



# Ampliar los efectivos de atención de salud

Estudio de un caso



# Ampliar los efectivos de atención de salud

## *Estudio de un caso*

Elaborado por

Gilles Dussault, Inês Fronteira, Helen Prytherch,  
Mario R. Dal Poz, Dorothy Ngoma, Juliana Lunguzi  
y Kaspar Wyss

para el Centro internacional para los recursos humanos  
de enfermería



Consejo internacional de enfermeras



Fundación Internacional  
Florence Nightingale

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 y su venta, sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

---

Copyright © 2009 by CIRHE \_ Centro internacional para los recursos humanos de enfermería, 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95065-66-6

## ÍNDICE

---

Nota sobre este documento _____	5
Personas que han contribuido _____	5
Reconocimiento _____	6
Resumen para ejecutivos _____	7
Introducción _____	9
¿Por qué ampliar los efectivos de trabajadores de salud? _____	15
Estrategias para ampliar los recursos humanos de salud _____	19
Condiciones para el éxito _____	31
Conclusión _____	37
Referencias y Bibliografía _____	39
Apéndices _____	45



## NOTA SOBRE ESTE DOCUMENTO

---

El presente documento es el resultado de la colaboración entre el personal del Instituto de Higiene y Medicina Tropical (Lisboa) y el Instituto Tropical Suizo (Basilea), con aportaciones complementarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación nacional de enfermeras de Malawi.

El documento forma parte de una serie destinada al Centro internacional para los recursos humanos de enfermería (CIRHE), que aportó la financiación. La serie de documentos tiene por objeto estudiar los problemas de los recursos humanos de enfermería y ofrecer soluciones de política general.

Fundado en 2006 por el Consejo internacional de enfermeras (CIE) y la Fundación Internacional Florence Nightingale, el CIRHE está dedicado a fortalecer los recursos humanos de enfermería en todo el mundo mediante la preparación, la vigilancia constante y la difusión de información completa y de instrumentos relacionados con la política, la gestión, la investigación y la práctica profesional de los recursos humanos de enfermería.

## PERSONAS QUE HAN CONTRIBUIDO

---

**Gilles Dussault:** Profesor y director de la unidad de sistemas de salud del Instituto de Higiene y Medicina Tropical. Antes de entrar a formar parte del Instituto en agosto de 2006, trabajó como especialista principal de salud, en el Instituto del Banco Mundial, en Washington, DC. Ha ejercido la docencia en varios países; entre 1985 y 2000, fue profesor y director del Departamento de Administración de Salud, de la Universidad de Montreal. La obra que ha publicado se ocupa principalmente de temas relacionados con la reglamentación y la gestión de los recursos humanos de salud. G. Dussault ha sido miembro de la Iniciativa conjunta de aprendizaje sobre Recursos humanos de salud, iniciada por la Fundación Rockefeller.

**Inés Fronteira** tiene un primer título universitario en enfermería y una licenciatura en Salud pública. Es profesora del Instituto de Higiene y Medicina Tropical. Su labor de investigación de sistemas de salud y su trabajo de enseñanza se centran en la planificación de los recursos humanos, la salud de las enfermeras y la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Participa también en actividades de cooperación en los países africanos de habla portuguesa y ha estado al frente de la creación de una asociación de consejos y asociaciones de enfermería de habla portuguesa.

**Helen Prytherch** es enfermera especialista y científico social, con un título de licenciatura en Asistencia humanitaria. Tiene experiencia en labores internacionales de salud realizados en Asia, América Latina, África Subsahariana y Europa Oriental. Desde 2002 hasta 2006, trabajó para la German Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) y para Capacity Building International (Inwent) en el sector de los recursos humanos de salud. Después pasó a formar parte del Centro suizo de Salud

internacional y del Instituto suizo de Medicina tropical, donde trabaja actualmente en la Unidad de Salud de la reproducción y VIH/SIDA.

**Mario Dal Poz** es titulado de medicina general y doctor en Salud pública. Desde 1982, ha trabajado en el Instituto de Medicina social, de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, en la que es profesor adjunto. En el año 2000 entró a formar parte de la OMS, en Ginebra, donde es actualmente coordinador de la Unidad de Información y gobierno interno de los Recursos humanos de salud. El departamento coopera con los países en el desarrollo de los recursos humanos de salud, en el fortalecimiento de la información sobre esos recursos, en los indicadores de resultados de salud, y en la aplicación de la política y la planificación de los recursos humanos de salud en los planos nacional y provincial. Es redactor jefe de la revista *Recursos humanos de salud*, que se publica en tiempo real.

**Dorothy Ngoma** es enfermera especialista y matrona y tiene un título de licenciatura en Salud de la comunidad, de la Universidad de Boston. Es profesora del Departamento de Enfermería de salud de la comunidad y de salud mental, en el Colegio Mayor de Enfermería Kamuzu, de la Universidad de Malawi. Actualmente es Directora general de la Organización nacional de enfermeras y matronas de Malawi y desempeña una activa función de defensa de la justicia social en la atención de salud.

**Juliana Lunguzi** es enfermera especialista y matrona y miembro de la Asociación nacional de enfermeras de Malawi. Tiene el título de licenciatura en Enfermería, con especialización en Salud de la comunidad, de la Universidad de Valparaiso, de los Estados Unidos. Actualmente trabaja como funcionaria de salud de la reproducción, con adolescentes, en el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) y tiene experiencia en enfermería clínica y en investigación y enseñanza. Una de sus principales tareas en la asociación de enfermería es defender las mejoras del bienestar de los trabajadores de salud, especialmente de las enfermeras y matronas.

**Kaspar Wyss**, con título de doctorado, es especialista en salud pública, profesor adjunto y director del Instituto suizo de Medicina tropical, del Centro Suizo de Salud Internacional. Dirige un equipo de 15 personas que se ocupan de los resultados de los sistemas y programas de salud en África, en el Oriente Medio, en Europa Oriental y en el Asia Central, con el objetivo de mejorar la calidad, eficacia, responsabilidad y gestión interna general de los sistemas de salud. Sus actividades guardan relación con el fortalecimiento de los sistemas y el desarrollo de los recursos humanos y se interesa específicamente en la función e importancia de los recursos humanos de salud para impulsar las intervenciones de carácter prioritario.

## RECONOCIMIENTO

---

El Consejo internacional de enfermeras reconoce con agradecimiento el apoyo financiero prestado por el Burdett Trust for Nursing, del Reino Unido.

## RESUMEN PARA EJECUTIVOS

---

Un aumento de los recursos financieros, aunque urgentemente necesario, es insuficiente para mejorar el acceso a los servicios de salud y alcanzar objetivos de salud tales como las Metas de desarrollo del milenio (MDM), de las Naciones Unidas. Para prestar los servicios, es asimismo esencial contar con dispensadores cualificados.

En el presente estudio se sintetizan algunos de los documentos publicados y otros documentos extraoficiales sobre el incremento de los recursos humanos de salud –también conocidos con el nombre de recursos humanos de salud (RHS)– centrándose especialmente en el incremento del número de dispensadores de servicios de salud, formados y capacitados.

El estudio se ocupa principalmente de los países de renta baja o media, aun cuando se incluyen también algunas publicaciones sobre países más ricos.

En una búsqueda de 29 bases de datos, con una lista convenida de palabras clave y términos indizados, se identificaron 254 documentos, a los que se añadieron otros 20 a medida que los autores iban hallando nueva información. La mitad, aproximadamente, eran publicaciones revisadas por homólogos; el resto eran documentos no publicados. De ese número, 112 documentos cumplían los criterios para su inclusión. Ésta se recomendaba cuando el documento abordaba al menos una de las cuestiones siguientes:

- El concepto de incremento (de cualquier tipo)
- La justificación, estrategias y métodos para el incremento
- Los costos del incremento
- Las lecciones aprendidas, y
- Recomendaciones de política general.

Cada uno de los documentos incluidos fue examinado en profundidad por dos autores. Las versiones sucesivas del documento se produjeron después por un proceso de repetición.

El término ‘incremento’ es ya de uso común para referirse a la ampliación y el mejoramiento de una intervención, de un programa o de unos servicios para alcanzar más rápidamente alguna meta deseada. Implica esfuerzos orientados para acelerar el ritmo de la actuación y los progresos hacia una determinada meta. En el presente documento se sugiere que hay que distinguir entre el incremento de los *resultados de los servicios de salud* y el incremento de los *recursos necesarios para dispensar los servicios*.

El término *resultados* se refiere al mejoramiento de la equidad del acceso; a la eficacia y la eficiencia de los servicios; a la adecuación de los servicios; y a la medida en que se ofrece a los usuarios protección contra los efectos empobrecedores de la mala salud. Se incluyen aquí cambios organizativos tales como la revisión de los mecanismos de gobierno interno, el mejoramiento de la planificación y de la vigilancia, la descentralización y nuevos métodos de financiación.

La expresión *recursos necesarios para dispensar los servicios* se refiere a ampliar el gasto, crear sistemas de información, mejorar y ampliar las infraestructuras, y aumentar el número y las competencias de los trabajadores de salud.

El aumento del número de trabajadores de salud forma parte de esta iniciativa y consiste en ampliar la capacidad de los RHS para dispensar más servicios de salud y de mejor calidad. Este objetivo puede conseguirse con una combinación de estrategias complementarias, tales como aumentar el número de los dispensadores de que se dispone para prestar los servicios; mejorar la productividad (o la eficiencia técnica) de los trabajadores de salud; mejorar la cobertura geográfica e institucional; e impulsar la eficiencia recurriendo a estrategias y mecanismos de calidad.

En el proceso de preparación del presente documento, los autores han observado que las pruebas son escasas en el caso de algunos aspectos de las iniciativas adoptadas para ese incremento, como por ejemplo los resultados y el efecto de los programas verticales aplicados a sistemas globales de salud y para el fortalecimiento de los recursos humanos. En cuanto al aumento de la reserva de trabajadores, se identificaron cuatro tipos de intervenciones: aumentar la formación y capacitación de nuevos trabajadores; mejorar los índices de retención; contratar trabajadores en paro o jubilados; y traer trabajadores de salud de otros países.

El éxito del incremento de la reserva de trabajadores de salud está vinculado a los mismos factores críticos que se aplican a cualquier iniciativa importante de política general. Entre esos factores se incluye el tener una base válida de información, unos objetivos claros y un conjunto de estrategias; un plan estratégico; la movilización de las personas interesadas; capacidad de gestión y de elaboración de políticas; voluntad y compromiso políticos; y hacer una evaluación continua de los efectos de las intervenciones. Unos recursos financieros adecuados son requisito evidente para cubrir los salarios y prestaciones del nuevo personal además de los costos de la formación, la infraestructura, el equipo y las demás aportaciones e intervenciones necesarias para reducir las pérdidas de personal.

Si con el incremento se alcanza el objetivo de aumentar la producción de servicios y mejorar su calidad, con esa ampliación aumentarán en medida significativa los gastos en salud. Los países y sus colaboradores deben aceptar esa premisa antes de iniciar los incrementos de personal.

El presente documento es un primer intento de comprender mejor el proceso necesario para incrementar los recursos humanos de salud. Se precisan muchos estudios para evaluar las iniciativas pasadas y actuales en este sector. Aun cuando cada país ha de formular su propia estrategia, puede aprenderse de otros. La tarea de reunir, analizar y difundir esas lecciones queda dentro del mandato de los observatorios regionales de los RHS. El aumento no es un fin en sí mismo, sino un elemento importante de cualquier estrategia destinada a alcanzar los objetivos de la política de salud.

## INTRODUCCIÓN

---

En este documento se sintetizan algunas de las publicaciones y escritos no publicados sobre el proceso de ampliación de los recursos humanos de salud y se trata de manera especial el aumento del número de dispensadores formados de servicios de salud. El documento se ocupa sobre todo de los países de renta baja o media, aun cuando se incluye algunas publicaciones referentes a países más ricos.

### **Antecedentes**

Hace sólo un decenio, los dirigentes nacionales y los organismos de ayuda eludían las cuestiones de los recursos humanos de salud, pues consideraban que abordarlos era demasiado complejo y políticamente arriesgado. Actualmente, los recursos humanos de salud (RHS) ocupan el centro de su programa de salud (JLI 2004; OMS 2005; OMS 2006b).

Este cambio de orientación proviene de una conciencia, cada vez mayor, de que un aumento de los recursos financieros, aun siendo urgentemente necesario, es insuficiente para mejorar el acceso a los servicios de salud y lograr objetivos de salud tales como los incorporados en las Metas de desarrollo del milenio (MDM), de las Naciones Unidas.<sup>1</sup> También es esencial contar con dispensadores cualificados, en número suficiente para prestar los servicios.

La principales iniciativas de salud mundiales –por ejemplo, el Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo (GFATM); la Alianza mundial en favor de las vacunas y la inmunización (GAVI); y Stop a la tuberculosis– consiguieron cantidades de dinero importantes, pero vieron que su posible eficacia quedaba frenada por problemas de los recursos humanos de salud (Downs y Larson 2007; Figueroa-Muñoz *et al.* 2005; Huicho *et al.* 2005; Olsen, Ndeki y Norheim 2005; Lane y Glassman 2007). Entre estos problemas se incluía la falta de dispensadores de servicios, una baja productividad y lo limitado de los niveles de capacidad del personal de salud.

En un informe emitido en 2004 por la iniciativa de Aprendizaje conjunto<sup>2</sup> (IAC) se proponía que, para alcanzar las MDM, el nivel mínimo de densidad de los recursos humanos de salud requerido es de 2,5 profesionales de salud –médicos, enfermeras, matronas– por cada 1.000 personas. En 2003, solamente seis de 46 países de África alcanzaban ese umbral. La densidad media de los recursos humanos de África era de 0,8 trabajadores de atención de salud por cada 1.000 personas, frente a una mediana de la densidad mundial de cinco trabajadores de salud por cada 1.000 personas (IAC

---

<sup>1</sup> “Las Metas de desarrollo del milenio (MDM) son ocho objetivos que han de conseguirse antes de 2015 y que responden a los principales problemas de desarrollo que el mundo tiene planteados. Las MDM se han definido a partir de las actuaciones y los objetivos recogidos en la Declaración del Milenio...” de septiembre del año 2000 (PNUD 2000). Los objetivos de salud correspondientes a las MDM 4-5-6 son los siguientes: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años; reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna; haber detenido antes de 2015 y haber comenzado a invertir la difusión del VIH/SIDA; y haber detenido antes de 2015 y comenzado a invertir la incidencia del paludismo y otras grandes enfermedades (Asamblea del Milenio 2000) .

<sup>2</sup> La IAC fue lanzada por la Fundación Rockefeller en 2002 para hacer a la comunidad internacional más consciente de la necesidad de resolver la escasez de recursos humanos para conseguir las Metas de desarrollo del milenio en el sector de salud. Recibió apoyo de numerosos organismos donantes y publicó en 2004 un informe que tuvo gran influencia.

2004). Los países pobres de Asia tenían cifras muy poco mejores (OMS 2006b). Entre las razones de esas bajas cifras se cuentan las siguientes:

- *La limitada capacidad de formación de trabajadores de salud cualificados, y las escasas inversiones en ella.* Aun cuando se dispone de un mayor número de instituciones de formación de otras categorías de trabajadores, en 2005 África tenía apenas 66 escuelas médicas, y muchos países no tenían capacidad interna ninguna para la formación médica (OMS 2006b, pág. 44).
- *Altos índices de bajas por muertes prematuras, discapacidades y enfermedades.* Por ejemplo, el VIH/SIDA está teniendo un alto coste para los países con fuerte prevalencia del VIH (OMS 2006a). Esto va unido a los abandonos del sector y a la emigración por parte del personal, sobre todo por la falta de atractivo de las condiciones laborales y los bajos salarios en los países que sufren graves limitaciones económicas y conceden escasa prioridad a los sectores sociales.<sup>3</sup>

Actualmente se reconoce en general que debe aumentarse el número de trabajadores de salud en los países de renta baja, y quizá en países más ricos. Según estimaciones del IAC “los países subsaharianos deben casi triplicar el número de los trabajadores de salud con que cuentan actualmente y añadir el equivalente de un millón de trabajadores<sup>4</sup>... para acercarse a la consecución de las MDM relacionadas con la salud” (IAC 2004 pág. 3). También se ha puesto de relieve la escasez de determinados gestores, como directores y profesionales de salud pública<sup>5</sup> (Ijsselmuiden *et al.* 2007).

Sobre este trasfondo de escasez<sup>6</sup> se han hecho, pues, numerosos llamamientos<sup>7</sup> para que se aumente rápidamente el número de los trabajadores de salud o se incrementen los recursos humanos de salud.

### **Método**

De octubre a diciembre de 2007, los autores hicieron un estudio de lo publicado sobre la ampliación de los recursos humanos de salud, utilizando una lista acordada de palabras clave (véase el Apéndice 1) y términos indizados para buscar los documentos pertinentes. Se identificaron así varias fuentes de información. Los autores buscaron

<sup>3</sup> En 2005, sólo dos países del África Subsahariana cumplían el compromiso, adquirido en Abuja en 2001, de dedicar a los servicios de salud el 15% del presupuesto del Estado (Preker 2008).

<sup>4</sup> Según estimaciones de la OMS (2006a), el déficit mundial de médicos, enfermeras y matronas es de 2,4 millones.

<sup>5</sup> El “profesional de salud pública”, definido en sentido amplio es la persona responsable de aportar dirección y conocimiento de experto a los sistemas de atención de salud, en los planos de distrito, provincial, nacional e internacional, para gestionar la salud del público” (Ijsselmuiden *et al.* 2007 pág. 914).

<sup>6</sup> Aquí el término ‘escasez’ se refiere a la penuria de los dispensadores que se necesitan para satisfacer las necesidades de salud de una población. Este concepto es diferente de la noción económica, que hace referencia al desfase existente entre la demanda de dispensadores de servicios de salud (el número que los empleadores están dispuestos a contratar) y el número real de ellos. Todos los países pobres experimentan una grave escasez en términos de necesidades no satisfechas, pero muchos de ellos tienen un excedente de dispensadores, es decir, trabajadores disponibles para ser empleados, que permanecen sin empleo porque el mercado no puede absorberlos (Vujicic & Zurn 2006).

<sup>7</sup> Resolución 59.23 de la Asamblea Mundial de la Salud; Estrategia de la Unión Europea para actuar en la crisis de recursos humanos de salud en los países en desarrollo (COM 642) diciembre de 2005; Programa de Actuación europeo (PfA) para abordar la escasez de trabajadores de atención de salud en los países en desarrollo (2007-2013); Plan de Actuación 2008-2010 de la Cumbre África - Unión Europea. [www.africaunion.org/root/AU/Conferences/2007/December/eu-au/docs/action\\_plan\\_2008\\_2010.pdf](http://www.africaunion.org/root/AU/Conferences/2007/December/eu-au/docs/action_plan_2008_2010.pdf)

términos indizados y palabras clave en 29 bases de datos (Apéndice 2). No se fijó de antemano ningún periodo de tiempo, pero la mayoría de los documentos de interés databan de mediados del decenio de 1990, que es el periodo que abarcaban las principales bases de datos. El primer conjunto de documentos se examinó en busca de más referencias; se identificaron 254 documentos que se consideraron pertinentes y a ellos se añadieron otros 20 documentos a medida que iba apareciendo más información. Aproximadamente la mitad del total de los documentos eran publicaciones revisadas por homólogos; el resto de ellas eran escritos no publicados. Los resúmenes de estos documentos fueron examinados por dos autores que decidirían si esos documentos debían incluirse en el examen. Cuando no había acuerdo, arbitraba un tercer autor. La inclusión se recomendaba si en el documento se trataba, como mínimo, de uno de los asuntos siguientes:

- El concepto de ampliación (de cualquier tipo)
- Justificación, estrategias y métodos para la ampliación
- Costos de la ampliación
- Lecciones aprendidas, y
- Recomendaciones de política general

Después del primer examen, se seleccionaron 112 documentos; cada uno de ellos fue examinado a fondo por dos autores. Después se produjeron versiones sucesivas del documento mediante un proceso iterativo.

### ***Alcance del documento***

En la búsqueda de publicaciones se vio que había muy poco material sobre la ampliación de los recursos humanos, consecuencia de la escasa atención que los investigadores han dedicado a este asunto. El presente documento se ocupa del *aumento de la reserva de trabajadores*, que es sólo una de las muchas dimensiones de la ampliación de los servicios de salud. Los resultados de la búsqueda no permiten a los autores tratar en detalle los costos del proceso del incremento; sin embargo indican que esos costos van más allá de los gastos directos. Además de los gastos de formación y los salarios e incentivos extraordinarios para retener al personal, deben tenerse en cuenta los costos derivados del sistema de prestación. Por ejemplo, con un mayor número de trabajadores se prestarán más servicios, se necesitarán más equipos y se consumirán más materiales. Finalmente, como hasta hoy se han evaluado pocas experiencias, en el documento se habla poco de los resultados y de las consecuencias de las distintas estrategias descritas.

### ***Definición de ‘Ampliación de los recursos humanos de salud’***

El término ‘ampliación’ forma ya parte del uso común para referirse a la expansión y el mejoramiento de una intervención, un programa o unos servicios para alcanzar más rápidamente un objetivo deseado. Implica unos esfuerzos intencionados para acelerar el ritmo de acción y de avance hacia una determinada meta. Cuando se aplica a los servicios de salud, la ampliación se refiere característicamente a un importante incremento de la cobertura de las intervenciones de salud prioritarias, como estrategia para mejorar los resultados de salud.

En el presente documento se sugiere que ha de distinguirse entre la ampliación de los *resultados de los servicios de salud* y el incremento de *los recursos necesarios para dispensar los servicios*.

En el caso de los *resultados de los servicios de salud*, el objetivo consistiría en mejorar la equidad del acceso; la efectividad y la eficiencia de los servicios; la capacidad de respuesta de los servicios; y la protección ofrecida a los usuarios contra los efectos empobrecedores de la mala salud. Se supone que un sistema más eficiente de servicios de salud contribuiría a conseguir mejores resultados de salud, si se abordaran también otros factores determinantes (medioambientales, económicos, de comportamiento, políticos, etc.). Las estrategias para ampliar los resultados serían múltiples y entre ellas se incluiría un examen de los mecanismos de gobierno interno, nuevos métodos de financiación, la descentralización, y una mejor planificación y vigilancia.

*Ampliar los recursos necesarios para dispensar los servicios* se referiría a aumentar el gasto, crear sistemas de información, mejorar y ampliar las infraestructuras, y aumentar el número y las competencias de los trabajadores de salud. Esto puede llamarse aumentar la capacidad. Aumentar los recursos humanos de salud forma parte de esta iniciativa y consiste en ampliar su capacidad para dispensar más servicios de salud y servicios de mejor calidad. Este objetivo puede alcanzarse aplicando una combinación de estrategias complementarias, tales como las siguientes.

- *Aumentar el número de los dispensadores disponibles para prestar el servicio.* Esto equivale a ampliar la reserva de los recursos humanos de salud, lo que puede conseguirse:
  - Mejorando la retención (reduciendo las salidas hacia otros sectores o hacia otros países)
  - Integrandos a personal desempleado o retirado
  - Aumentando la producción actual
  - Contratando a personas de otros países
  - Creando nuevos equipos, o
  - Con una combinación de los métodos anteriores.

Formar a un mayor número de las actuales categorías de personal de salud puede parecer un camino fácil, pero con un análisis más detallado puede resultar que es necesaria una división de los trabajadores más diferenciada –entre los trabajadores más y menos cualificados, por ejemplo– para facilitar la cobertura de los sectores en que es mayor la carga de la enfermedad. Análogamente,

puede parecer atractivo introducir nuevos grupos de trabajadores con niveles inferiores de capacidades. Esos trabajadores necesitan menos tiempo de formación y tienen menos cualificaciones de entrada. Ello facilita la contratación. Sin embargo, este planteamiento puede generar nuevas demandas de supervisión y de apoyo, lo que requeriría capacidades adicionales en los mandos de los niveles superiores.

- *Mejorar la eficiencia técnica de los trabajadores de salud, que puede denominarse incremento de la productividad.* Esto puede conseguirse:
  - Mejorando sus conocimientos y capacidades mediante la formación continua
  - Mejorando el acceso a los instrumentos y medios adecuados
  - Impulsando la coordinación y la organización de los servicios
  - Gestionando de manera más eficiente al disminuir el tiempo dedicado a tareas improductivas, reduciendo el absentismo y introduciendo el trabajo en equipo
  - Estableciendo sistemas eficientes de incentivos, y
  - Logrando una más eficiente división del trabajo, lo que puede incluir el “cambio de tareas” –el proceso de delegación de las tareas a otros trabajadores de salud menos cualificados.<sup>8</sup>
  
- *Mejorar la cobertura geográfica e institucional y la eficacia.* Esto puede hacerse recurriendo a estrategias y mecanismos de mantenimiento y mejoramiento de la calidad –tales como la acreditación– y que mejoren las otras dimensiones de los resultados conseguidos por los recursos humanos.

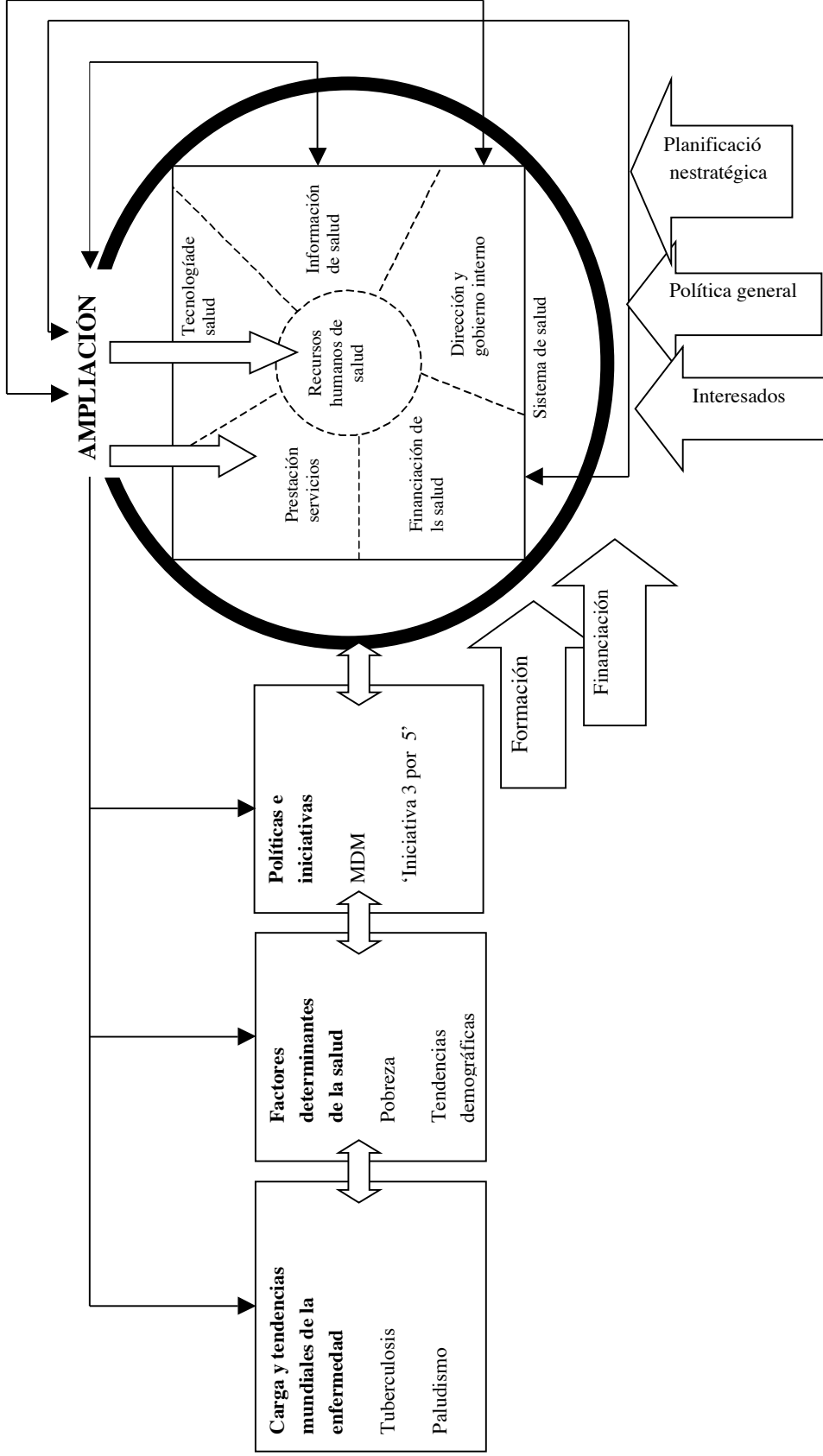
La Figura 1 ilustra que la ampliación puede conseguirse mediante diversas estrategias.

Aun cuando este documento se centra principalmente en el modo de aumentar la reserva de trabajadores, es importante recordar que esta estrategia sólo puede ser eficaz si se combina con otras estrategias. Entre éstas puede incluirse el mejoramiento de la calidad de la formación y la creación de las condiciones necesarias para aumentar los índices de retención y mejorar los resultados de los trabajadores de salud. Para mejorar la capacidad de los sistemas de prestación de servicios, es claramente necesario dar formación a un mayor número de trabajadores de salud; sin embargo son necesarias también otras actuaciones.

---

<sup>8</sup> “... con el cambio de tareas pueden utilizarse de manera más eficiente los recursos humanos actualmente disponibles. Por ejemplo, cuando hay escasez de médicos, una enfermera cualificada podría recetar y dispensar la terapia contra el retrovirus. Además, los trabajadores de la comunidad podrían prestar una amplia gama de servicios contra el VIH, liberando así tiempo para las enfermeras cualificadas. Para la formación de un nuevo trabajador de salud de la comunidad se necesita entre una semana y un año, según las competencias que precise. Este plazo ha de compararse con los tres o cuatro años de formación que precisa una enfermera para cualificarse plenamente” (OMS 2007 pág. 3). Otras expresiones utilizadas en las publicaciones para describir este proceso son las de ‘delegación de tareas’, ‘delegación de capacidades a trabajadores de salud de nivel medio’ o ‘sustitución de capacidades’ (Buchan 1999; Buchan y Dal Poz 2002; Dovlo 2004; Sibbald 2004). El cambio de tareas puede ocurrir también entre personal del mismo nivel, cuando hay transferencia de tareas a personas que no las desempeñan regularmente.

Figura 1



## ¿POR QUÉ AMPLIAR LOS EFECTIVOS DE TRABAJADORES DE SALUD?

---

Frecuentemente los argumentos a favor de un rápido incremento de los efectivos de trabajadores de salud se expresan en términos de la necesidad de mejorar los resultados globales de los sistemas de servicios de salud (Gupta *et al.* 2003). Se cree que esto contribuirá a mejorar la productividad y el crecimiento económico o a satisfacer las necesidades que generan las nuevas tendencias demográficas, las consecuencias de los avances de la tecnología médica, o determinados programas e intervenciones (Crisp, Gawanas & Sharp 2008).

Al parecer, se reconoce en general que los recursos humanos para resolver los problemas de salud limitan en medida importante la facilidad de acceso a los servicios, como ilustra la siguiente declaración:

“Los servicios de atención de salud dependen de que se disponga de las personas adecuadas, con las capacidades idóneas, en el lugar en que se precisan. Sin embargo, el mundo experimenta una escasez crónica de trabajadores de salud bien formados, crisis que se hace sentir de manera más aguda en los países que experimentan las amenazas más fuertes contra la salud pública. Hay 57 países \_la mayoría de ellos en el África Subsahariana pero entre los que se incluyen también Bangladesh, la India e Indonesia- que sufren una grave escasez de recursos humanos de salud. Según estimaciones de la OMS, se necesitan más de 4 millones de trabajadores de salud para colmar la falta de ellos, y el déficit mundial de médicos, enfermeras y matronas, en particular, no es inferior a 2,4 millones. El África Subsahariana tiene planteados los problemas más graves. Con el 11% de la población mundial y el 24% de la carga mundial de enfermedades, esta región cuenta solamente con el 3% de los trabajadores de salud del mundo y representa menos del 1% de gasto mundial en salud” (OMS 2006a pág. 1).

En el *Informe 2007 sobre las Metas de desarrollo del milenio* se indica que en el punto medio entre la adopción de las MDM y la fecha objetivo de 2015, el conjunto de las realizaciones es dispar, a pesar de los importantes avances conseguidos en la movilización de recursos financieros. Por ello, actualmente se presta más atención a los factores que frenan el progreso.<sup>9</sup> Entre esos factores pueden mencionarse, como antes se ha señalado, “la escasez crónica de trabajadores bien formados, en todo el mundo”, tanto de trabajadores de salud clínicos y no clínicos como del necesario personal administrativo y logístico (Kober y Van Damme 2004; GHWA 2006).

---

<sup>9</sup> Véase en la dirección [www.mdgs.un.org/unsd/mdg](http://www.mdgs.un.org/unsd/mdg) el sitio de las Naciones Unidas en que figuran los indicadores de las MDM.

Los llamamientos en favor del aumento del número de los recursos humanos de salud se hacen casi siempre con ocasión de la aplicación de determinados programas de lucha contra las enfermedades. Como señala la recientemente establecida Alianza mundial de los recursos humanos de salud (2006 pág. 1),

“... la crisis de los recursos humanos de salud está frenando gravemente la capacidad de aportar nuevos recursos financieros mediante nuevas modalidades, tales como el alivio de la deuda o el Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, GAVI, PEPFAR etc. –para alcanzar los objetivos. En muchos países, no hay capacidad humana suficiente para absorber, desplegar y utilizar de manera eficiente las nuevas sumas de dinero que ofrecen las iniciativas de salud mundiales”.

La necesidad de aumentar el número de los trabajadores de salud proviene de otras necesidades relacionadas con la reducción de la morbilidad y la mortalidad evitables inmunizando a los niños, dando acceso a servicios de maternidad cualificados, o aplicando nuevos programas de lucha contra epidemias tales como el SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Las agencias u organismos que dispensan servicios a las personas que viven con el SIDA han puesto de relieve que, en muchos países, la concesión de acceso a la terapia contra el retrovirus (ART) está más allá de la capacidad actual de sus recursos humanos (MSF 2007; Havens y Gibb 2007).

La iniciativa ‘3 por 5’, iniciada por ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud en 2003, es un ejemplo sorprendente. Esta iniciativa estableció el “OBJETIVO mundial de dispensar a tres millones de personas que viven con el VIH/SIDA, en los países de renta baja o media, el tratamiento contra el retrovirus (ART) antes del fin de 2005” (OMS 2003a, tomado del sitio web). Sin embargo, desde el principio se vio claramente que la escasez de personal iba a ser el factor limitador más importante que impediría la consecución de esta meta (OMS 2003b p.2):

“En todo el mundo, hay que formar hasta 100.000 personas para que contribuyan a conseguir la meta ‘3 por 5’ –entre ellas, las que participan en la gestión y en la prestación de servicios de tratamiento contra el retrovirus, las que trabajan en la realización de pruebas y en el asesoramiento y en otros puntos de entrada al tratamiento contra el retrovirus, y a las numerosas personas de la comunidad que prestan su apoyo al tratamiento y ayudan a las personas con VIH/SIDA que están recibiendo medicación. El problema es enorme, y las repercusiones que el VIH/SIDA tiene en los recursos humanos están exacerbando la ya difícil situación. (...) elementos que son de importancia crítica para crear y sostener la capacidad humana para conseguir la meta de ‘3 por 5’ en el punto de prestación de los servicios”.

Al disminuir los costos de la terapia ART y aumentar por ello su disponibilidad, se hace sentir con mayor agudeza la escasez de recursos humanos (Marchal, De Brouwere y Kegels 2005; Hirschhorn *et al.* 2006). Por otra parte, las regiones en que es mayor el número de personas que pueden recibir el tratamiento se cuentan entre las que disponen

de menos recursos humanos de salud (Kober y Van Damme 2006; Kombe *et al.* 2005 para Etiopía; Médicos sin Fronteras 2007 para Lesotho, Malawi, Mozambique, Sudáfrica<sup>10</sup>).

En parte, la respuesta que se propone para colmar esta deficiencia es incrementar el personal haciendo inversiones en su formación inicial.

“Habida cuenta de los importantes requisitos de personal de salud para poder administrar la terapia ART, es preciso que aumente el número de las personas formadas por los institutos y dotadas de capacidades clínicas, de enfermería, de asesoramiento, de capacidades para el trabajo en laboratorios y de conocimientos farmacéuticos” (Wyss 2004a pág. 12).

El programa Stop a la tuberculosis, que cuenta con el apoyo de una colaboración de organizaciones internacionales desde 1998, [www.stoptb.org](http://www.stoptb.org), es otro ejemplo emblemático de programa cuyas intervenciones se han demostrado eficaces, pero que no siempre se aplica en su totalidad por falta de recursos humanos de salud. La promesa de combatir vigorosamente la tuberculosis recibió el apoyo de la Declaración de 2000, de las Naciones Unidas, que incluía las MDM. Con el establecimiento del Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo en 2001, se amplió el acceso a la financiación y a la asistencia técnica para los países en que estas enfermedades eran endémicas. En 2003, los directores de los programas nacionales contra la tuberculosis, de 18 de los 22 países que soportan la carga más pesada de esta enfermedad –y que representan aproximadamente el 80% de la carga mundial de la tuberculosis– situaron la insuficiencia de recursos humanos de salud en primer lugar entre las cinco principales limitaciones que impedían alcanzar los objetivos de la lucha contra la tuberculosis (Colaboración con el programa Stop a la tuberculosis 2006).

Observaciones similares se han formulado en relación con los cuidados maternos. El alcance de la cobertura, con el que está estrechamente relacionada la consecución de la MDM 5, depende de “las decisiones estratégicas que se adopten en tres sectores: formación, despliegue y retención de los trabajadores de salud” (Koblinsky *et al.* 2006 pág. 1377).

Las peticiones de aumento del número de los trabajadores de salud se han basado, en general, en las necesidades de un programa contra una determinada enfermedad. Sin embargo, por la insuficiencia del número de proveedores ha surgido la competencia entre los programas, lo que puede privar de recursos humanos esenciales a los servicios de salud generales (ONUSIDA 2001; Kombe *et al.* 2005). Bennett, Boerma y Brugha (2006) comunican que las ventajas que ofrecen los programas verticales –en particular, una mejor remuneración o el acceso a conocimientos actualizados mediante oportunidades periódicas de formación– pueden ser muy superiores a las que ofrecen los servicios públicos básicos.

<sup>10</sup> “Es evidente que la disponibilidad de recursos humanos (RH) es de crucial importancia para aumentar las intervenciones esenciales en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo, Etiopía tiene una grave escasez de recursos humanos para dispensar aun los servicios de salud básicos. En 1999, el coeficiente de médicos por habitantes, en Etiopía, era de 1:48.000, el más bajo del mundo. El coeficiente actual (2003) de 1:34,000 sigue siendo más de cinco veces inferior al promedio del África Subsahariana; y el de enfermeras (1:4.900) es más de cuatro veces inferior” (Kombe *et al.* 2005 pág. xviii).

Aumentan los esfuerzos desplegados para integrar mejor en los servicios generales los programas específicos para determinadas enfermedades, y para invertir en el fortalecimiento del conjunto de los sistemas de salud.

En resumen, entre las iniciativas desplegadas para conseguir las MDM relacionadas con la salud se cuenta un importante aumento de las iniciativas de salud mundiales. Este planteamiento vertical o específico para determinadas enfermedades ha servido para ampliar las deficiencias de los servicios de salud y las limitaciones de la disponibilidad y capacidad de los trabajadores de salud.

En un estudio reciente de 13 países africanos (Kinfu *et al.* 2008) se ponía de relieve otro problema esencial. Los resultados de ese estudio mostraban que en 10 de los 13 países para los que se dispone de datos, el incremento es necesario simplemente para mantenerse al ritmo del crecimiento demográfico y los elevados índices de pérdidas de personal, para aumentar el coeficiente de dispensadores de atención de salud por número de habitantes y para dispensar los servicios que tratan de poner en aplicación las iniciativas mundiales de salud. La situación es especialmente inquietante en relación con las enfermeras, habida cuenta de su salida del sector de salud y del aumento de los índices de emigración.

En resumen, la razón de ser del aumento del número de los trabajadores de salud radica en el objetivo de mejorar la capacidad de los sistemas de prestación de atención de salud y aplicar intervenciones que pueden salvar vidas y reducir la carga de la enfermedad.

## **ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

---

Las estrategias para hacer que aumente el número total de los trabajadores de salud en activo son, entre otras, los siguientes:

- Aumentar el número de los nuevos trabajadores formados
- Mejorar los índices de retención
- Incorporar a trabajadores de salud desempleados, inactivos o retirados, e
- 'Importar' trabajadores de atención de salud.

Éstas pueden y deben completarse con iniciativas encaminadas a mejorar los resultados y la productividad, que se estudiarán al final de la presente sección.

### ***Aumentar el número de nuevos trabajadores formados***

Hay pocas pruebas publicadas de la eficacia de los métodos empleados para hacer aumentar rápidamente el número de quienes terminan el 'proceso de la formación' –los sucesivos pasos intermedios entre el reclutamiento de los estudiantes y su titulación (GHWA 2006). Sobre el papel, hay varias maneras de incrementar el número personas formadas por los sistemas de educación nacionales. Entre ellas pueden citarse las siguientes:

- Aumentar el número de alumnos de cada clase y el número de los que se incorporan cada año a las instituciones de formación actuales; así se hizo en Tanzania y en Swazilandia (Kober y Van Damme 2006) y en Filipinas (Brush y Sochalski 2007); abrir nuevas escuelas; o hacer ambas cosas, como se ha hecho en Brasil (véase el Recuadro 1). A este respecto puede hacerse que utilicen las clases y laboratorios disponibles dos grupos de alumnos cada año, o hacer que lo utilice uno por la mañana y otro por la tarde.
- Conseguir que el sector privado esté óptimamente equipado para formar trabajadores de salud, subvencionando las actuales instituciones o creando incentivos para que se abran otras nuevas.
- Revisar, intensificar y abreviar los planes de estudios, para acelerar la formación de nuevos titulados (GHWA 2006).
- Establecer redes de aprendizaje a distancia (por ejemplo, el aprendizaje por medios electrónicos) para que la adquisición de las competencias sea rápida y los estudiantes permanezcan en sus entornos de origen.
- Reducir las pérdidas de estudiantes y aumentar así el número de las personas que pueden entrar en el mercado de trabajo de la atención de salud. Esto puede conseguirse prestando apoyo financiero, o apoyo en especie, para evitar los abandonos por motivos económicos, dando acceso a servicios de salud preventivos

y prestando apoyo académico a las personas cuya preparación no alcanza los niveles exigidos.

- Facilitar el proceso de colegiación en órganos profesionales después de la titulación, para evitar retrasos innecesarios.
- Aplicar procesos eficientes de contratación y de destino para reducir al mínimo el tiempo que se precisa para que el nuevo contratado ocupe su puesto después de haber sido seleccionado (Martineau *et al.* 2001).

Estas estrategias se aplican por igual a los elementos públicos y a los elementos privados del proceso. En realidad, hay en la mayoría de los países pobres un sector privado en el que las organizaciones no gubernamentales, particularmente las dirigidas por las iglesias, han formado tradicionalmente a una gran proporción del personal de salud y tienen un gran potencial de iniciativas para mejorar los resultados. Según informes, en Tanzania ha disminuido en los últimos años la ayuda financiera que prestan las iglesias de otros países, y las cuotas que pagan los estudiantes no cubren los costes de funcionamiento de las escuelas. Las subvenciones públicas podrían orientarse hacia éstas, para incrementar la producción de todo el sector (Health Research for Action 2005). █

Para cualquier estrategia de incremento de las personas formadas en las escuelas se precisa mayor capacidad de infraestructura, de materiales de aprendizaje y de equipo y, sobre todo, se necesitan profesores y formadores cualificados (Dussault, Codjia & Kantengwa 2007). Además, la formación de más personal ha de estar estratégicamente gestionada y basada en una evaluación acertada de la situación actual. Pocos países poseen bases de datos fiables, hecho que dificulta la adopción de decisiones sobre cuántos trabajadores más deben formarse, de qué categorías, y dónde formarlos (en instituciones nuevas o en instituciones ya existentes y en qué región del país).

Formando un mayor número de trabajadores no se resuelven espontáneamente los problemas de la combinación de capacidades, del desequilibrio geográfico, de la retención, o de la escasez de resultados (Dussault y Franceschini 2006). Por ejemplo, puede ser que un aumento del número de personas formadas en las escuelas urbanas no tenga grandes efectos en cuanto a disponibilidad de personal para los sectores rurales desasistidos.

La ubicación de las escuelas y los criterios para la contratación han de tenerse en cuenta cuando se piensa en incrementar el personal. Quizá formando más personal clínico no médico que personal médico sea más probable mejorar el acceso en las regiones alejadas y pobres. En su estudio del África Subsahariana, Mullan y Frehywot (2007) constataron que, en 25 de los 47 países en que se encontraba ese personal, una elevada proporción de los reclutados en zonas rurales y pobres trabajaba en estos sectores.

Cuando es difícil construir escuelas en una región alejada, como probablemente sucede en el caso de las escuelas para los trabajadores más especializados, como los médicos, odontólogos, farmacéuticos y ciertos técnicos muy especializados, seleccionar a estudiantes motivados en las regiones desasistidas y ofrecerles incentivos y apoyo para que vuelvan al servicio de su comunidad puede ser una estrategia prometedora. Esta

estrategia es la empleada por la Comisión cristiana de Servicios sociales en Tanzania (Wyss *et al.* 2006).

Es importante comprobar la motivación de los candidatos que solicitan el ingreso en una escuela profesional. En un informe procedente de Swazilandia se cuenta el caso de una enfermera tutora que preguntó a sus estudiantes los motivos por los que habían elegido su carrera; más del 50% de los de primer curso respondieron que esperaban que ésta les diera la posibilidad de salir del país (Kober y Van Damme 2006). En Malawi, el reclutamiento de estudiantes de enfermería o medicina en las zonas rurales se ve dificultado por su inadecuada preparación en ciencias, incluidas las matemáticas, que son requisito necesario para la entrada en la enseñanza superior de enfermería y medicina. Una explicación posible es que las zonas rurales tienen insuficiencia de equipo de laboratorio y de profesorado cualificado, incluido el de ciencias.

En muchos países no se imponen planes obligatorios, ni se hace responsable al personal de salud cuya formación posterior se patrocina sobre la base de promesas de que volverán a sus anteriores puestos de trabajo. Sin embargo, un ejemplo positivo procede de Tailandia, país en el que, mediante un programa de garantía, las dos terceras partes de los titulados siguen en sus destinos rurales después de la formación obligatoria. Al mismo tiempo, los estudiantes que aceptan residir en zonas rurales consiguen acceder a plazas de formación especializada con la condición de que ejercerán en su distrito de origen después de la titulación (Wibulpolprasert y Pengpaibon 2001 en Dussault y Franceschini 2006).

Crisp, Gawanas y Sharp (2008 pág. 689) han identificado nueve factores de éxito, esenciales para impulsar la formación y capacitación de los trabajadores de salud:

“Voluntad política y participación y apoyo sostenidos a la administración; colaboración en torno a un plan dirigido por el país; inversiones financieras sustanciales; dedicación a la planificación, de corto y de largo plazo, de los recursos humanos de salud; compromiso de conseguir trabajadores de salud adecuadamente formados para hacer frente a las necesidades de salud; ampliación sustancial de los programas de formación y capacitación anteriores al servicio; buenos sistemas de información y de formación de los recursos humanos de salud, con vigilancia y evaluación; gestión y dirección eficaces; y capacidad y política del mercado de trabajo para absorber y sostener el aumento de los trabajadores de salud”.

### ***Mejorar los índices de retención***

El número de los trabajadores empleados puede aumentarse reduciendo los índices de abandonos por jubilación anticipada, enfermedad o agotamiento mental, salidas del sector, o emigración a otros países. Las iniciativas tendentes a aumentar la producción del proceso de formación de salud no tendrán sus efectos plenos si no se frenan las consecuencias de los abandonos. Para esto se precisan intervenciones de política general en diversos niveles: las condiciones de trabajo en general, las posibilidades de la carrera profesional, la remuneración y ventajas, y la salud y seguridad en el trabajo.

Al igual que cualquier otra categoría de trabajadores, los dispensadores de atención de salud son sensibles a los incentivos. En las decisiones sobre si buscar empleo en el sector de salud, permanecer en el país o emigrar, trabajar en un contexto urbano o rural, influyen las diferencias que se perciben entre las opciones que se les ofrecen (Vujicic y Zurn 2006).

De las asociaciones voluntarias –en particular de las instituciones dirigidas por las iglesias– pueden aprenderse lecciones importantes sobre la retención del personal en el largo plazo. Si se compara con el sector público, la Asociación cristiana de Salud, de Malawi (CHAM), ha tenido un éxito considerable en lo que se refiere a retención del personal. Esto ha tenido que ver con el empleo estratégico de incentivos no monetarios, tales como la formación frecuente, la vivienda y las mejores condiciones de de trabajo (Wyss *et al.* 2006). Sin embargo, con los acuerdos en el plano de los servicios, concertados entre la administración y las instituciones de la Asociación CHAM para la gestión de los casos de las madres y los recién nacidos ha aumentado en medida importante la carga de trabajo. Este aumento ha generado insatisfacción entre el personal, que se había visto atraído al sector porque las cargas de trabajo con los pacientes eran menores.

Mathauer e Imhoff (2006) exponen la función que los incentivos no financieros desempeñan en la retención de los recursos humanos. Entre ellos se cuenta la participación del personal de salud en la dirección de los servicios de salud y en las decisiones de gestión. La iniciativa ‘tratar, formar, retener’, que la OMS lanzó en 2006, recomienda que se incluya un conjunto de medidas de tratamiento, prevención y cuidados del VIH y servicios de apoyo, además de medidas de salud y seguridad en el trabajo, como incentivos para los trabajadores de salud en los entornos de alto riesgo. Un ejemplo de esos entornos es Malawi, país en el que es grande el aumento de las enfermedades de los trabajadores de salud y en que el número de muertes de enfermeras equivale al 40% del promedio anual de las enfermeras que terminan su formación (Kober y Van Damme 2004).

Zurn, Dolea y Stilwell (2005) y Caldwell y Kingma (2007) han examinado lo que se ha publicado sobre los incentivos y la retención de las enfermeras. Los incentivos financieros son importantes; por ejemplo, en Swazilandia, en abril de 2005, los salarios de los funcionarios se aumentaron aproximadamente un 60%. En entrevistas realizadas en diciembre de ese año apareció que esto contribuía a retener a algunas enfermeras y médicos en el sector público y, quizá, a recuperar a algunos del sector privado remunerado (Kober y Van Damme 2006). Sin embargo, ese aumento puede tener consecuencias adversas, como muestra el caso de Tanzania. En este país, el aumento salarial de los funcionarios en enero de 2006 desencadenó el paso hacia el sector público del personal del sector privado (particularmente el de las instituciones que son propiedad de asociaciones de voluntariado o de las iglesias). Habida cuenta de que una gran proporción de las instituciones de propiedad eclesiástica están situadas en regiones en las que prestan servicio a comunidades rurales, es menor la facilidad de acceso.

## **La profesionalización de los trabajadores de enfermería en el Brasil**

por Cristianne Famer Rocha y Mario Dal Poz

En el año 2000, con ayuda financiera internacional, el Ministro de Sanidad del Brasil inició un proyecto innovador para profesionalizar a los trabajadores de enfermería que no poseían una cualificación técnica oficial. Con el nombre de PROFAE *\_Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem\_* este proyecto iba dirigido a 225.000 asistentes de enfermería y miembros de otras categorías similares y abarcaba unos 5.500 municipios. El proyecto tenía por objeto, además, dar formación complementaria a 90.000 enfermeras auxiliares para elevarlas a la categoría de técnicos de enfermería, e impartir a 12.000 enfermeras formación pedagógica que les capacitaría para enseñar en los programas de actualización profesional (Brasil 2001).

Se consideraba que tener un contingente numeroso de trabajadores sin una cualificación técnica oficial era una posible fuente de riesgos para los pacientes (Sório 2002). Se esperaba que con el proyecto mejorasen los resultados técnicos del personal de enfermería en sectores tales como los de gestión de la medicación, la comunicación con los pacientes y el trabajo en equipo. Se preveía también que con esto mejoraría la calidad de los cuidados dispensados en las clínicas, centros de salud y hospitales públicos y privados.

Para conseguir sus objetivos, PROFAE recurrió a intervenciones en dos sectores principales. Primera, impulsó la formación profesional y la terminación de la formación normal para que el personal pudiera pasar del nivel auxiliar al nivel técnico. Segunda, fortaleció la infraestructura y mejoró la reglamentación jurídica y la formación del profesorado.

El costo estimado del proyecto ascendió a 370 millones de dólares EE.UU. Los fondos llegaron en la forma de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo, del Tesoro Nacional y de un *Fundo de Amparo ao Trabalhador* (Fondo de apoyo a los trabajadores), del Ministerio de Trabajo y Empleo. La UNESCO prestó apoyo técnico.

### **Resultado del proyecto**

Inicialmente se preveía que el proyecto PROFAE duraría cuatro años. Sin embargo, habida cuenta de la rapidez de su éxito el proyecto se prolongó hasta 2007. Desde el año 2000 hasta el 2007, se matricularon en el curso de auxiliares de enfermería 218.244 estudiantes; de ellas 207.844 se titularon como enfermeras auxiliares. De las 82.029 personas inscritas en el curso de técnicos de enfermería, 80.124 se titularon como tales. Al mismo tiempo, se formaron 13.161 profesores universitarios de enfermería. Otras notables realizaciones del proyecto PROFAE han sido las siguientes:

- *Establecimiento de un sistema de certificación basado en la competencia profesional.* Para ello ha sido necesario establecer consejos profesionales técnicos y juntas consultivas nacionales; elaborar una metodología para identificar los perfiles de competencia profesional; formular y acordar unas normas para certificar la competencia profesional de los auxiliares de enfermería que terminan los cursos del proyecto PROFAE; diseñar y convalidar instrumentos para evaluar la competencia profesional; y hacer pruebas de certificación de la competencia profesional.
- *Fortalecimiento y modernización de las escuelas técnicas del sistema nacional brasileño de salud.* Además de establecer nuevos programas y 11 escuelas nuevas, se han modernizado los procedimientos de gestión.

- *Vigilancia de las señales y tendencias del mercado de trabajo de la enfermería a través de los observatorios para los recursos humanos de salud.* El proyecto PROFAE impulsó el estudio de los

### ***Incorporar a trabajadores de salud desempleados, inactivos o retirados***

Resulta paradójico que a medida que se extiende el consenso sobre la necesidad de aumentar la formación de trabajadores de salud en los países que los necesitan, aparece el desempleo en países como Kenia (Kirigia *et al.* 2006; Ndetei, Khasakhala y Omolo 2008), Nigeria, Sudáfrica y Zambia (Dovlo 2005). Desde una perspectiva económica, varias explicaciones son posibles:

- Es insuficiente la demanda de los servicios que dispensan unos trabajadores disponibles pero que están en desempleo. Ello puede deberse a la falta de inversiones en el sector o a los límites impuestos a la contratación en el sector público, en los países que aplican planes de reajuste estructural.
- La demanda no se adapta a las expectativas de los trabajadores, que quizá se muestran renuentes a aceptar salarios bajos o a trabajar en determinados entornos, tales como las regiones aisladas o alejadas, o las zonas e instituciones de gran riesgo.
- Quizá hay deficiencias organizativas, como retrasos entre la titulación, la contratación y la integración en el mercado de trabajo (Dovlo 2005).

Además de los trabajadores desempleados, hay otros trabajadores cualificados y capaces que, por diversas razones, no están en activo en el mercado de trabajo. Unos han optado por condiciones de trabajo y salarios mejores fuera del sector de salud; otros prefieren o necesitan dedicar tiempo a las actividades domésticas y a la educación de los hijos; y otros han salido del mercado de trabajo porque han llegado a la edad de la jubilación.

El potencial de los trabajadores de salud retirados se examina en un estudio del caso de las matronas en Tanzania (Rolfe *et al.* 2008). Los autores observaron entre las enfermeras dirigentes y las matronas una tendencia a pasar al empleo como independientes cuando se acercaban a la edad de la jubilación. Según los informes, los factores que a ello les impulsaban se centraban “sin excepción, en torno a la inseguridad financiera, la insuficiencia de las pensiones y el miedo a caer en la pobreza” (pág. 143). Como “factores impulsores” se identificaron la estabilidad de los ingresos, unas condiciones de trabajo flexibles y la sensación de autonomía”.

Se considera que la creación de las condiciones que favorezcan la dedicación de los profesionales retirados a la práctica independiente ofrece un gran potencial de futuro; en este proceso se incluye la supresión de obstáculos tales como la escasez de préstamos para el inicio de las operaciones, la falta de formación empresarial y los complicados procedimientos burocráticos de registro. Malawi es el ejemplo de un país que ha contratado a enfermeras y otros dispensadores de servicios de salud, ya jubilados, como por ejemplo

funcionarios clínicos o ayudantes médicos, para ampliar sus recursos humanos de salud (Comisión de Servicios de Salud de Malawi, 2006).

La supresión de los obstáculos que dificultan la práctica profesional es también importante para los emigrantes retornados, que frecuentemente luchan por conseguir que se reconozcan sus cualificaciones adquiridas en otros países, o se ven involucrados en prolongados programas burocráticos y de actualización profesional para poder trabajar. Además, los profesionales de salud formados que acompañan a sus cónyuges a un destino en el exterior comunican frecuentemente que no tienen acceso a un puesto de trabajo, por alguna razón administrativa. Algunos de estos trabajadores vuelven al mercado si se les ofrecen los incentivos adecuados, por ejemplo la opción de trabajar a tiempo parcial, un horario flexible, o contratos de corta duración. Frecuentemente, su disposición a trabajar se ve limitada por normas legales, falta de atención a las cuestiones de género en la contratación y en la asignación, o falta de flexibilidad de las condiciones de trabajo. Abordar estos obstáculos es el primer paso para incorporar todo el potencial de esos trabajadores de salud con el fin de ampliar y mejorar los servicios que se dispensan.

### ***Importar trabajadores de salud***

Cuando la demanda de trabajadores de salud no llega a satisfacerse, una opción posible es importarlos de otros países. Esto es lo que los países ricos, como los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido y Australia, vienen haciendo de manera más o menos sistemática en los tres últimos decenios.<sup>11</sup> Esta opción no la tienen siempre los países pobres, pero hay algunos ejemplos. Swazilandia utilizó dinero del Fondo Mundial para contratar enfermeras de otros países africanos (Kober y Van Damme 2006). En Malawi, organismos tales como la CIM alemana, Voluntary Service Overseas y ONUSIDA comienzan a recurrir a especialistas médicos voluntarios y a enfermeras tutoras para llenar los vacíos más urgentes hasta que se dé formación a los nacionales de Malawi (Wyss *et al.* 2006). Muchos países de África (Botswana, Guinea-Conakry, Guinea-Bissau, Costa de Marfil, Malí, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe) y de Asia (Pakistán, Timor Oriental, Indonesia) han contratado a médicos cubanos (Silberman 2005). Sin embargo, esta estrategia puede tener limitaciones, por ejemplo escasa sostenibilidad financiera y dificultades de comunicación, por las diferencias idiomáticas y culturales, y puede plantear problemas de retención (Laleman *et al.* 2007; Robinson y Clark 2008).

Traer trabajadores de salud de otros países, mejorar los índices de retención, incrementar la formación de nuevos trabajadores e incorporar a los desempleados, los inactivos y los retirados son estrategias importantes para ampliar el número total de los trabajadores de salud en activo. Otras medidas complementarias son:

---

<sup>11</sup> En los cinco a diez últimos años, estos países han sido objeto de críticas crecientes por contribuir a la escasez de trabajadores de salud en los países de renta baja que luchan por alcanzar las MDM. Se ha tratado de promover la “contratación ética” y se han escrito códigos de buena práctica (Secretaría del Commonwealth 2003; Departamento de Salud, Inglaterra, 2004; Código ejecutivo escocés de práctica 2006; Dirección general de Salud y Asuntos Sociales, Noruega, 2007). Se han hecho muy pocas evaluaciones, si es que se ha hecho alguna, de la eficacia de los códigos. Al mismo tiempo, se han multiplicado las invitaciones a aumentar la “autosuficiencia” en los países ricos. El Canadá está abordando también este problema mediante su *Estrategia de recursos humanos para la salud*, disponible en: [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/index_e.html)

- Mejorar los resultados, especialmente la productividad, de los recursos humanos de salud, e
- Incrementar la prestación de servicios mediante el cambio de tareas.

## **Mejorar los resultados de los recursos humanos de salud**

La productividad es un elemento importante de los resultados. Kurowski *et al.* (2003) han demostrado empíricamente que la productividad puede aumentarse en medida significativa si se reduce el ausentismo y el tiempo dedicado a tareas no clínicas. En la productividad influyen los procesos de gestión y de adopción de decisiones, la manera en que se divide y se organiza el trabajo, las condiciones laborales, el entorno social y el nivel de motivación de los trabajadores (Dolea y Adams 2005; Mathauer e Imhoff 2006).

Unos recursos humanos que consiguen resultados

- Son técnicamente eficientes (tienen altos niveles de productividad)
- Son eficaces (producen servicios que respetan las normas profesionales aceptadas)
- Consiguen resolver muchos problemas, y
- Son sensibles a las necesidades y expectativas no clínicas de los usuarios de los servicios (respetan las diferencias y los valores culturales, demuestran capacidad de comunicación y comportamiento ético).

Las estrategias para mejorar los resultados deben basarse en una buena comprensión de los factores que determinan sus dimensiones –una combinación de factores individuales, de la organización y del entorno general (Franco, Bennett y Kanfer 2002). En los tres niveles se precisan intervenciones destinadas a mejorar los resultados, y el entusiasmo por el trabajo que se realiza depende de que se consideren satisfactorios todos los niveles (Habte, Dussault y Dovlo 2004).

El incremento de los recursos humanos de salud ha de armonizarse con el apoyo a otros recursos esenciales. En Swazilandia, por ejemplo, las exigentes condiciones de trabajo –trabajo excesivo; falta de medicamentos y de materiales y equipos esenciales; infraestructura deficiente– son las causas principales de insatisfacción entre el personal de salud, antes que las preocupaciones salariales o de la remuneración (Kober y Van Damme 2006). Los trabajadores de salud desmotivados se sienten menos inclinados a orientar sus actuaciones hacia la consecución de las metas de la organización y quizá están menos dispuestos a equilibrar los propios intereses con el altruismo y la solidaridad para con los usuarios de los servicios (Franco *et al.* 2002 citado en Schneider *et al.* 2004). Mackintosh y Tibandebage (2004) describen la manera en que, en un hospital de Tanzania, el personal que siente objeto de abusos ha mostrado en algunos casos comportamientos de abuso de los pacientes.

En cuanto a los factores individuales, la falta de las competencias adecuadas es un importante factor que explica las deficiencias de productividad. Sin embargo, la motivación es probablemente el más crítico. Aun cuando otros factores –la remuneración y el equipo, por ejemplo– sean los idóneos, la productividad será baja si falta la motivación. Cuanto mayor sea la motivación de los profesionales de salud, más productivos tenderán a ser, como revela la labor realizada por el Consejo internacional de enfermeras sobre los efectos negativos de los entornos de trabajo deficientes: [www.icn.ch/matters\\_ppe.htm](http://www.icn.ch/matters_ppe.htm)

La motivación puede mejorarse con un conjunto de incentivos profesionales, financieros y laborales. Esta idea es de importancia capital para la campaña sobre los entornos positivos para la práctica profesional, lanzada y promovida por seis asociaciones internacionales reunidas en la Alianza mundial de los recursos humanos de salud.<sup>12</sup> Los entornos positivos para la práctica profesional incorporan una evolución de la carrera profesional más atractiva y más transparente, inclusive para las categorías inferiores y el personal auxiliar. Permitir que el personal de los niveles inferiores y el personal auxiliar pueda ascender y prestarle apoyo para que ascienda es un factor motivador importante. Ejemplos de ello son los funcionarios clínicos menos cualificados que ascienden a funcionarios médicos ayudantes de nivel medio en Tanzania, o la operación de fomento de la formación que dio lugar al perfeccionamiento de 22.000 enfermeras de salud de la comunidad, que pasaron **de la condición de enfermeras auxiliares a la de enfermeras especialistas diplomadas** en Kenia (GHWA 2006). Es evidente que una dirección y gestión eficaces son de importancia esencial para conseguir aumentar la productividad de los recursos humanos.

### ***Incrementar la prestación de servicios mediante el cambio de tareas***

Actualmente suscita gran interés la estrategia de ampliar los servicios disponibles mediante la delegación o el cambio de determinadas tareas y funciones de trabajadores más cualificados por las de trabajadores menos cualificados o de nuevos trabajadores. En el pasado, esta forma de sustitución formaba parte de la división del trabajo en la atención de salud. Actualmente la diferencia consiste en que hay que hacerlo de manera más sistemática (OMS 2007). En el África Subsahariana, se han comunicado los siguientes ejemplos de cambio de tareas:

- *Ampliación de la función de las enfermeras o de las matronas para incluir tareas que tradicionalmente realizaban sólo los médicos.* En Ghana y Zambia, enfermeras con formación especial administran la anestesia en las operaciones quirúrgicas. Asimismo en Ghana, en el proyecto de *Formación de capacidades para salvar vidas* se ha dado formación a las matronas de zonas rurales para realizar tareas relacionadas con los partos, que antes estaban reservadas a los médicos. Los cuidados de VIH (incluida la Terapia contra el retrovirus) es un sector en el que el tratamiento puede definirse en algoritmos que las enfermeras y los trabajadores de nivel medio pueden aplicar eficazmente en los contextos de la atención primaria, si se combinan con sistemas fuertes de apoyo sanitario en los distritos (Farmer *et al.* 2001; Médicos sin Fronteras 2007).
- *Sustitución directa de una profesión actual por una nueva categoría de trabajadores.* Mullan y Frehywot (2007) han identificado trabajadores clínicos distintos de los médicos, en 25 de los 47 países del África Subsahariana, que realizan tareas que antes hacían otros trabajadores (en nueve países el número de esos trabajadores era igual o superior al de médicos). En todos los casos, esos trabajadores realizaban tareas clínicas médicas generales, desde diagnósticos hasta procedimientos quirúrgicos avanzados, tales como hacer cesáreas. En

---

<sup>12</sup> Las seis asociaciones internacionales representan a los hospitales, los odontólogos, las enfermeras, los farmacéuticos, los fisioterapeutas y los médicos.

Mozambique, los *técnicos de cirugía* se introdujeron en 1984; la guerra generó una demanda de cirugía en un momento en que la mayoría de los cirujanos habían emigrado. La satisfacción con su trabajo es notoria entre los usuarios y entre los demás trabajadores de salud. Un documento elaborado por Cumbi *et al.* (2007) es un raro ejemplo de evaluación de la relación que existe entre estos trabajadores y el resto del equipo de salud, cuestión que los encargados de las políticas deben considerar cuando vayan a recurrir a la estrategia de sustitución (Hanvoravongchai 2007a).

- *Delegación de capacidades dentro de las categorías*, por la que algunas tareas que generalmente realizan los especialistas se delegan en los médicos generalistas. Ejemplo de ello es el Colegio Médico de Posgraduados, del África Occidental, que imparte cursos prácticos de diploma, de 18 meses de duración, para colmar las lagunas de ciertas especialidades en la región, tales como la psiquiatría y la oftalmología (Dovlo 2004).
- *Delegación de tareas no técnicas*. En Ghana, por ejemplo, se introdujeron los asistentes sanitarios para aliviar a las enfermeras profesionales de las tareas secundarias en las salas (Dovlo 2004).
- *Utilización de trabajadores voluntarios menos formados* para compensar la falta de personal cualificado para realizar diversas actividades, tales como las de promoción de la salud, remisión de casos y prestación de servicios sencillos (por ejemplo, la distribución de mosquiteras para las camas) (Lehmann y Sanders 1999). Chandler y Musau (2005) comunican desde Uganda que la gran ventaja de recurrir a asesores y a trabajadores de salud de la comunidad en los programas de cuidados a domicilio es que éstos pueden dedicar mucho más tiempo directamente a los pacientes. Con ello se pretende que el personal capacitado pueda dedicar más atención a los pacientes más enfermos. Otros autores insisten en que el cambio de tareas exige un incremento adecuado de las competencias y de la supervisión para asegurar la calidad (Figueroa-Muñoz *et al.* 2005; Koblinsky *et al.* 2006).

El cambio de tareas como sustitución ‘gestionada’ es difícil porque puede suscitar resistencia de los trabajadores a los que se pide que deleguen tareas, aunque no siempre sucede así. Para mejorar los altos índices de mortalidad materno-infantil en Malawi, se han ampliado las capacidades de los técnicos de enfermería de segundo nivel y los de las matronas, para incluir en ellas cuidados básicos de obstetricia urgentes, tales como los partos con extracción por vacío y los partos en que el bebé se presenta de nalgas. La inclusión de estas capacidades en los planes de formación de los técnicos de enfermería y obstetricia ha sido aprobada por el Consejo de enfermeras y matronas de Malawi (Informes 2006-2007 del Comité del Consejo de enfermeras y matronas de Malawi)

Las inversiones en formación y supervisión son también imperativos del cambio de tareas, como muestra el ejemplo de Sudáfrica (Daviaud y Chopra 2008). También se plantea un problema cuando los trabajadores que la reciben no están autorizados por un órgano profesional, lo que plantea la cuestión de cómo puede conseguirse regular la práctica

profesional. La sustitución informal y no gestionada ha sido un hecho en las regiones pobres y alejadas. Según informes, en Ghana, las matronas se hacían cargo de partos en los que el bebé se presentaba de nalgas, y realizaban episiotomías sin haber recibido formación para hacerlas, porque no había ninguna otra persona disponible (Dovlo 2004; OMS 2008).

Al parecer, la decisión de optar por la sustitución guarda relación con las características de la crisis de los recursos humanos de salud en el país. Tanzania, por ejemplo, está incrementando el número de trabajadores de nivel medio porque las evaluaciones han demostrado que son ellos quienes dispensan la mayor parte de los servicios de salud y son menos 'exportables'. En Malawi, donde la situación alcanza niveles de urgencia, se ha previsto a medio plazo el recurso generalizado a los asistentes de vigilancia de salud, cuya formación dura 10 semanas. Los asistentes de vigilancia de salud surgieron como trabajadores comunitarios en respuesta a los brotes de cólera que surgieron en Malawi en el decenio de 1970; su función pasó de la asistencia en casos de cólera a realizar inmunizaciones, dispensar servicios de planificación familiar, prestar otros servicios preventivos y poner antibióticos a los recién nacidos que padecen infecciones. Swazilandia es favorable a un incremento paralelo de la preparación completa de las enfermeras y de los ayudantes de enfermería que trabajen a sus órdenes. Mozambique prevé establecer una categoría de flebotomistas para reducir la carga de trabajo de las enfermeras y de los médicos. Estas estrategias no se excluyen entre sí. Muy al contrario, pueden completarse unas a otras, si los encargados de las políticas nacionales logran articular las intervenciones de distintas fuentes, tales como el Ministerio de Educación, las universidades, los consejos profesionales y el sector privado.

La tentación consiste en pasar por alto los puntos débiles de los sistemas de salud creando estructuras verticales que drenen los recursos de un núcleo que se desmorona (Loewenson & McCoy 2004); con estas estructuras pueden tratarse las necesidades de corto plazo, pero no contribuyen a incrementar los recursos humanos para la salud. Asimismo, vincular el personal a determinadas tareas (por ejemplo, el tratamiento del VIH) puede tener efectos perversos, como limitar el acceso a un sistema de atención primaria que funciona y responde a necesidades más amplias y más comunes (De Maeseneer *et al.* 2008).

## CONDICIONES PARA EL ÉXITO

---

Entre lo que se ha publicado sobre la ampliación de los efectivos de atención de salud hay pocos estudios de evaluación, si es que hay alguno, por los que puedan conocerse las llamadas “mejores prácticas”. De hecho, es dudoso que tales prácticas existan, si el objetivo que se persigue es identificar unas prácticas que puedan generalizarse. Y ello porque las intervenciones relacionadas con los recursos humanos de salud tienden a depender del contexto; lo que se espera del análisis de las experiencias del país son lecciones que puedan interpretarse a la luz de las circunstancias concretas de ese país. En resumen, puede ser que lo que funcionó allí no funcione aquí. Y sin embargo, de la experiencia de otros pueden aprenderse lecciones.

Las estrategias para incrementar el conjunto de los recursos humanos de salud se basan en interacciones complejas. Por ello es difícil observar las causas y efectos directos, especialmente cuando los efectos sólo se ven a largo plazo. Sin embargo, figura a continuación una lista de los factores que los encargados de las políticas pueden considerar de importancia crítica para el éxito de la ampliación de las intervenciones destinadas a ampliar el número de trabajadores de salud y a mejorar los resultados conseguidos por los recursos humanos.

### ***Una base de información válida***

Para las iniciativas de ampliación de los efectivos es esencial contar con una base de información válida. En el mejor de los casos, esa base de información debe contener los datos siguientes:

- Las características (demográficas y profesionales, incluidos los niveles de capacidades) de los recursos humanos
- Su disponibilidad (número de activos y de inactivos, los que trabajan a tiempo completo y a tiempo parcial) y
- Su distribución por zonas geográficas y nivel de los servicios que dispensan.

También es de importancia crítica la información sobre la dinámica de los mercados nacional e internacional del trabajo –las diferencias en la remuneración, las tendencias migratorias, las lecciones de política general de otros países comparables– y la capacidad de producción de los nuevos trabajadores. Son pocos los países pobres que disponen de bases de datos funcionales y actualizadas sobre los recursos humanos de salud; y se necesita asistencia para desarrollar y mantener sistemas de información operativos (Figuroa-Muñoz *et al.* 2005). LaFond, Brown y Macintyre (2002) ofrecen un marco para hacer la configuración de la capacidad del sector de salud.

Al mismo tiempo, Diallo *et al.* (2003) aportan un planteamiento integrado para preparar una base de pruebas sobre los recursos humanos de salud, en que pueda fundarse la adopción de decisiones. Estos autores insisten en que es necesario tener una visión general más

clara de la correlación que hay entre el número del personal, las funciones que desempeña, las deficiencias que se producen cuando falta personal capacitado, y la asistencia a los cursos de formación y la duración de éstos.

Los encargados de las decisiones han de estar motivados para utilizar la información producida y para aprender a hacerlo. Es ésta una enorme dificultad en cualquier contexto, pero hay países, como el Canadá, que han dedicado esfuerzos y recursos considerables a preparar bases de datos fiables y a conectar el mundo de los analistas de la política general con el de los encargados de las decisiones y los directivos.<sup>13</sup>

### **Objetivos claros y una combinación de estrategias**

Tener objetivos claros y disponer de una combinación de estrategias equivale a contar con una guía en la que se define lo que el país quiere conseguir mediante las iniciativas de ampliación y cómo prevé conseguirlo. Muchos países tienen un plan de recursos humanos de salud o están preparándolo. Sin embargo, hasta hoy son pocos los países que poseen un plan, bien articulado y de largo plazo, que resuelva las diferentes necesidades de procesos de reforma paralelos y esté impulsado por un equipo, amplio y dirigido por la Administración, de planificación de los recursos humanos.

### **Un plan estratégico**

El plan estratégico es el primer paso para evaluar los recursos que se precisan para ampliar la capacidad. Al formular el plan, han de adoptarse decisiones importantes. Aun en momentos de escasez de personal, los salarios son el elemento más importante de los presupuestos del sector de salud en la mayoría de los países pobres. Si bien es menos caro formar al personal clínico no médico que a los médicos porque el programa es más corto (Mullan y Frehywot 2007), seguirán siendo elevadas las necesidades básicas de financiación de la infraestructura y los salarios del personal docente.

Es importante hacer estimaciones de las consecuencias financieras que un aumento de los recursos humanos tendrá en los gastos de salud. Por ejemplo, ¿qué fondos se necesitarán para hacer frente a los gastos adicionales que generará un personal más numeroso –y más productivo– y los costos iterativos de personal? (Glassman *et al.* 2008). Como los países que experimentan la más grave escasez de personal también necesitan fondos importantes de la ayuda externa, es esencial convencer a los donantes. En el caso de Malawi (véase el Recuadro 2), en julio de 2005 el país llegó a un acuerdo especial con el Fondo Monetario Internacional, según el cual

“La factura salarial de la Administración” (...) se “ajustará al alza (o a la baja) en la cuantía total en que los sueldos y salarios complementarios financiados por los donantes para el sector de salud sea mayor (o menor) que el programa de base” (Ooms, Van Damme & Temmerman 2007 pág. 128).

---

<sup>13</sup> El gobierno del Canadá ha establecido el Instituto canadiense de Información de salud (CIHI [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)) para comparar y analizar la información relativa a los servicios de salud y a los recursos humanos de salud; y la Fundación canadiense de Servicios de salud (CHSRF [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca)) para que los políticos y gestores hagan un mejor uso de los datos y de la investigación.

## Recuadro 2

### **Respuesta a la crisis de los recursos humanos en Malawi**

por Dorothy Ngoma y Juliana Lunguzi

Los principales interesados están de acuerdo en que los recursos humanos de salud plantean el problema inmediato más importante para mejorar la calidad y la cobertura de la atención de salud en Malawi, especialmente en el sector público de salud. Este sector no tiene personal suficiente para dispensar los servicios necesarios en los planos de la comunidad y de las instituciones, lo que contribuye a que los indicadores de la salud sean negativos.

Con la pandemia del VIH/SIDA y una elevada incidencia de la migración nacional e internacional ha disminuido fuertemente el número de trabajadores de salud que entran en el sector de la salud pública. El ministerio de sanidad reconoce que el éxito de la prestación eficaz y eficiente de unos cuidados de salud pública de calidad depende en gran medida de que se disponga del número adecuado trabajadores profesionales y personal auxiliar, equipados con las competencias adecuadas (Gobierno de Malawi 2008a).

La mejor manera de describir la situación de los recursos humanos de salud en Malawi es calificarla de "crítica". Actualmente hay en ese país un médico por cada 62.000 personas, frente a uno por cada 25.000 en Tanzania, uno por cada 7.200 en Zimbabwe y uno por cada 1.800 personas en la República de Sudáfrica. Además, algunos distritos no tienen ningún médico enviado por el Ministerio de Sanidad, que preste servicios inmediatos. El coeficiente entre enfermeras y pacientes es también más bajo de lo recomendado; en algunas regiones, una enfermera dispensa servicios a más de 3.500 personas. Sobre la base de las cifras comunicadas para 2005 por el Ministerio de Sanidad y la Asociación cristiana de Salud de Malawi (CHAM), había en el sector, como mínimo, 28.600 puestos de trabajadores de salud, de los que unos 10.800 (el 38%) siguen vacantes, sobre todo puestos de las categorías de los trabajadores de salud profesionales. Los índices de puestos vacantes de enfermeras eran del 67,7% según el Ministerio de Sanidad y del 53,2% según la Asociación CHAM (que gestiona el 50%, aproximadamente, de las instituciones de salud del país).

El Gobierno de Malawi ha desplegado iniciativas concertadas y estratégicas para mejorar la gestión de sus escasos recursos preparando y aplicando un método para todo el sector. Este método incluye un amplio programa de desarrollo y de aplicación para conseguir los objetivos de política de recursos humanos y los objetivos relacionados con los requisitos del sistema, para resolver la crítica situación en que se encuentran los recursos humanos de salud. Entre las iniciativas gubernamentales figura un programa conjunto, de seis años de duración, (2004 - 2010) para el sector de salud. Éste sigue a un plan de formación urgente previa al servicio, iniciado en 2002, y a un programa urgente de recursos humanos, iniciado en abril de 2004.

El aumento del personal en el sexenio fue, según estimaciones, de 15.000 personas, más de lo que las instituciones de formación de Malawi y los donantes colaboradores podían asumir entonces. Esto se pone de manifiesto en el desfase existente entre los objetivos de dotación de personal y la capacidad actual (Cuadro 1). La primera consecuencia para la Asociación CHAM y para las instituciones públicas de formación fue que en 2008 se duplicó su capacidad para aceptar estudiantes.

Se planificaron otras iniciativas para mejorar las condiciones de servicio de los trabajadores de salud, sobre todo mediante el establecimiento de una comisión de servicios de salud, en 2003. En 2006, la comisión llevó a cabo una campaña de contratación dirigida a los trabajadores de diversos sectores. Entre ellos estaban los que habían dimitido, se habían jubilado, habían sido despedidos por haberse fugado, o nunca habían formado parte del Ministerio de Sanidad después de haberse titulado. Con la contratación de enfermeras retiradas se ha aliviado la situación en algunos distritos. Según el Informe resumido del examen a medio plazo, hecho por el SWAp de Salud de Malawi (Gobierno de Malawi 2008b), volvieron 300 enfermeras contratadas, aunque no todas ellas se presentaron al trabajo.

Al mismo tiempo, están abordándose de varias maneras los problemas de las pérdidas de personal por jubilaciones, por la escasez y por la desigual distribución del personal. Esas maneras son el aumento de los salarios y primas unido a mejoramientos de las condiciones de vida y de trabajo, para atraer más personal a los servicios de salud y retenerlo en ellos. La escasez y la prestación de

los servicios están abordándose con un aumento del número de horas que el personal trabaja y mediante el recurso a sistemas de 'locus' y de 'alivio'. En ambos casos, se pagan al personal las horas extraordinarias trabajadas. El término 'locus' es un término equívoco, pues parece que la mayoría del trabajo se hace en el mismo lugar; por tanto, debe llamarse más adecuadamente "horas de trabajo extraordinarias". El alivio se produce cuando se traslada al personal de una institución a otra, generalmente un centro de salud lejano con escaso personal. Para prestar apoyo extraordinario –generalmente durante un mes, poco más o menos. Esto se financia con recursos del Estado, con lo que se disfrazan los verdaderos costos de los emolumentos del personal (Gobierno de Malawi 2008b).

### ***Financiación***

Según estimaciones, el plan sexenal The Health SWAP para fortalecer los recursos humanos en el sector de salud precisará 272 millones de dólares EE.UU., de los que 182 millones fueron comprometidos por un grupo de donantes entre los que figuraban Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) alemana, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID), el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (Norad), el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUP) y el Banco Mundial. El Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo (GFATM) prometió otros 22,6 millones de dólares EE.UU. para 2006 y 2007.

### ***Elaboración de una política de desarrollo de los recursos humanos (DRH)***

En el pasado, las intervenciones del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de los recursos humanos (DRH) han sido muy puntuales. No se hacía un análisis sistemático para identificar las necesidades y prioridades de formación y éstas no se relacionaban con las metas y los objetivos de los servicios de salud pública. Al mismo tiempo, la relevancia de los programas de formación no se convalidaba mediante sistemas de vigilancia y evaluación informadas; la selección de candidatos para la formación era muchas veces azarosa. Para resolver esta situación, el Ministerio de Sanidad elaboró una política de recursos humanos de salud destinada a mejorar los resultados y la productividad del personal. Esta política persigue los objetivos siguientes:

- Facilitar, en el servicio de salud pública, actividades sistemáticas de formación y desarrollo del personal;
- Cerciorarse de que la formación y el desarrollo se planifican, vigilan y evalúan cuidadosamente y se mantienen a todos los niveles de los servicios de salud;
- Facilitar la coordinación de las iniciativas de formación para eliminar todo mal uso de los recursos;
- Lograr el equilibrio entre las necesidades de desarrollo del ministerio y las personales; e
- Impartir programas de formación que cumplan las normas internacionales.

Se prevé que esta política se aplicará a todos los trabajadores de salud bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad y la CHAM. El plan, que se inició en 2008, se aplicará durante cinco años.

### ***Colaboración entre las instituciones de formación y las organizaciones de enfermería***

Al mismo tiempo, la Asociación nacional de enfermeras de Malawi y las instituciones de formación colaboran en la aplicación de un programa dirigido a estudiantes y tutores (y a los patrocinadores). Los debates se centran en las cuestiones de la defensa y el ejercicio de influencia a favor de los cuidados, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH/SIDA.

<b>Cuadro 1: Capacidad de formación, sector de salud, 2004</b>				
<b>Institución</b>	<b>Mandos formados</b>	<b>Inscripciones actuales, aproximadas</b>	<b>Inscripciones necesarias para alcanzar los objetivos de dotación de personal</b>	<b>Escasez de capacidad para la formación</b>
Asociación cristiana de Salud de Malawi	Enfermeras, técnicos de enfermería, oficiales clínicos y técnicos de laboratorio.	880	1150	270
Colegio de Enfermería de Kamuzu	Enfermeras	338	660	322
Colegio de Ciencias de la Salud, de Malawi	Cursos especializados para técnicos de odontología, radiografía, laboratorio, clínicos, biomédicos, medioambientales y de farmacia. Comunidad de enfermería	1048	1500	452

*Fuente: Plan sexenal de urgencia, 2004*

Un aumento rápido e importante del gasto en un sector de la economía puede generar efectos macroeconómicos perjudiciales, que han de evitarse. Además, es requisito previo esencial para las negociaciones con los donantes calcular los costos de un plan de ampliación de la reserva de trabajadores de salud.<sup>14</sup>

### **Mobilización de los interesados**

El éxito de cualquier intervención importante en el campo de la salud depende de la movilización de los interesados. En el caso de las actuaciones de los recursos humanos de salud, los principales interesados son más que los que intervienen en el sistema de prestación de esos servicios de salud, por ejemplo el ministerio de sanidad, los grupos profesionales, los organismos de reglamentación, las instituciones de formación y los dispensadores de cuidados. Pueden incluirse entre ellos los encargados de la política de los ministerios de administración local, de la planificación, de las finanzas, del interior y de la educación, y los organismos técnicos y financieros multilaterales y bilaterales que actúan en el país. No puede exagerarse la importancia de que los organismos reglamentarios participen en las iniciativas de cambio de los planes de estudios y se incorpore el potencial de los profesionales de salud retirados.

La comunidad es uno de los principales interesados que han de incluirse. Frecuentemente faltan disposiciones formalizadas para que los representantes de la comunidad sigan de cerca las actividades que se realizan en las instituciones y reciban información sobre la prestación de los servicios. Esto es una grave limitación para dispensar cuidados de salud

<sup>14</sup> Una exposición detallada de esta cuestión del 'espacio fiscal' puede verse en Heller (2005).

responsables y de calidad, tanto en lo que se refiere a los resultados obtenidos por los recursos humanos como a la gestión de los recursos médicos.

### ***Gestión y capacidad de elaboración de políticas***

La gestión y la capacidad de elaboración de políticas son otras condiciones previas para una ampliación eficaz de los efectivos. Es esencial contar con una masa crítica de personas técnicamente preparadas para dirigir los procesos de la política general y gestionar el cambio en el plano nacional; se da por supuesta una capacidad suficiente de formación. La capacidad de gestión en los planos regional y local también es de importancia crítica, especialmente para la vigilancia y la supervisión. La evaluación y la comunicación de observaciones y comentarios a los trabajadores de salud es también esencial para mejorar la calidad de los resultados (Figueroa-Muñoz *et al.* 2005). Con la descentralización de la adopción de decisiones, unida a la ampliación de las competencias de la dirección, puede dotarse de mayores capacidades a los directores.

### ***Voluntad y compromiso políticos***

La voluntad y el compromiso políticos siguen siendo los factores más importantes para la ampliación de los efectivos. Sin ellos, no puede producirse un cambio fundamental de manera organizada. Pueden ayudar a crear compromiso unas campañas sostenidas y sistemáticas destinadas a generar una mayor comprensión de los problemas de los recursos humanos de salud y a poner de relieve las consecuencias de la falta de acción (Habte, Dussault y Dovlo 2004). Esto es especialmente importante cuando hay que adoptar decisiones impopulares, tales como crear nuevos mandos, cambiar la edad de jubilación, o introducir contratos de duración más corta, la remuneración basada en los resultados, la delegación de tareas, la acreditación y la nueva certificación. Según expone Dovlo (2004, pág. 2), "...en Ghana, Zambia y Kenia los grupos de influencia de las enfermeras consiguieron prohibir la contratación de enfermeras auxiliares a pesar del aumento de la migración y de la escasez de enfermeras especialistas". En Etiopía, está en curso una importante intervención en favor de los recursos humanos de salud, dirigida por el primer nivel ministerial, para fomentar la viabilidad (Hanvoravongchai 2007b).

Las condiciones del éxito, que acabamos de exponer no se han descrito por orden de importancia. Todas ellas son necesarias en cierta medida, como lo son también unos recursos financieros adecuados. En conjunto, hacen más necesario un planteamiento global para la elaboración de la política relativa a las cuestiones relacionadas con los recursos humanos, argumento que se ha presentado en el reciente informe del Grupo de trabajo para ampliar la formación y capacitación de los trabajadores de salud. (GHW 2008).

## CONCLUSIÓN

---

En este documento se ha tratado principalmente del procedimiento para aumentar el número de dispensadores de servicios de salud, capacitados, y se han tomado especialmente en consideración los países de renta baja y de renta media. Esto ha sido posible gracias a un análisis estructurado de 112 documentos extraoficiales y revisados por homólogos, del que se extraen las siguientes conclusiones:

- No hay una definición generalmente aceptada de “Ampliar los efectivos de atención de salud”. Para algunos significa aumentar el número de trabajadores; para otros significa aumentar la productividad, mejorar la calidad de la producción o ambas cosas. Para muchos, el concepto engloba todos esos aspectos.
- El incremento puede centrarse en determinadas intervenciones o en elementos de una intervención, pero ha de llevarse a cabo sin perder de vista que necesariamente han de ser complementarios de los elementos más generales del contexto. Por ejemplo, aumentar el número de trabajadores sin prestar atención a la productividad y a la calidad de los servicios puede ser un esfuerzo inútil. Abordar las cuestiones de la productividad es importante, pero esto no bastará en los países que tienen un importante déficit de recursos humanos, como es el caso de la mayoría de los países de renta baja. También será necesario aumentar en buena medida las actuales existencias.
- El incremento del número total de trabajadores puede conseguirse mediante estrategias entre las que se incluye la formación de nuevos trabajadores, la reducción de la pérdida de trabajadores por enfermedad, emigración o abandono del sector; consiguiendo un máximo de colaboración entre los trabajadores del sector público y los del sector privado; o trayendo personal de otros países. Los encargados de la política general deben estudiar la posibilidad de combinar estas estrategias para obtener mejores resultados.
- Como en el caso de cualquier iniciativa importante de política general, el éxito del proceso de ampliar los recursos humanos de salud está vinculado a ciertos factores de importancia crítica, tales como el compromiso político; la planificación y gestión estratégica y la capacidad de gestión; unos objetivos claros y el recurso a una combinación de estrategias; la movilización de los interesados; unas sólidas bases de información; y la evaluación continua de los efectos de las intervenciones. Unos recursos financieros adecuados son un requisito previo evidente para cubrir los salarios y ventajas del nuevo personal, los costos de su formación, los costos de las intervenciones destinadas a reducir su pérdida y los costos de infraestructura, del equipo y de los elementos perecederos que precisará el personal nuevo para dispensar sus servicios. Por definición, si con el incremento se consigue el objetivo de aumentar la prestación de servicios y mejorar la calidad de éstos, el gasto total en salud aumentará en medida importante. Los países y sus colaboradores han de aceptar esta premisa cuando empiecen a ampliar el personal.

Con los procesos nacionales en los que los planes estratégicos relativos al personal de salud se sitúan entre las políticas nacionales de carácter más general, se consigue una consulta más amplia con los principales interesados, se logra el apoyo de los donantes a largo plazo y hay más probabilidades de que la ampliación de los recursos humanos de salud resulte eficaz. Es importante combinar estrategias de corto y de largo plazo, no sólo para conseguir más personal, sino para retener al que ya se tiene, protegerlo del riesgo laboral y desplegarlo allí donde se encuentre la mayor carga de la enfermedad. Si no se presta atención a las condiciones laborales del personal de salud, se verán gravemente amenazadas las inversiones que se hagan en aumentar su número.

Finalmente, este examen es un primer intento de entender mejor lo que conlleva el proceso de ampliar los recursos humanos de salud. Se precisan más estudios para evaluar las experiencias del pasado y del presente, y las pruebas con ellas relacionadas. Aun cuando cada país ha de formular su propia estrategia, puede aprenderse de los demás.

La tarea de reunir, analizar y difundir estas lecciones es parte del mandato de los observatorios regionales para los Recursos humanos de salud,<sup>15</sup> como se recomienda en el *Informe sobre Salud Mundial 2006* (OMS 2006b) y recomiendan también las instituciones nacionales e internacionales. Al prestar apoyo a esos observatorios, los organismos multilaterales y los fondos técnicos y de financiación harán una buena inversión. En el plano de los países, el incremento no puede tener lugar sin la contribución de agentes gubernamentales (de las finanzas, administración, planificación y educación) y de la sociedad civil (asociaciones y consejos profesionales, sindicatos, instituciones de formación y usuarios). Éste es el motivo por el que resulta sumamente importante el compromiso político al más alto nivel. El incremento del personal no es en sí mismo un objetivo, sino un elemento importante de cualquier estrategia destinada a conseguir objetivos de política de salud.

---

<sup>15</sup> Véase en la dirección [www.observatoriorh.org/eng/index.html](http://www.observatoriorh.org/eng/index.html) el ejemplo de los observatorios existentes en América Latina.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

---

- Anselmi ML, Peduzzi M y Dos Santos CB (2007), 'Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 10, pp. 1839-1847.
- Bennett S, Boerma T y Brugha R (2006), 'Scaling up HIV/AIDS evaluation', *Lancet*, vol. 367, no. 9504, pp. 79-82.
- Brazil, Ministry of Health (n.d.), *Profae* [in Portuguese], accessed 24 November 2008, [portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=18414](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18414)
- Brazil, Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde (2001), 'Projeto de profissionalização de trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE)', *Revista Formação* 1, pp. 7-12.
- Brazil, Ministry of Health (2006), *PROFAE: Nursing workers professionalizing*, accessed 24 November 2008, [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/book\\_profdae\\_ing.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/book_profdae_ing.pdf)
- Brazil, Ministry of Health (2008), 'The Profae experience', First global forum on human resources for health, 2-7 March, Kampala, Uganda.
- Brush B & Sochalski J (2007), 'International nurse migration: lessons from the Philippines', *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 8, no. 1, pp. 37-46.
- Buchan J (1999), 'Determining skill mix: lessons from an international review', *Human Resources for Health Development Journal*, vol. 3, pp. 80-90.
- Buchan J & Dal Poz MR (2002), 'Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 7, pp. 575-580.
- Buchan J (2007), *Nurse workforce planning in the UK* [report], Royal College of Nursing, London.
- Caldwell P & Kingma M (2007), 'Incentives and the recruitment/retention of nurses', Symposium on national experiences in assessing and reducing shortcomings and negative trends affecting human resources for health, 10-12 October, Lisbon, Portugal.
- Chandler R & Musau SN (2005), *Estimating resource requirements for scaling up antiretroviral therapy in Uganda*, Abt Associates Inc., Partners for Health Reform Plus, Bethesda, Md.
- Commonwealth Secretariat (2003), *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*, accessed 24 November 2008, [www.thecommonwealth.org/shared\\_asp\\_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D\\_CommonwealthCodeofPractice.pdf](http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf)
- Crisp N, Gawanas B & Sharp I (2008), 'Training the health workforce: scaling up, saving lives', *Lancet*, vol. 371, no. 9613, pp. 689-691.
- Cumbi A, Pereira C, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A & Bergström S (2007), 'Major surgery delegation to mid-level health practitioners in Mozambique: health professionals' perceptions', *Human Resources for Health*, vol. 5, article 27.
- Daviaud E & Chopra M (2008), 'How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, no. 1, pp. 46-51.
- De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A & Sewankambo N (2008), 'Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment' [editorial], *British Journal of General Practice*, vol. 58, no. 546, pp. 3-4.
- Department of Health, England (2004), *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*, accessed 24 October 2008, [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4097730](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097730)

Diallo K, Zurn P, Gupta N & Dal Poz M (2003), 'Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 1, p.3.

Directorate for Health and Social Affairs, Government of Norway (2007), *Recruitment of health workers: towards global solidarity*, accessed 24 November 2008, [www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E\\_18611a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf)

Doctors Without Borders (MSF) (2007), *Help wanted: confronting the health care worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment: MSF experience in southern Africa*, MSF, Johannesburg.

Doctors Without Borders (MSF) [www.doctorswithoutborders.org/](http://www.doctorswithoutborders.org/)

Dolea C & Adams O (2005). 'Motivation of health care workers: review of theories and empirical evidence', *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale*, vol. 45, no. 1, pp. 135–161.

Dovlo D (2004), 'Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa' [desk review], *Human Resources for Health*, vol. 2, article 1.

Dovlo D (2005), 'Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries', *Human Resources for Health*, vol. 3, article 6.

Downs TJ & Larson HJ (2007), 'Achieving millennium development goals for health: building understanding, trust and capacity to respond', *Health Policy*, vol. 83, nos. 2-3, pp. 144-161.

Dussault G & Franceschini MC (2006), 'Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 12.

Dussault G, Codjia L & Kantengwa K (2007), *The capacity to produce qualified health personnel in Rwanda* [report to the Africa region human development department], World Bank, Washington, DC.

Farmer P, Léandre F, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L & Kim JY (2001), 'Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, no. 12, pp. 1145-1151.

Figueroa-Munoz J, Palmer K, Dal Poz M, Blanc L, Bergström K & Raviglione M (2005), 'The health workforce crisis in TB control: a report from high-burden countries', *Human Resources for Health*, vol. 3, article 2.

Franco LM, Bennett S & Kanfer R (2002), 'Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework', *Social Science & Medicine*, vol. 54, no. 8, pp. 1255-1266.

GHWA – See Global Health Workforce Alliance

Glassman A, Becker L, Makinen M & de Ferranti D (2008), 'Planning and costing human resources for health', *Lancet*, vol. 371, no. 9613, pp. 693-695.

Global Health Workforce Alliance (2006), *Informal consultation on scaling up health workforce production*, World Health Organization, Geneva.

Global Health Workforce Alliance (2008), *Scaling up, saving lives* [report of the task force for scaling up education and training of health workers], World Health Organization, Geneva.

Government of Malawi, Ministry of Health (2008a), *Draft human resources development policy*, Lilongwe.

Government of Malawi (2008b), *Malawi health SWAp midterm review summary report*, accessed 8 February 2009, [www.norad.no/items/13657/38/7700465082/Malawi%20Health%20Swap%20Mid-Term%20Review%20-%20Summary%20report.pdf](http://www.norad.no/items/13657/38/7700465082/Malawi%20Health%20Swap%20Mid-Term%20Review%20-%20Summary%20report.pdf)

Gupta N, Diallo K, Zurn P & Dal Poz MR (2003), 'Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?' *Human Resources for Health*, vol. 1, article 5.

Habte D, Dussault G & Dovlo D (2004), 'Challenges confronting the health workforce in sub-Saharan Africa', *World Hospitals and Health Services*, vol. 40, no. 2, pp. 23-6, 40-41.

Hanvoravongchai P (2007a), 'Scaling up health workforces in response to critical shortages', *Lancet*, vol. 370, no. 9605, pp. 2080-2081.

- Hanvoravongchai P (2007b), Personal communication.
- Havens P & Gibb D (2007), 'Increasing antiretroviral drug access for children with HIV infection', *Pediatrics*, vol. 119, no. 4, pp. 838-845.
- Health Research for Action (2005), *Public private partnership for equitable provision of quality health services*, Ministry of Health, Tanzania.
- Heller P (2005), 'Back to basics \_ fiscal space: what it is and how to get it', *Finance and Development*, vol. 42, no. 2, accessed 24 October 2008, [www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm](http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm)
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N & Wilson P (2006), 'Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 1.
- Huicho L, Davila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J & Victora CG (2005), 'Scaling up integrated management of childhood illness to the national level: achievements and challenges in Peru', *Health Policy and Planning*, vol. 20, no. 1, pp. 14-24.
- Ijsselmuiden CB, Nchinda TC, Duale S, Tumwesigye NM & Serwadda D (2007), 'Mapping Africa's advanced public health education capacity: the AfriHealth project', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, no. 12, pp. 914-922.
- JLI – See Joint Learning Initiative
- Joint Learning Initiative (2004), *Health human resources demand and management: strategies to confront crisis* [report of the working group on demand], Global Health Trust.
- Kim J, Salomon J, Weinstein M & Goldie S (2006), 'Packaging health services when resources are limited: the example of a cervical cancer screening visit', *PLoS Medicine*, vol. 3, no. 11, e434.
- Kinfu J, Dal Poz M, Mercer H & Evans DB (2008), 'The health worker shortage in Africa: are enough doctors and nurses being trained?', *Bulletin of the World Health Organization* (in press).
- Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J & Seddoh A (2006), 'The cost of health professionals' brain drain in Kenya', *Health Services Research*, vol. 6, article 89.
- Kober K & Van Damme W (2004), 'Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job?', *Lancet*, vol. 364, no. 9428, pp. 103-107.
- Kober K & Van Damme W (2006), 'Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed?' *Human Resources for Health*, vol. 4, article 13.
- Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P & van Lerberghe, W (2006), 'Going to scale with professional skilled care', *Lancet*, vol. 368, no. 9544, pp. 1377-1386.
- Kombe G, Galaty D, Gadhia R & Decker C (2005), *The human and financial resource requirements for scaling up HIV/AIDS services in Ethiopia*, Abt Associates Inc., Partners for Health Reform Plus, Bethesda, Md.
- Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yémadji N & Mills A (2003), *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions* [case studies from Tanzania and Chad], London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- LaFond AK, Brown L & Macintyre K (2002), 'Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework', *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 17, no. 1, pp. 3-22.
- Laleman G, Kegels G, Marchal B, Van der Roost D, Bogaert I & Van Damme W (2007), 'The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa', *Human Resources for Health*, vol. 5, article 19.
- Lane C & Glassman A (2007), 'Bigger and better? Scaling up and innovation in health aid', *Health Affairs*, vol. 26, no. 4, pp. 935-948.
- Lehmann U & Sanders D (1999), 'Production of doctors', in N Crisp (ed), *South African health review 1999*, Health Systems Trust, Durban, pp.187-200.

- Loewenson R & McCoy D (2004), 'Access to antiretroviral treatment in Africa' [editorial], *BMJ*, vol. 328, no. 7434, pp. 241-242.
- Mackintosh M & Tibandebage P (2004), 'Inequality and redistribution in health care: analytical issues for developmental social policy', in T. Mkandawire (ed.), *Social policy in a development context*, Palgrave, Basingstoke.
- Malawi Health Services Commission (2006), *Report 2006*, Lilongwe.
- Marchal B, De Brouwere V & Kegels G (2005), 'Viewpoint: HIV/AIDS and the health workforce crisis: what are the next steps?', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 10, no. 4, pp. 300-304.
- Martineau T, Sargent K, Mvula A & Lungu S (2001), *Institutional and human resources appraisal of the sexual and reproductive health programme* [mission report], Ministry of Health and Population, Government of Malawi, Lilongwe.
- Mathauer I & Imhoff I (2006), 'Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 24.
- McCourt W & Awases M (2007), 'Addressing the human resources crisis: a case study of the Namibian health service', *Human Resources for Health*, vol. 5, article 1.
- Millennium Assembly (2000), *United Nations millennium declaration*, accessed 24 November 2008, [www.un.org/millennium](http://www.un.org/millennium)
- Mullan F & Frehywot S (2007), 'Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries', *Lancet*, vol. 370, no. 9605, pp. 2158-2163.
- Ndetei DM, Khasakhala L & Omolo JO (2008), *Incentives for health worker retention in Kenya: an assessment of current practice* [discussion paper 62], EQUINET, Kenya.
- Nurses and Midwives Council of Malawi, Committee Reports 2006-2007, Lilongwe.
- Olsen OE, Ndeki S & Norheim OF (2005), 'Human resources for emergency obstetric care in northern Tanzania: distribution of quantity or quality?', *Human Resources for Health*, vol. 3, article 5.
- Ooms G, Van Damme W & Temmerman M (2007), 'Medicines without doctors: why the global fund must fund salaries of health workers to expand AIDS treatment', *PLoS Medicine*, vol. 4, no. 4, pp. 605-608.
- Preker A (2008), 'Scaling up health education: opportunities and challenges for Africa' [presentation], Berkeley global health workforce conference, 4 April, School of Public Health, University of California, Berkeley.
- Robinson M & Clark P (2008), 'Forging solutions to health worker migration', *Lancet*, vol. 371, no. 9613, pp. 691-693.
- Rolfe B, Leshabari S, Rutta F & Murray SF (2008), 'The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 23, no. 2, pp. 137-149.
- Schneider H, Blaauw D, Gilson L, Chabikuli N & Goudge J (2004), *Health systems strengthening and ART scaling up: challenges and opportunities*, Centre for Health Policy, School of Public Health, University of Witwatersrand, Johannesburg.
- Scottish Executive (2006), *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals in Scotland*, accessed 24 November 2008, [www.infoscotland.com/nhs/files/CodeofPracticeFinalVersion.pdf](http://www.infoscotland.com/nhs/files/CodeofPracticeFinalVersion.pdf)
- Sibbald B, Chen J & McBride A (2004), 'Changing the skill-mix of the healthcare workforce', *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 9, suppl. 1, pp.28-38.
- Silberman J (2005), 'Cuban doctors help build Equatorial Guinea's health services', *The Militant*, vol. 69, no. 45.

Sório RER (2002) 'Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE', in JL Castro (ed.), *PROFAE: Educação profissional em saúde e cidadania*, Ministério da Saúde, Brasília, pp.17-29.

Stop TB Partnership (2006), *The global plan to stop TB (2006-2015)*, WHO, Geneva

UNAIDS – See Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS (2001), *Reaching out, scaling up: eight case studies of home and community care for and by people with HIV/AIDS*, Geneva, UNAIDS.

UNDP – See United Nations Development Programme

United Nations Development Programme (2000), *What are the millennium development goals?*, accessed 24 November 2008, [www.undp.org/mdg/basics.shtml](http://www.undp.org/mdg/basics.shtml)

Vujicic M & Zurn P (2006), 'The dynamics of the health labour market', *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 21, no. 2, pp. 101-115.

WHO – See World Health Organization

World Health Organization (2003a), *The '3 by 5' initiative*, accessed 24 November 2008, [www.who.int/3by5/en/](http://www.who.int/3by5/en/).

World Health Organization (2003b), *Human capacity-building plan for scaling up HIV/AIDS treatment*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2005), *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS: scaling up treatment and accelerating prevention* [WHO HIV/AIDS plan, January 2004-December 2005], WHO, Geneva.

World Health Organization (2006a), *Health worker shortages and the response to AIDS*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2006b), *The world health report 2006 - Working together for health*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2007), *Taking stock: task shifting to tackle health worker shortages*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2008), 'Addis Ababa declaration', International conference on task shifting, 10 January, WHO, Addis Ababa, Ethiopia.

Wyss K (2004a), *Scaling up anti-retroviral treatment and human resources for health. What are the challenges in Sub-Saharan Africa*, Swiss Centre for International Health, Basle.

Wyss K (2004b), 'An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related millennium development goals', *Human Resources for Health*, vol. 2, article 11.

Wyss K, Prytherch H, Merkle R, Weiss S & Vogel T (2006), *Contributions to solving the human resources crisis in developing countries – with special reference to the German development cooperation* [report commissioned and funded by the German Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)], Swiss Centre for International Health, Basle.

Zurn P, Dolea C & Stilwell B (2005), *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*, International Council of Nurses, Geneva.



## APÉNDICE 1

### Palabras clave utilizadas para la búsqueda en las publicaciones

Clave	Operadores booleanos o lógicos	Clave	Operadores booleanos	Clave
Ampliar	-	-	-	-
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	-	-
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	-	-
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	-	-
Ampliar	Y	Enferm.*	-	-
Ampliar	Y	Resultados	-	-
Ampliar	Y	Contratación	-	-
Ampliar	Y	Retención	-	-
Ampliar	Y	Formación	-	-
Ampliar	Y	Creación de capacidades	-	-
Ampliar	Y	Combinación público/privado	-	-
Ampliar	Y	Nivel de capacidades	-	-
Ampliar	Y	Gestión/supervisión de los recursos humanos	-	-
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Resultados
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Contratación
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Retención
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Formación
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Creación de capacidades
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Combinación público/privado
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Nivel de capacidades
Ampliar	Y	Recursos humanos de salud	Y	Gestión/supervisión de los recursos humanos
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Resultados
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Contratación
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Retención
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Formación
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Creación de capacidades

<b>Clave</b>	<b>Operadores booleanos o lógicos</b>	<b>Clave</b>	<b>Operadores booleanos</b>	<b>Clave</b>
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Combinación público/privado
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Nivel de capacidades
Ampliar	Y	Trabajadores de atención de salud	Y	Gestión/supervisión de los recursos humanos
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Resultados
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Contratación
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Retención
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Formación
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Creación de capacidades
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Combinación público/privado
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Nivel de capacidades
Ampliar	Y	Profesionales de atención de salud	Y	Gestión/supervisión de los recursos humanos
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Resultados
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Contratación
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Retención
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Formación
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Creación de capacidades
Ampliar	Y	Enferm.*	Y	Combinación público/privado
Ampliar	Y	Enferm*	Y	Nivel de capacidades
Ampliar	Y	Enferm*	Y	Gestión/supervisión de los recursos humanos

## APÉNDICE 2

---

### Bases de búsqueda de referencias

Base de datos	URL
Medline (PubMed)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez">www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez</a>
The Cochrane Library <i>Cochrane database of systematic reviews</i>	<a href="http://www.thecochranelibrary.com">www.thecochranelibrary.com</a>
Centre for Reviews and Dissemination <i>Database of abstracts of reviews of effects</i>	<a href="http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm">www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm</a>
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	<a href="http://www.ebscohost.com/cinahl/">www.ebscohost.com/cinahl/</a>
British Nursing Index (BNI)	<a href="http://www.bniplus.co.uk">www.bniplus.co.uk</a>
Nursing, Midwifery and Allied Health Professions (NMAP)	<a href="http://www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/nursing/">www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/nursing/</a>
CORDIS	<a href="http://www.cordis.lu/en/home.html">www.cordis.lu/en/home.html</a>
Computer Retrieval of Information on Scientific Projects (CRISP)	<a href="http://www.crisp.cit.nih.gov">www.crisp.cit.nih.gov</a>
Science and Technology Proceedings (ISI proceedings)	<a href="http://www.isiwebofknowledge.com/">www.isiwebofknowledge.com/</a>
British Library Public Catalogue	<a href="http://www.catalogue.bl.uk">www.catalogue.bl.uk</a>
LocatorPlus	<a href="http://www.locatorplus.gov">www.locatorplus.gov</a>
Organización Mundial de la Salud (OMS)	<a href="http://www.who.int">www.who.int</a>
Organización Internacional del Trabajo (OIT)	<a href="http://www.ilo.org">www.ilo.org</a>
Public Services International (PSI)	<a href="http://www.world-psi.org/">www.world-psi.org/</a>
Consejo internacional de enfermeras (CIE) y Centro internacional para los recursos humanos de enfermería (CIRHE)	<a href="http://www.icn.ch">www.icn.ch</a>
Asociación de enfermeras de los Estados Unidos (ANA)	<a href="http://www.nursingworld.org/">www.nursingworld.org/</a>
Asociación de enfermeras del Canadá (AEC)	<a href="http://www.cna-aiic.ca/cna/">www.cna-aiic.ca/cna/</a>
Administración de Salud y seguridad en el trabajo	<a href="http://www.osha.gov">www.osha.gov</a>

<b>Base de datos</b>	<b>URL</b>
Institutos de Investigación de salud, del Canadá (CIHR)	<a href="http://www.cihr-irsc.gc.ca">www.cihr-irsc.gc.ca</a>
Fundación de Investigación de los servicios de salud, del Canadá (CHSRF)	<a href="http://www.chsrf.ca">www.chsrf.ca</a>
Departamento de Salud NHS	<a href="http://www.dh.gov.uk">www.dh.gov.uk</a>
Royal College of Nursing	<a href="http://www.rcn.org.uk">www.rcn.org.uk</a>
Organización Panamericana de la Salud	<a href="http://www.paho.org">www.paho.org</a>
ELDIS - Human resources for health section	<a href="http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health">www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health</a>
The Capacity Project	<a href="http://www.capacityproject.org">www.capacityproject.org</a>



**International Council of Nurses**

International Centre for Human Resources in Nursing  
3, place Jean-Marteau  
1201 Geneva  
Switzerland

Tel: + 41 22 908 0100  
Fax: + 41 22 908 0101  
Email: [ichrn.secretariat@icn.ch](mailto:ichrn.secretariat@icn.ch)  
[www.ichrn.org](http://www.ichrn.org)  
[www.icn.ch](http://www.icn.ch)