de Record y Mohiddin (2006; McCoy et al. 2008; CIE 2007a; OMS 2007a. Los valores convertidos en dólares EE.UU. utilizando los convertidores PPP para 2005 forman los Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial 2008).

Anexo 3: Cuestiones técnicas sobre el espacio fiscal

La iniciativa o esfuerzo de ingresos de un país se mide por la parte de la producción de la economía (PNB) que se recibe en ingresos fiscales. Los países de bajos ingresos (PBI) tienen un índice de ingresos medios del 15% y esta cifra ha permanecido relativamente estable durante los últimos quince años. Los ingresos de un país hacen que aumente la parte de los ingresos por lo menos un tercio en el caso de los países de ingresos medios bajos y más de la mitad en el caso de los países de ingresos medios superiores (Cuadro A3.1). Los ingresos conseguidos aumentan a medida que disminuye la parte de la economía informal, en particular a medida que la industria y los servicios sustituyen a la agricultura informal y a medida que mejora la administración fiscal.

Cuadro A3.1. Coeficiente de ingresos excluidas las donaciones al PIB * (mediana)

Grupo de ingresos (2007)	1990-94	1995-99	2000-04
	[%]		
Ingresos bajos	15,8	15,6	12,7
Ingresos medios más bajos	21,2	21,4	22,9
Ingresos medios más altos	26,0	23,8	26,0

* La cobertura de los países varía en los periodos de tiempo

Fuente: Banco Mundial (2008)

En los países de bajos ingresos los ejemplos de aumentos amplios y sostenidos de los ingresos son relativamente raros, en particular por falta de reformas de la política fiscal sustantiva y de la administración. Se acepta en general que un decidido esfuerzo por elevar los ingresos al coeficiente del PIB equivale a no más de un medio punto porcentual del PIB por año (Bevan 2005). El sector de salud recibe en torno al 10% de los recursos presupuestarios totales en los países de bajos ingresos y en los PIMB (Cuadro A3.2) y llega al 15% en los PIE.

Cuadro A3.2. Gasto estatal en salud: Parte de los gastos generales del gobierno (presupuesto general) y parte del gasto total en salud en 2005

Clasificación de los países	Gasto del Estado en salud como parte del	
	Gasto general del Estado	Gasto total en salud
[%]		
Ingresos bajos	9,1	45,2
Ingresos medios bajos	10,6	58,4
Ingresos medios altos	11,1	63,9
Ingresos elevados (no-OCDE)	12,2	68,4
Ingresos elevados (OCDE)	15,7	73,4

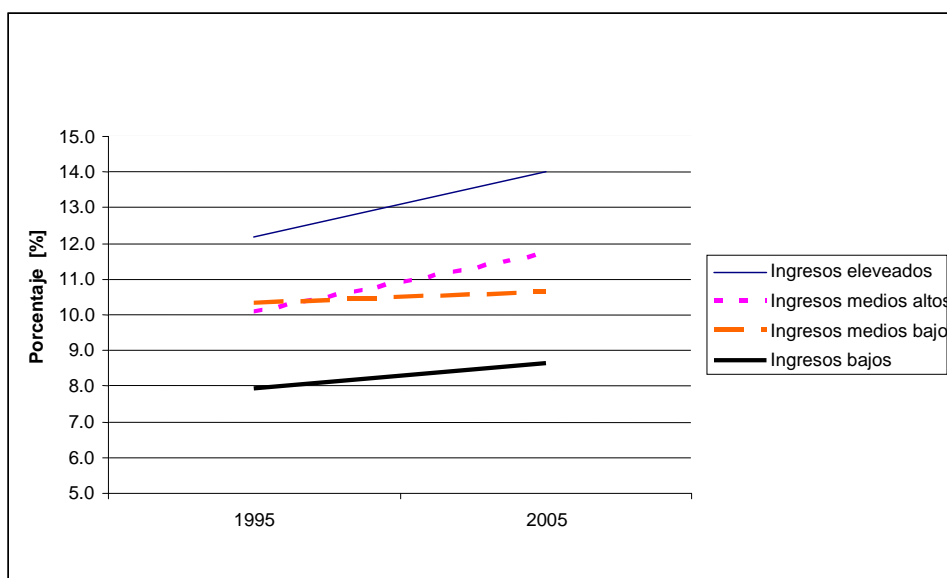
Fuente: OMS (2005)

Por tanto, un país con ingresos per cápita bajos, bajos resultados fiscales como parte de sus ingresos, y una baja participación de la salud en el empleo de sus recursos presupuestarios produce un nivel particularmente bajo de gastos del gobierno en salud. Unos 10 dólares EE.UU. por persona y año no son un nivel raro de gastos del gobierno en salud. En parte esto se compensa con una función más amplia del gasto privado en salud, que incluye característicamente el gasto personal en productos para la salud en

farmacias y tiendas, y en servicios de salud del sector de los beneficios y del ajeno a los beneficios (incluidos los hospitales y los centros de salud de carácter religioso).

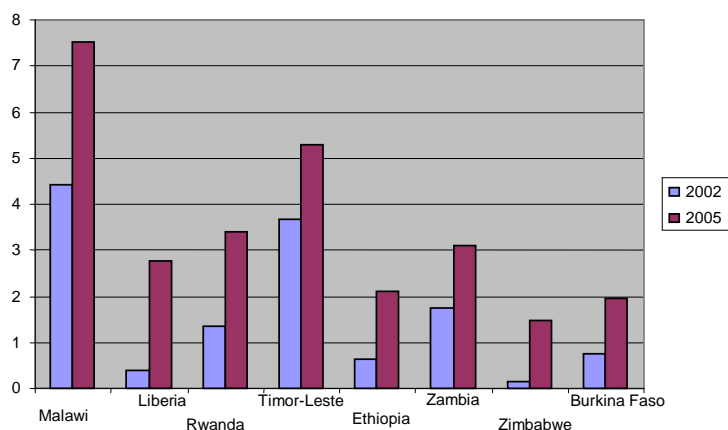
Las administraciones se comprometen frecuentemente a aumentar el gasto en salud, por ejemplo los gobiernos africanos se han comprometido a elevar el gasto en salud hasta el 15% del gasto total. Aun cuando se da una tendencia ascendente en todos los países como parte del gasto total, la tendencia es muy gradual, especialmente en los países de ingresos bajos y medios bajos. Entre los factores que impulsan la tendencia ascendente se incluye la demanda de las poblaciones más ricas, el aumento de los costos, y el envejecimiento de las poblaciones en los países de elevados ingresos.

Figura A3.1. Gasto general del Gobierno en salud como parte del gasto general del Gobierno (WHOSIS 2008), 1995 - 2005, [en %]



La imagen de la financiación exterior para la salud es algo mejor, en particular en unos pocos PBI que han llegado a conocerse como “preferidos de los donantes”. Aumentar la financiación de la salud mundial, en particular los fondos específicos para las enfermedades, entre ellos el Programa de Urgencia del Presidente para el Aumento de la Ayuda (PEPFAR), financiado por el Gobierno de los Estados Unidos y mediante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, han producido fuertes incrementos de la financiación en algunos países.

Figura A3.2. Recursos externos para gastos en salud (WHOSIS 2008), 1992 - 2005, [en % del PIB]



Anexo 4: Países con menos de 2,28 profesionales de salud por 1.000 habitantes en 2005

Nº	Nivel de ingresos	Región OMS	Nombre del país	Profesionales de salud por 1.000 habitantes			
				Total	Médicos	Enfermeras	Matronas
1	Bajo	África	Benin	0,88	0,04	0,72	0,12
2			Burkina Faso	0,54	0,05	0,32	0,17
3			Burundi	0,22	0,03	0,19	0,00
4			República Centroafricana	0,31	0,08	0,23	
5			Chad	0,32	0,04	0,24	0,04
6			Comores	0,90	0,15	0,61	0,14
7			Costa de Marfil	0,72	0,12	0,46	0,14
8			República Democrática del Congo	0,64	0,11	0,53	
9			Eritrea	0,63	0,05	0,55	0,03
10			Etiopía	0,25	0,03	0,20	0,02
11			Gambia	1,42	0,11	1,13	0,18
12			Ghana	1,07	0,15	0,74	0,18
13			Guinea	0,62	0,11	0,47	0,04
14			Guinea-Bissau	0,81	0,12	0,59	0,1
15			Kenia	1,32	0,14	1,18	
16			Liberia	0,33	0,03	0,17	0,13
17			Madagascar	0,61	0,29	0,20	0,12
18			Malawi	0,61	0,02	0,59	
19			Mali	0,71	0,08	0,45	0,18
20			Mauritania	0,75	0,11	0,56	0,08
21			Mozambique	0,36	0,03	0,21	0,12
22			Níger	0,25	0,02	0,20	0,03
23			Nigeria	1,98	0,28	1,03	0,67
24			Ruanda	0,48	0,05	0,42	0,01
25			Senegal	0,38	0,06	0,25	0,07
26			Sierra Leona	0,51	0,03	0,23	0,25
27			Togo	0,42	0,04	0,33	0,05
28			Uganda	0,79	0,08	0,55	0,16
29			República Unida de Tanzania	0,39	0,02	0,30	0,07
30			Zambia	2,14	0,12	1,56	0,46
31	Zimbabwe	0,88	0,16	0,72			
32	Américas	Haití	0,36	0,25	0,11		
33	Mediterráneo Oriental	Afganistán	0,41	0,19	0,22		
34		Pakistán	1,20	0,74	0,31	0,15	
35		Somalia	0,23	0,04	0,19		
36		Yemen	0,99	0,33	0,64	0,02	
37	Sudeste de Asia	Bangladesh	0,58	0,26	0,14	0,18	
38		India	1,87	0,6	0,8	0,47	
39		Myanmar	1,35	0,36	0,2	0,79	
40		Nepal	0,67	0,21	0,22	0,24	
41	Pacífico Occidental	Cambodia	1,00	0,16	0,61	0,23	
42		República Democrática Popular Laos	1,62	0,59	1,03		
43		Papua Nueva Guinea	0,58	0,05	0,53		
44	Medio bajo	África	Angola	1,39	0,08	1,31	
45		Camerún	1,79	0,19	1,60	0,00	
46		Congo	1,16	0,2	0,84	0,12	
47		Lesotho	0,67	0,05	0,62		
48		Américas	El Salvador	2,04	1,24	0,8	
49		Honduras	1,89	0,57	1,29	0,03	
50		Nicaragua	1,44	0,37	1,07		
51		Perú	1,84	1,17	0,67		
52		Mediterráneo Oriental	Djibouti	0,6	0,18	0,26	0,16
53		Irak	1,98	0,66	1,25	0,07	
54		Marruecos	1,30	0,51	0,72	0,07	
55		Sudeste de Asia	Bhután	0,27	0,05	0,14	0,08
56		Indonesia	0,95	0,13	0,57	0,25	
57	Medio alto	África	Guinea Ecuatorial	0,83	0,3	0,43	0,10

Fuente: OMS (2003-2007)

Anexo 5: Estimación de costos financieros

Para conseguir una imagen más clara de lo que significan los costos financieros hemos reestimado los costos de aumentar el personal hasta los umbrales mínimos (véase el Capítulo 3.1) y hemos comparado esos costos con el gasto total actual en salud, el gasto estatal en salud y los ingresos por habitante. Estos costos se muestran en el Cuadro 5.1.

Cuadro 5.1. Costos salariales de aumentar el personal hasta los niveles orientativos mínimos en los países con escasez crítica para las necesidades de 2005

Región	Número de países con escasez crítica	Costo de los salarios				Parte del gasto en salud	
		Estimado para personal real en 2005	Proyectado según directrices de personal mínimo*	Per cápita	PIB	Gasto total	Gasto general del gobierno
		[Miles de millones \$EE.UU.]		[\$EE.UU.]	[%]	[%]	
África	35	1,7	3,6	2,9	0,6	13,9	33,6
Américas	5	1,3	2,0	11,2	0,6	10,7	21,2
Mediterráneo Oriental	6	2,0	3,2	4,5	0,5	15,7	42,1
Sudeste de Asia	6	11,0	15,8	3,1	0,4	10,0	43,8
Pacífico Occidental	3	0,1	0,2	4,0	0,7	14,6	34,9
Total	55	16,2	24,8	3,4	0,5	11,4	38,0

* Supone que la dotación de personal mínima es el 2,28 por 1.000 de la población, de los cuales el 25% son médicos y el 75% son enfermeras y matronas. Los salarios se suponía que eran quintuplos del PIB por habitante en el caso de las enfermeras y del 8,25 para los médicos, lo que correspondía al promedio de todos los países con escasez de recursos humanos de salud.

Fuentes: Cálculos del autor utilizando datos de base de los salarios, del personal y de los gastos en salud de la OMS. Los de la Población proceden de la División de las Naciones Unidas sobre la Población, los del PIB proceden del Banco Mundial.

Referencias

- Acemoglu D y Johnson S (2006). Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth. *National Bureau of Economic Research. Working Paper Series*. 2006; No. 12269:1-[84].
- ActionAid International USA (2004). *Blocking Progress: How the Fight Against HIV/AIDS is Being Undermined by the World Bank and International Monetary Fund.*: ActionAid International USA.
- Adebian I, Strachan B y Ajam T (1998). *Transformation in Action: Budgeting for health service delivery*, University of Cape Town Press.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM y Shamian J (2001). Enfermeras' reports on hospital care in five countries. *HealthAffairs (Millwood)*. May-Jun 2001;20(3):43-53.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J y Silber JH (2002). Hospital enfermera staffing and patient mortality, enfermera burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*. Oct 23-30 2002;288(16):1987-1993.
- Allianza mundial de los profesionales de salud (2008a). *Guidelines: Incentives for Health Professionals*. Consejo Internacional de Enfermeras, International Hospital Federation, Federación Internacional Farmacéutica, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, Organización Mundial de la Salud, Asociación Médica Mundial: Geneva
- Allianza mundial de los profesionales de salud (2008b). *Joint health professions statement on task shifting*. International Confederation of Midwives, International Council of Enfermeras, Federación Internacional Farmacéutica, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, Asociación Médica Mundial: Geneva.
- Anand S y Barninghausen T (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*. Oct 30-Nov 5 2004;364(9445):1603-1609.
- Banco Asiático de Desarrollo (2003). *Assessing the Impact and Cost of SARS in Developing Asia: Asian Development Outlook 2003* Asian Development Bank. www.adb.org/documents/books/ado/2003/update/sars.pdf.
- Bevan DB (2005). *An Analytical Overview of Aid Absorption: Recognizing and Avoiding Macroeconomic Hazards*: Oxford University, Department of Economics. www.imf.org/external/np/seminars/eng/2005/famm/pdf/bevan.pdf.
- Brown RP y Connell J (2004). The migration of doctors and enfermeras from South Pacific Island Nations. *Social Science and Medicine* Jun 2004;58(11):2193-2210.
- Brush BL y Sochalski J (2007). International enfermera migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2007;8(1):37-46.
- Bryan L, Garg R, Ramji S, Silverman A, Tagar E y Ware I (2006). *Investing in Tanzanian Human Resources for Health*. An HRH report for the Touch Foundation, Inc. McKinsey & Company.

- Buchan J, Jobanputra R, Gough P y Hutt R (2006). Internationally recruited enfermeras in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*. 2006;4:14.
- Centro para el desarrollo mundial (2007). *Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries?* Washington, DC: Centro para el desarrollo mundial. www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2007a). Asia Workforce Forum Database of Nurse Wages.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2007b). *Nursing Workforce Profile*. CIE: Ginebra. www.icn.ch/SewDatasheet07.pdf.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2007c). *La contratación ética de las enfermeras*: CIE: Ginebra. www.icn.ch/es/publications/related-icn-position-statements/related-icn-position-statements.html
- Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K y Rogers FH (2006). Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspectives* 2006;20(1):91-116.
- Dal Poz MR, Quain EE, O'Neil M, McCaffery J, Elzinga G y Martineau T (2006). Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health*. 2006;4:21.
- Docquier F (2006). *Brain drain and inequality across nations*: FNRS and IRES, Université Catholique de Louvain (Belgium); www.eudnet.net/download/Docquier.pdf.
- Dovlo D (1999). *Issues affecting the mobility and retention of health workers/professionals in Commonwealth African states*". Mimeo.
- El Banco Mundial (2002). *Les cadres de dépenses à moyen terme: du concept à la pratique. Enseignements préliminaires tirés de l'Afrique*. The World Bank.
- El Banco Mundial (2007). *Public Expenditure Review 2006*. Report No. 40145-MW
- El Banco Mundial (2008). World Development Indicators: The World Bank Group.
- El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A y Kassak K (2007). Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resources for Health*. 2007;5:9.
- Esty D, Goldstone JA, Gurr TR, Harff B, Levy M, Dalbecko GD, Surko PT y Unger AN (1999). *State Failure Task Force Report: Phase II Findings*: Science Applications International Corporation.
- Ferrinho P, Omar MC, Fernandes MD, Blaise P, Bugalho AM y Lerberghe WV (2004a). Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*. Apr 28 2004;2(1):4.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F y Biscaia A (2004b). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*. Oct 27 2004;2(1):14.
- Fondo Monetario Internacional (2007). Regional economic outlook. Sub-Saharan Africa. *World economic and financial surveys*. FMI; Washington, D.C.

- Fondo Monetario Internacional y El Banco Mundial (2005). *Update on the Assessment of Action Plans to Strengthen the Capacity of HIPC's to Track Poverty Reducing Spending*. FMI, El Banco Mundial, Washington, D.C.
- Gobierno de Ghana (2005). *Scaling Up Health Investments for Better Health, Economic Growth, and Accelerated Poverty Reduction*. National Development Planning Commission.
- Gupta S (2007). *Fiscal management of scaled-up aid*. International Monetary Fund, Fiscal Affairs Dept.; Washington, DC.
- Haddad S, Baris E y Narayana D (2008). *Safeguarding the health sector in times of macroeconomic instability : policy lessons for low- and middle-income countries.:* Africa World Press; International Development Research Centre; Trenton, N.J. Ottawa, ON.
- Heller PS (2005). *Understanding fiscal space*. Fondo Monetario Internacional, Dept. Affaires Fiscales.; Washington, DC..
- Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres Edejer T y Dal Poz MR (2006). *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges* Documento de antecedentes preparado para el Informe Mundial de la Salud 2006.
- Hurst K (2002). *Selecting and Applying Methods for Estimating the Size and Mix of Nursing Teams*: Universidad de Leeds Advisory Group.
www.who.int/hrh/tools/size_mix.pdf.
- International Centre on Nurse Migration (2007). *International Nurse Migration & Remittances*: Fact Sheet. www.icn.ch/matters_icnm_remittances.pdf.
- International Finance Corporation (n.d.). *The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives*. The World Bank Group, Washington.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Mass.: Global Equity Initiative : Distribuido por Harvard University Press.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move : migration and the global health care economy*. IRL Press, Ithaca, N.Y.
- Lankshear AJ, Sheldon TA y Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, Apr-Jun 2005;28(2):163-174.
- Liese B, Blanchet N y Dussault G (2003). *The human resource crisis in health services in Sub-Saharan Africa*: El Banco Mundial. www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/10/31/000112742_20031031161656/additional/310436360_20050276022409.pdf.
- Link CR y Landon JH (2001). "Monopsony and Union Power in the Market for Enfermeras" *Southern Economic Journal* 41 pp.649-659.
- Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V y Van Lerberghe W (2001). Managing Health Services in Developing Countries: Between the Ethics of the Civil Servant and the Need for Moonlighting: Managing and Moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*. 2001;5(1-3):17-24.

- Mankiw NG (2004). *Principles of Economics* Third edition, Thompson South Western, Ohio.
- Martineau T y Willetts A (2006). The health workforce: managing the crisis ethical international recruitment of health professionals: will codes of practice protect developing country health systems? *Health Policy*. Feb 2006;75(3):358-367.
- McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, Chand S, Ensor T y McPake B. (2008). Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*. Feb 23 2008;371(9613):675-681.
- Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud de Ruanda (2006). *Scaling up to the health MDGs in Rwanda..*
- Ministerio de Economía y Finanzas de Ruanda (2008). *Economic Development and Poverty Reduction Strategy..*
- Ministerio de Salud y de Bienstar Social de la India (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. Available at: www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf
- Miti SK (2006). *Migration, retention and return of health professionals - The Zambian case*. Presentación para el Health in Foreign Policy Forum 2006.
- Mukherjee R y Manningof N (2002). *Salary Top-ups*. World Bank.: go.worldbank.org/XSD5K1WFE0.
- National Organisation of Nurses and Midwives of Malawi (2008). Comunicación con el Consejo Internacional de Enfermeras.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M y Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, May 30 2002;346(22):1715-1722.
- Ogilvie L, Mill JE, Astle B, Fanning A y Opare M (2007). The exodus of health professionals from sub-Saharan Africa: balancing human rights and societal needs in the twenty-first century. *Nursing Inquiry*. Jun 2007;14(2):114-124.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo (2008). *Système d'observation permanente des migrations*. International migration outlook : annual report. Paris: OECD.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Health, economic growth, and poverty reduction: the report of working group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health*.: OMS Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2003-2007). *Global Atlas of the Health Workforce*.OMS Ginebra. www.who.int/globalatlas/default.asp.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *PRSPs : their significance for health : second synthesis report*. Dept. of MDGs Health and Development Policy..OMS Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *National Health Accounts*. OMS: Ginebra. www.who.int/nha/country/en/.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *El Informe sobre la salud en el mundo: 2006 : Colaboremos por la salud*. OMS: Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (2007a). Oficina Nacional de Viet Nam Comunicación personal.
- Organización Mundial de la Salud (2007b). *Scaling up for better health in Cambodia*: Ministry of Health, Kingdom on Cambodia. WHO: Phnom Penh.
- Oxfam International (2003). *The IMF and the Millennium Development Goals: Failing to Deliver for Low-Income Countries*.
- Oxford Policy Management (2000). 'Medium Term Expenditure Frameworks – panacea or dangerous distraction? *OPM Review*. 2000. siteresources.worldbank.org/INTPEAM/Resources/OPMMTEFReview.pdf.
- Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, Ntulli A, Rowson M & Loewenson R (2003). Health personnel in southern Africa: Confronting mal-distribution and brain drain,' Discussion Paper 3. *EQUINET*. Harare.
- Parkin M, Powell M & Matthews K (1997). *Economics* Third Edition, Addison Wesley
- Preker A, Vujicic M, Dukhan Y, Ly C, Beciu H & Materu P N (2008). *Scaling Up Health Professional Education: Opportunities and Challenges for Africa*: World Bank.
- Record R & Mohiddin A (2006). An economic perspective on Malawi's medical "brain drain". *Global Health*. 2006;2:12.
- Robinson J & Wharrad H (2000). Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. *Journal of Advanced Nursing* Jul 2000;32(1):28-40.
- Robinson J & Wharrad H (2001). The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations' data sets including the ratios of physicians and enfermeras to population, GNP per capita and female literacy. *Journal of Advanced Nursing*, May 2001;34(4):445-455.
- Sachs J, McArthur J, Schmidt-Traub G, Bahadur C, Faye M & Kruk M (2004). *Country specific costs of achieving the MDGs in five countries are presented in Millennium Development Goals Needs Assessments, country case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda*.
- Secretaria de la Comunidad Regional de Salud del Commonwealth (2004) *Challenges Facing the Malawian Health Workforce in the Era of HIV/AIDS*. Commonwealth Regional Health Community Secretariat. sara.aed.org/publications/hiv_aids/aids_briefs/Malawi%20workforce%20brief.pdf.
- Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE & Dahlstrom U (2003). Enfermera-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal* Jun 2003;24(11):1014-1023.
- United Nations Development Program (2005). *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. UN Millennium Project, Earthscan, London.

- ONUSIDA (2007). *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support.*: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra.
- Van Lerberghe W, Conceicao C, Van Damme W & Ferrinho P (2002). When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bolétin de la Organización Mundial de la Salud*. 2002;80(7):581-584.
- Verboom P, Tan-Torres Edjer T & Evans DB (2006). *The costs of eliminating critical shortages in human resources for health* Mimeo. OMS.
- Vujicic M & Evans RG (2005). The impact of deficit reduction on the nursing labour market in Canada: unintended consequences of fiscal reform. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2005;4(2):99-110.
- Vujicic M & Zurn P (2006). The dynamics of the health labour market. *International Journal of Health Planning and Management*. 2006;21(2):101-115.
- WHO Statistical Information System (2008). *WHOSIS*.
www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B & Adams O (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*. Sep 17 2004;2(1):13.



Consejo internacional de enfermeras

Centro internacional para los recursos humanos de enfermería
3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra
Suiza

Tel: +41 22 908 0100

Fax: +41 22 908 0101

email: icn@icn.ch

www.icn.ch