



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Dayrit, Manuel M.; Dolea, Carmen; Dreesch, Norbert

Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud: ¿hasta dónde hemos llegado? ¿Qué
podemos esperar lograr al 2015?

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 28, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 327-
336

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319050022>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ABORDANDO LA CRISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD: ¿HASTA DÓNDE HEMOS LLEGADO? ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR LOGRAR AL 2015?*

Manuel M. Dayrit^{1,a,b}, Carmen Dolea^{2,a,c}, Norbert Dreesch^{3,b}

RESUMEN

El reporte mundial de la Salud del 2006 (*World Health Report 2006*) ha identificado 57 países en los que la densidad de trabajadores de salud con respecto a la población general se encuentra por debajo del umbral crítico de 2,3 por 1000 habitantes. Esto significa que por debajo de este umbral crítico, un país no sería capaz de brindar los servicios básicos para su población, definidos como el 80% de coberturas de inmunización y 80% de atención calificada del parto. De los 57 países, 36 pertenecen al África. Este artículo revisa el progreso realizado por los países para afrontar su crisis de recursos humanos en salud. Cita tres de los estudios mundiales más recientes y los indicadores utilizados para medir el progreso. Asimismo, se presenta la experiencia de ocho países: Malawi, Perú, Etiopía, Brasil, Tailandia, Zambia y Mali. Ello brinda un panorama diverso de esfuerzos, retos y éxitos en cada uno de estos países. El artículo lanza la interrogante sobre si la meta de una reducción del 25% en el número de países en crisis puede lograrse para el año 2015, objetivo definido por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2008. El optimismo que los autores quisieran mantener sobre los esfuerzos orientados a esta meta, debe ir sin embargo a la par con un adecuado nivel de inversión de los países en recursos humanos en salud. Los siguientes cuatro años nos mostrarán cuánto en realidad puede ser logrado.

Palabras clave: Recursos humanos en Salud; Organización Mundial de la Salud; Objetivos de Desarrollo del Milenio (fuente: DeCS BIREME).

ADDRESSING THE HUMAN RESOURCES FOR HEALTH CRISIS IN COUNTRIES: HOW FAR HAVE WE GONE? WHAT CAN WE EXPECT TO ACHIEVE BY 2015?

ABSTRACT

The World Health Report 2006 identified 57 countries world-wide whose health worker to population density fell below a critical threshold of 2.3 per 1,000 population. This meant that below this critical threshold, a country could not provide the basic health services to its population, defined here as 80% immunization coverage and 80% skilled birth attendance at delivery. Of the 57 countries, 36 are located in Africa. This article reviews the progress countries have made in addressing their health workforce crisis. It cites 3 of the most recent global studies and the indicators used to measure progress. It also features the experiences of 8 countries, namely Malawi, Peru, Ethiopia, Brazil, Thailand, Philippines, Zambia, Mali. Their situations provide a diverse picture of country efforts, challenges, and successes. The article asks the question of whether the target of 25% reduction in the number of crisis countries can be achieved by 2015. This was a goal set by the World Health Assembly in 2008. While the authors wish to remain optimistic about the striving towards this target, their optimism must be matched by an adequate level of investment in countries on HRH development. The next four years will show how much will really be achieved.

Key words: Health resources; World Health Organisation; Milenium development goals (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

En enero de 2011, el Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud se celebró en Bangkok, Tailandia. Titulado "Revisión del Progreso, Renovando el Compromiso", convocó a más de 1 000 participantes de la comunidad mundial de los recursos humanos para la salud (RHS) tres años después del primer foro en Kampala, Uganda.

En la sesión plenaria final, se notó un ambiente de impaciencia. Los delegados hicieron la recomendación de que

la tercera reunión mundial de RHS no debería convocarse a menos que hubiese una clara evidencia de progreso en la solución de la crisis de RHS en los países. Los delegados instaron a emprender un liderazgo más fuerte y medidas más drásticas para resolver la crisis ⁽¹⁾.

De hecho, habían pasado cinco años desde el Informe Sobre la Salud en el Mundo (ISSM) 2006, donde se identificaron 57 países en crisis de RHS (Figura 1). Esto significaba que cayeron por debajo del umbral crítico de los trabajadores de salud, que es 2,3 por cada 1 000 habitan-

*Traducción al español del artículo "Addressing the hrh crisis in countries: how far have we gone? What can we expect to achieve by 2015?". La versión original en idioma inglés de este artículo se encuentra disponible en la versión electrónica de la revista (<http://www.ins.gob.pe/rpmesp/>)

¹ Departamento de Recursos Humanos para la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

² Organización Panamericana de la Salud. Subregión de los Andes, Washington, Estados Unidos de Norteamérica.

^a MD; ^b MSc; ^c MPH.

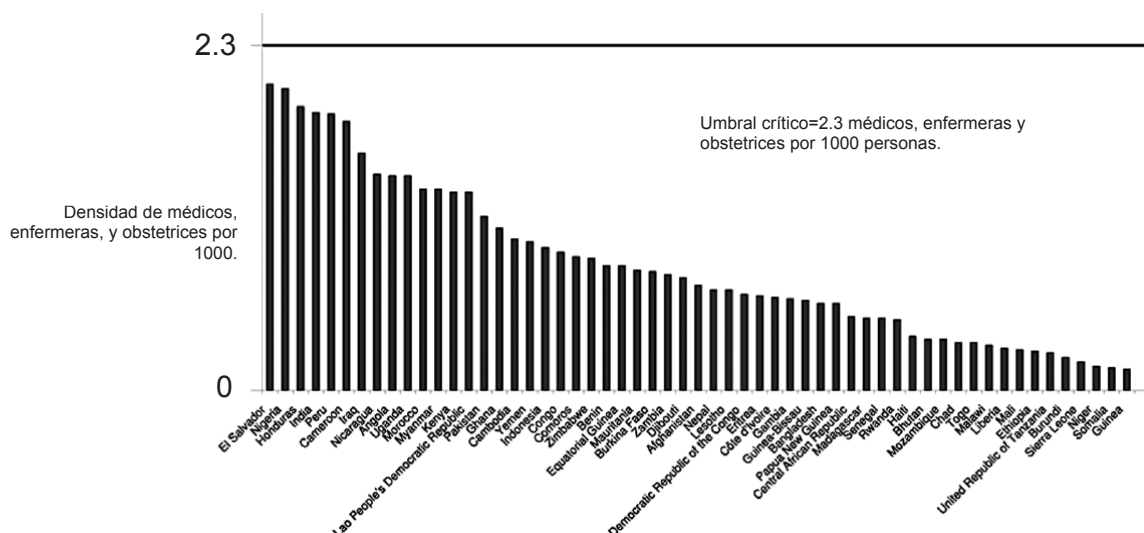


Figura 1. Densidad de médicos, enfermeras y obstetrces en los 57 países con escasez crítica de personal sanitario.

Fuente: Organización Mundial de Salud, Ginebra 2011. Departamento de Recursos Humanos para Salud. Análisis basado en datos del Atlas Mundial del Personal Sanitario. Disponible en línea en: <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>

tes. Países por debajo de este umbral tuvieron dificultades para garantizar las metas de asistencia del 80% de un profesional calificado para la atención del parto, así como la cobertura del 80% de vacunas para niños ⁽²⁾.

Pero, incluso antes de este informe, en mayo de 2004, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ya había pedido medidas para mitigar los efectos negativos de la migración internacional de los trabajadores de la salud a través de la resolución WHA57.19 ⁽³⁾; y, en diciembre de ese año, la Iniciativa Conjunta de Aprendizaje que reunió a varios expertos y defensores en el campo, emitió un informe pidiendo la atención global a la crisis de RHS en los países ⁽⁴⁾.

En mayo de 2010, la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, a través de la resolución WHA63.16 adoptó el código de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Práctica para la Contratación Internacional del Personal Sanitario ⁽⁵⁾. El trabajo sobre el desarrollo del Código había sido paralizado hasta que el Foro de Kampala lo retomó. La adopción del Código de la OMS ha sido un hito internacional. La Directora General de la OMS Margaret Chan se refirió a él como *Un regalo para la salud pública* ⁽⁶⁾. Pero como se muestra en este artículo, las resoluciones de la AMS y el Código representan solo la visión y las aspiraciones de Ministros y planificadores de altos mandos. Convertir el Código en realidad es en donde se encuentra el verdadero triunfo.

Hasta la fecha, ninguno de los 57 países en crisis de RHS ha salido de ella.

Este artículo revisará algunos de los trabajos en los países y brindará algunas observaciones en donde los esfuerzos mundiales y nacionales están avanzando o vienen resultando insuficientes.

I. ABORDANDO LA CRISIS DE RHS EN LOS PAÍSES. FIJANDO NUESTRAS METAS

La comunidad mundial ha sido buena en fijar objetivos. Los Objetivos del Milenio (ODM) son un buen ejemplo. Hubo otras resoluciones que piden medidas urgentes contra la crisis de RHS; en mayo de 2006, la WHA59.23 hizo un llamado para expandir de manera rápida la producción de más personal sanitario especialmente en países en crisis ⁽⁷⁾.

También, el 21 de mayo de 2007, WHA60.11 aprobó el Plan Estratégico de Mediano Plazo (PEMP) 2008-2013 ⁽⁸⁾, donde uno de los objetivos de este plan de cinco años fue: *La reducción del 25% en el número de países que enfrentan la escasez crítica de personal sanitario y un aumento en la distribución equitativa de dichopersonal* ⁽⁹⁾. La visión de este objetivo es que al menos 14 países solucionarían su crisis de RHS para el 2013.

Al declarar este objetivo, el PEMP resumió los obstáculos que deben superarse. Estos incluyen: 1) limitada capacidad de producción en muchos países en desarrollo, como resultado de años de escasa inversión en instituciones de educación de la salud; 2) el desequilibrio geográfico en la distribución de los trabajadores de la salud con abundancia en las zonas urbanas y la escasez en zonas remotas y rurales; 3) la migración de los países pobres a países desarrollados ⁽¹⁰⁾.

Para desarrollar un trabajador de salud eficaz para cualquier contexto específico, un país debe resolver una serie de aspectos: 1) planificación eficaz que abarca muchos sectores, incluyendo salud, educación y finanzas, así como los sectores público y privados; 2) desarrollar una fuerte base de conocimientos como punto de partida para la planificación; 3) mantener inversiones a fin de crear capacidad en las principales instituciones públicas y privadas de un país a corto y largo plazo y 4) la construcción de una masa crítica de líderes y gerentes para guiar el proceso.

Habiendo sido parte del equipo técnico que propuso este objetivo, el autor (MMD) recuerda que este fue fijado con gran optimismo para el futuro. El optimismo se derivó del aumento de actividades en los países para abordar asuntos del personal sanitario, y lo que parecía ser un impulso creciente en las iniciativas para fortalecer los sistemas de salud. Una Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario (AMPPS) se estableció en el 2006 para fortalecer la promoción a nivel mundial. Representantes de organismos de desarrollo y las instituciones internacionales se incluyeron entre los miembros de la Junta de AMPPS y hubo gran entusiasmo para prestar apoyo a los países para el desarrollo de sus RHS ⁽¹¹⁾.

Sin embargo, el PEMP 2008-2013 también hizo suposiciones e identificó riesgos en el largo camino hacia los objetivos. Dos supuestos a enfatizar fueron: 1) que la gobernabilidad y planificación estratégica mejoraría en todos los sectores de gobierno, incluyendo la salud; 2) que se realizarían cambios en los canales de financiación y el *modus operandi* de los socios externos, en consonancia con la Declaración de París Sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Dos riesgos deben contrapesarse: 1) la insuficiencia de inversiones nacionales e internacionales para satisfacer la creciente demanda en el área de desarrollo del personal sanitario y 2) las fuerzas del mercado global que favorecen la migración desde países que ya carecen de suficientes trabajadores de la salud ⁽¹⁰⁾.

¿Cómo han adelantado los países desde que se aprobó el PEMP 2008-2013? Se han realizado tres encuestas para evaluar el progreso en los países en desarrollo de RHS, siendo el tercero la evaluación provisional de PEMP 2008-2013. En síntesis, estas encuestas nos dan una idea de lo

que realmente ha sido realizado por los países en cuanto al desarrollo de RHS (una encuesta) y también en el cómo los países perciben sus esfuerzos (dos encuestas).

II. MIDIENDO EL PROGRESO EN PAÍSES

Revisión a nivel de gabinete OMS ⁽¹²⁾. Con el fin de obtener un panorama global tratando de identificar en donde se centraron los esfuerzos, la OMS colaboró con el *Royal Tropical Institute* de Ámsterdam (Países Bajos) para emprender una revisión a nivel de gabinete entre junio y diciembre de 2009 y así estudiar las prácticas, políticas y planes en los 57 países en crisis. La revisión a nivel de gabinete hizo un inventario de datos secundarios de varias fuentes, incluyendo el Ministerio de Salud, informes a los donantes como la Alianza GAVI y el Fondo Mundial. Aunque no hubo ninguna línea de base, la revisión presentó un panorama de los esfuerzos de RHS en los países al momento de efectuar la búsqueda.

Con respecto al planeamiento nacional de RHS y costos de RHS, 45 (79%) de 57 países habían desarrollado planes de RHS. De estos 45,32 (71%) tuvieron un presupuesto de aplicación, pero solo 25 (55%) de los planes estaban siendo implementados.

Los cinco problemas más destacados en los planes de RHS con estrategias para hacerles frente, fueron: 1) educación previa al servicio en salud; 2) educación en servicio; 3) metas educativas referentes al número de trabajadores de la salud a ser entrenados; 4) desarrollo de carrera y 5) incentivos, generalmente relacionados con pago, vivienda y transporte.

El análisis secundario mostró que 51 (89%) de los 57 países tenía un departamento de RHS en el ministerio de salud. No pudo determinarse el funcionamiento real de estos departamentos y su contribución a la planificación de RHS de todo el país.

Por último, 14 (25%) de los 57 países tuvieron un observatorio nacional de RHS, que actuó como un mecanismo para recopilar y analizar datos sobre los RHS, así como para convocar a los interesados a revisar la información y configurar la directiva.

Encuesta de la AMPPS ⁽¹³⁾. Previo al Segundo Foro Mundial Sobre RHS en Bangkok, se llevó a cabo una encuesta por la AMPPS en julio de 2010 para informar acerca de los progresos en la Prioridad para la Acción Mundial declarada en Kampala. Se encuestó a funcionarios clave de los ministerios de salud ya sea en comunicación directa línea o por correo electrónico; las respuestas se reunieron para 51 de los 57 países encuestados.

La encuesta incluyó cuarenta y siete preguntas que abarcaban nueve indicadores de desarrollo de RHS. Las respuestas se limitaron a sí/no. Los resultados del consolidado de puntaje para los nueve indicadores fueron los siguientes: 1) RHS planificación (69%); 2) mecanismo de coordinación intersectorial (56%); 3) mecanismo para informar a la formulación de políticas (43%) 4) sistema de información de los RHS en buen funcionamiento (70%) 5) programas para aumentar la producción del personal sanitario (75%); 6) Estrategias para retener personal en las zonas desatendidas (67%) 7) Políticas a favor de la retención de trabajadores en el país (56%); 8) inversiones adicionales en personal sanitario (71%); 9) inversión adicional de socios (76%).

El puntaje proporciona una idea de cómo los encuestados perciben el progreso del trabajo en los RHS en los países en crisis, pero las limitaciones de la metodología excluyen cualquier validación de la situación actual en estos países. Las limitaciones incluyen: la falta de información de línea de base, la dependencia de resultados autoinformados y las limitaciones de la encuesta misma. Así, mientras que un país puede tener un plan de RHS, la encuesta no revela su contenido, calidad o qué tan bien se está aplicando. Asimismo, la existencia de un observatorio no garantiza la calidad de los datos ni su nivel de funcionalidad, y las respuestas de la inversión dicen poco acerca de lo que es y cuánto.

Evaluación Provisional del Plan Estratégico del Medio Plazo 2008–2013 ⁽¹⁴⁾. Esta tercera encuesta se realizó entre noviembre de 2010 y marzo de 2011. Mientras esta encuesta evaluó a los países sobre los once objetivos estratégicos técnicos de la OMS, también proporcionó información específica acerca de la percepción del progreso del trabajo en RHS. Estos once objetivos estratégicos tocaron áreas incluyendo enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, emergencias y desastres y determinantes sociales y económicos de la salud, por nombrar algunos. Los RHS fueron incluidos en el objetivo estratégico “involucrando servicios y sistemas de salud”.

Un grupo focalizado seleccionado a nivel nacional, coordinó la realización del cuestionario dentro de cada país. Un total de 105 entre 193 países respondieron representando una tasa de respuesta del 54%. Las respuestas fueron clasificadas a lo largo de una escala de cinco puntos, donde 1 = retrocesos significativos; 2 = algunos retrocesos; 3 = ningún cambio; 4 = algunos progresos; y 5 = progresos significativos. En el objetivo “Reducción de las carencias críticas de personal sanitario e incremento en la distribución equitativa del personal,” el puntaje compuesto fue de 3,68.

La encuesta también preguntó: “¿Qué componentes del sistema usted consideraría como prioridades para un

mayor desarrollo desde ahora hasta finales del 2013?” Las respuestas fueron: financiación de salud 20%; personal sanitario 20%; marco político 17%; entrega de servicios 16%; liderazgo y gobernanza 14%; sistemas de información de salud 11%; productos médicos y tecnologías 2%.

¿Qué podemos aprender de estos tres estudios? En el mejor de los casos, tenemos información objetiva de la presencia de planes y mecanismos de planificación en un buen número de países en crisis de RHS. También tenemos información subjetiva sobre cómo los países perciben el progreso de los esfuerzos basados en las respuestas de un punto focal seleccionado. Las respuestas indican que se está trabajando en el fortalecimiento de los RHS, particularmente con respecto a la elaboración de planes en dentro de los países. Hay alguna información sobre la dirección que están tomando los planes, por ejemplo hacia el fortalecimiento de la educación preprofesional. Más aun, los estudios nos informan que el 20% de los países consideran que los RHS serán una prioridad en los próximos dos años, pero que también hay una gran diversidad de otras preocupaciones que compiten por la atención gubernamental. Los estudios no nos dicen si las inversiones siguen la planificación y si son adecuadas y realistas.

Se puede tener una mejor comprensión de los progresos realizados en los países al analizar la situación en países específicos. Los ocho siguientes han sido seleccionados porque ayudan a ilustrar un punto en particular.

Malawi: para mostrar el éxito de un programa de emergencia de cinco años para rescatar a una debilitada fuerza de trabajo sanitaria nacional (2005-2010).

Perú: para mostrar cómo la reforma del sistema de servicio obligatorio rural dio lugar a un aumento en la densidad de RHS y contribuyó a una disminución de la mortalidad materna en un período de tres años (2006-2009).

Etiopía: para mostrar los beneficios de un programa de extensión de trabajadores de salud liderado por el gobierno que ha demostrado resultados en la salud impresionantes después de solo cinco años (2005-2010).

Brasil: para mostrar un esfuerzo sostenido desde la década de los ochenta para construir una masa crítica de equipos de salud de la familia que han mejorado los servicios y los resultados de salud en zonas rurales marginadas y remotas.

Tailandia: para mostrar el éxito de un esfuerzo multisectorial y multidisciplinario que ha sido constante desde la década de los setenta para asegurar la equidad en la

distribución de los trabajadores de la salud y los servicios de salud en todo el país.

Filipinas: para mostrar los resultados y retos de un modelo del sector privado impulsado por el mercado en términos de responder a las necesidades nacionales y a la demanda internacional de enfermeras.

Zambia: para mostrar cómo los primeros esfuerzos en proporcionar incentivos a los médicos han logrado aumentar su permanencia en las zonas rurales.

Malí: para mostrar cómo los esfuerzos de una ONG han logrado la retención efectiva de médicos durante un período de 15 años.

III. EJEMPLOS DE PAÍSES

MALAWI

¿Qué se necesita para lograr que un país salga de la crisis de RHS? Malawi es uno de los 57 países con crisis RHS. Desde 2004-2009, el gobierno y los socios internacionales colaboraron en una respuesta de emergencia a los RH para librar al país de la crisis de los RHS. Este programa se evaluó en el año 2010. Los resultados se muestran a continuación ⁽¹⁵⁾.

El programa implementó una estrategia para mejorar los incentivos en la contratación y retención del personal sanitario en Malawi, ampliar la capacidad de formación interna en más del 50% global y utilizar a médicos voluntarios internacionales y enfermeras tutoras para cubrir los puestos críticos, mientras más recursos humanos nacionales fueran entrenados.

Las intervenciones fueron de gran envergadura y los resultados fueron impresionantes. De la inversión directa de cinco años de 95,6 millones de dólares americanos, aproximadamente 36% fue destinada un aumento salarial (sujeito a impuestos) de 52% para once cuadros profesionales. Como resultado, el número de trabajadores de salud aumentó significativamente. El número de médicos en particular aumentó de 43 en el 2004 a 265 en 2009, lo que representa un aumento de 516%; las enfermeras, que históricamente eran pérdidas a causa de la emigración, registraron un aumento de 39% en el mismo período.

Mientras la capacidad de entrenamiento aumentó para varios cuadros y la retención en sus puestos de trabajo mejoró con incentivos financieros o de otro tipo, la densidad de trabajadores de salud con relación a la población aumentó de 0,87 por mil habitantes en 2004 a

1,44 por mil en 2009, lo que representa un aumento del 83%. Este aumento superó el crecimiento de la población del 10% durante el mismo período, mostrando así una ganancia neta. Sin embargo, los nuevos niveles de densidad de trabajadores de la salud todavía estaban por debajo del promedio de la región de África (1,91 por cada 1 000) y de la media mundial (6,23 por cada 1 000) lo que muestra la profundidad de la crisis en Malawi.

Las ganancias en la densidad de los RHS produjeron un efecto tangible en los servicios de salud: un incremento del 49% en los servicios ambulatorios; 7% en cuidados prenatales; 15% en partos seguros; 10% en vacunación infantil y un aumento del 18% en el suministro de nevirapina para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Se estima que todos estos servicios han salvado 13 187 vidas.

Mirando hacia el futuro, se han previsto tres escenarios de costos. El primer escenario que simplemente mantiene las ganancias en los últimos seis años significará inversiones de \$43,5 millones en los próximos cinco años. El segundo escenario que registra un aumento adicional de 9 a 13% en el número de trabajadores requiere \$59,4 millones en los próximos cinco años. Mientras que el tercer escenario que muestra una pérdida de 5% de los trabajadores en los próximos cinco años costaría \$42,1 millones.

PERÚ

Perú es uno de los pocos países de América Latina que fue identificado por el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2006 como en crisis de RHS. Durante más de diez años, el país perdió a más de 1 400 médicos anualmente por migración al extranjero ⁽¹⁶⁾. Pero el país tomó una serie de pasos decisivos en abordar la crisis en los distintos niveles. En el plano nacional, los servicios de administración de personal y política de recursos humanos, planificación e información de desarrollo se pusieron bajo una dirección unificada. Al mismo tiempo, se estableció un Observatorio de los RHS a fin de aumentar la cantidad y la calidad de la información de RHS para la toma de decisiones y formulación de políticas. Así se fortaleció la administración de todo el sistema de desarrollo de recursos humanos.

El concepto de Equipos de Salud Familiar fue desarrollado con reformas de gran alcance en el nivel de desarrollo de los planes de estudio y la organización de equipos con distintas tareas asignadas a los médicos, enfermeras y otros miembros del equipo. Una de las intervenciones prometedoras fue fortalecer el servicio obligatorio para el personal recién graduados (SERUMS), que tienen que brindar atención en áreas rurales y marginales.

Algunos resultados mensurables ya se han demostrado a través de una reducción en la mortalidad materna en algunas partes del país como resultado de la reorientación del programa.

Como puede verse claramente en el gráfico, un aumento en la densidad de RH condujo a resultados visibles en la reducción de la mortalidad materna en dos provincias: Apurímac (reducción de 22%) y Ayacucho (reducción del 65%) mientras que permaneció estable en Huancavelica donde la densidad RH solo se incrementó comparativamente en una pequeña magnitud. Este estudio muestra que una reorientación del sistema de distribución de RH con unos incentivos puede impactar en los resultados de salud de un país rápidamente incluso cuando los recursos no aumentan significativamente ⁽¹⁷⁾ (Figura 2).

ETIOPÍA

Etiopía ha extendido su producción a 32 000 trabajadores de extensión de salud desde el 2005 a través de un curso de un año de duración antes de su incorporación a puestos de salud remotos. Estos trabajadores fueron observados por un supervisor clínico basado en un centro de salud.

En el 2009, se realizó una evaluación de impacto del programa de extensión de salud ⁽¹⁸⁾. El estudio que cubría 3095 hogares en las aldeas dentro y fuera del programa demostró que las áreas del programa tuvieron una proporción significativamente mayor de niños vacunados contra la tuberculosis, la poliomielitis, difteria-tos ferina-té-

tanos y el sarampión. El uso de mosquiteros tratados con insecticida para la prevención de la malaria fue también significativamente mayor en las aldeas del programa.

Donde el programa no ha demostrado hasta ahora ningún impacto es en los servicios de atención prenatal y postnatal. Parece que las madres embarazadas prefieren ir a sus abuelas y a otras parteras tradicionales, en lugar de confiar en la atención de los trabajadores de extensión de la salud.

La extensión de trabajadores de salud brinda la oportunidad de adquirir más capacitación y, eventualmente, convertirse en médicos de familia después de un cierto número de años. Cinco años desde el inicio de este programa, menos del 1% de estos trabajadores de extensión de la salud lo han abandonado (comunicación personal, Gebrekidan Mesfin, Oficina de la OMS de Etiopía).

BRASIL

En la década de los ochenta se reconoció en Brasil que su sistema de servicios médicos especializados, centrado en los hospitales urbanos, fallaba en satisfacer las necesidades de muchas familias que no podían pagar para acceder a los servicios. Al mismo tiempo, una escasez de escuelas de formación profesional había generado la presencia de más de 200 000 trabajadores asumiendo funciones de enfermería y técnicas de enfermería, sin la capacitación establecida por la ley. En 1988, el gobierno descentralizó el sistema nacional de

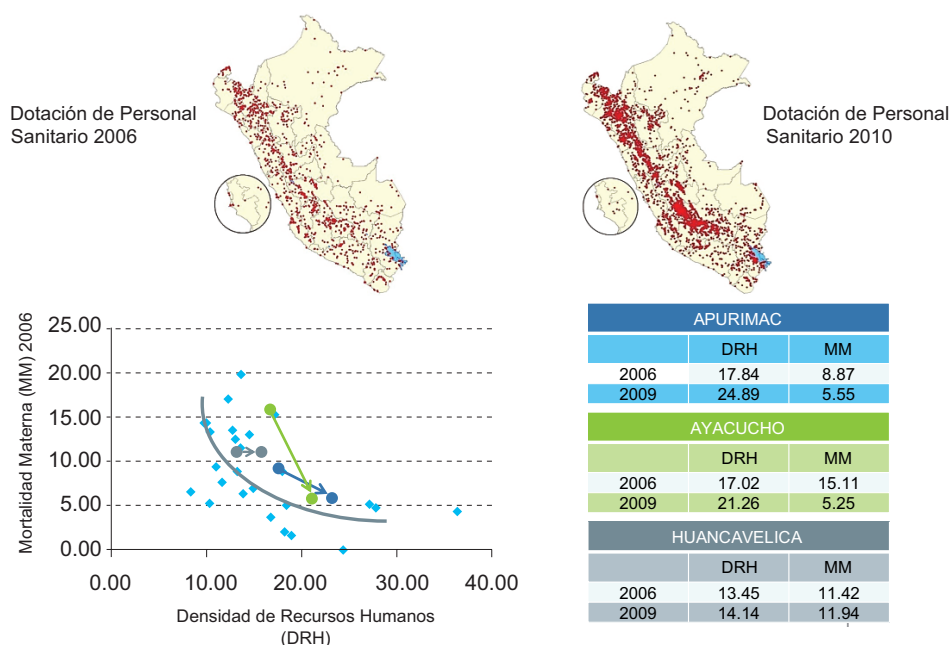


Figura 2. Correlación entre la densidad de los trabajadores de la salud en las zonas rurales y la tasa de mortalidad materna en el Perú ⁽¹⁷⁾.

salud con el objetivo de lograr el acceso universal a la atención primaria de la salud para todos los ciudadanos. Para satisfacer las necesidades de recursos humanos del nuevo sistema, el Ministerio de Salud aprobó una estrategia de capacitación de equipos de salud de la familia para atender a la población total del país (Programa de Salud de la Familia). Cada equipo, que cuida de 2 000 a 3 500 familias, se compone de un médico, una enfermera y hasta seis auxiliares de salud, como enfermeras auxiliares, trabajadores de salud de la comunidad y otros trabajadores de asistencia técnica ⁽¹⁹⁾.

El gobierno pretendía establecer finalmente 40 000 equipos de salud de la familia en todo el país para el año 2010. Para ello, el Gobierno presupuestó más de 700 millones de dólares entre 2000 y 2009. Para el 2007, aproximadamente 25 000 equipos de salud cubrían alrededor del 60% de la población brasileña.

En una evaluación, los municipios que estuvieron ocho años en el programa mostraron una reducción impresionante en las tasas de mortalidad infantil, de niños menores de cinco años, de adultos de 15 a 59 años y de personas de más de 59 años. En comparación con los promedios nacionales de 1993, las tasas de reducción para los grupos de edad mencionados fueron del 20, 25, 8,5 y 2,7% respectivamente ⁽²⁰⁾.

Además, la evaluación encontró un impacto favorable en el capital humano, expresado en el mejoramiento del trabajo, la educación de los niños y la fertilidad. Después de ocho años de implementación del programa, las comunidades presentaron un aumento del 6,8% en la oferta laboral de adultos, un aumento de 4,5% en la escolarización de los niños hasta la edad de 17 años y una reducción de 4,6% en la probabilidad de que las mujeres entre 18 y 55 años den a luz dentro de los 21 meses posteriores a su último embarazo ⁽²⁰⁾.

TAILANDIA

Tailandia tiene una de las experiencias más largas en enfrentar el desafío de retención rural. Durante los últimos 40 años Tailandia ha puesto en marcha un enfoque integrado para abordar el tema, que incluye el reclutamiento de estudiantes con orígenes rurales y un sistema de capacitación cerca de sus comunidades, un modelo denominado "entrenamiento local y servicio en ciudad natal" para enfermeras y médicos. Además, un enlace obligatorio con el gobierno se inició en la década de 1970 y se proporcionaron incentivos financieros y no financieros para los médicos en la práctica rural. Adicionalmente, el movimiento social de la asociación de médicos rurales respaldó firmemente la importancia de la salud rural y otros temas de importancia para la salud

pública. Todos estos esfuerzos combinados lograron reducir la diferencia en la densidad de los médicos entre Bangkok y la región más pobre del noreste de 21 veces en 1979 a 9,4 veces en el 2000 ⁽²¹⁾. A pesar de estos esfuerzos, la retención de médicos en las zonas rurales más allá del período de enlace sigue siendo un reto, dado que novedades como el turismo médico atraen a los médicos hacia la práctica urbana y especialización.

FILIPINAS

Filipinas tiene un fuerte sistema educativo en el sector privado basado en el mercado, que ha producido miles de enfermeras cada año. Esta producción proviene de 517 escuelas de enfermería muchas de las cuales fueron creadas para responder a la demanda local de educación en enfermería. Solo en el 2007, se generaron casi 60 000 licenciadas en enfermería. Los desafíos del país tienen varios aspectos: en primer lugar esta regular la producción excesiva de enfermeras para garantizar la calidad de los graduados; en segundo lugar está el proporcionarles suficientes empleos, ya sea localmente o en el extranjero; tercero es atrayéndoles a trabajar en las zonas remotas y rurales y, en cuarto lugar, establecer mecanismos para que enfermeras experimentadas que han trabajado en el extranjero retornen a continuar sus carreras.

El empleo en el extranjero ha sido la razón para que los jóvenes estudiantes sigan la carrera de enfermería. En el año 2000, un estimado de 163 756 enfermeras filipinas estaban trabajando en el extranjero, de las cuales 110 774 (67%) estaban trabajando en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En el 2000, 7 683 enfermeras emigraron y en el 2009 esta cifra fue de casi el doble (13 014). Las razones de migración han sido económicas. Una enfermera gana \$5 000 al mes en los Estados Unidos o el Reino Unido, casi 50 a 100 veces lo que ganaría en Manila (\$58-115 por mes) ⁽²²⁾.

En el 2008, en respuesta al excesivo número de enfermeras desempleadas, el Gobierno lanzó el programa de EASR (Enfermeras Asignadas en Servicio Rural). Los objetivos del programa eran abordar el desempleo, así como proporcionar enfermeras a los municipios más pobres del país. Inicialmente, se identificaron 1 000 zonas pobres en cada una de las cuales se asignarían cinco enfermeras seleccionadas durante el período de un año. Este período serviría como un tiempo de formación práctica en el campo después del cual podría seguir la oportunidad de empleo. El programa paga a la enfermera en entrenamiento un sueldo mensual de \$180. La supervisión de las enfermeras es realizada por el Departamento de Salud. La evaluación del programa está en curso ⁽²³⁾. Para el año 2009, un estimado de 400 000 enfermeras licenciadas no trabajaba en la profesión de enfermería ⁽²²⁾.

ZAMBIA

En el año 2003, para abordar el problema de la escasez y la mala distribución de los trabajadores de la salud en las zonas desatendidas, el Gobierno de la República de Zambia en colaboración con el Gobierno Real de Holanda comenzó a dirigir el Esquema de Retención de Personal Sanitario de Zambia (ERPSZ) para profesionales de la salud. El plan fue concebido inicialmente para reemplazar a los médicos holandeses bajo el acuerdo bilateral entre Zambia y los Países Bajos. La financiación para este esquema provino inicialmente del Gobierno de los Países Bajos. El plan ofrece incentivos financieros en forma de un subsidio por carencia, pago de estudios profesionales, fondo de préstamos para un auto o una casa y asistencia con formación de postgrado al final del contrato de tres años. Una revisión intermedia en el 2005 y la evaluación posterior del programa piloto mostraron que los 88 médicos fueron retenidos para el período de contrato de tres años y 65% renovaron para un segundo periodo de tres años. Como resultado, muchos distritos ahora cuentan por primera vez con un médico local. El costo promedio mensual del plan por médico es entre \$652-717 ⁽²⁴⁾. El esquema ha sido ahora ampliado para incluir otros tipos de trabajadores de la salud, otros donantes apoyan el plan a través del mecanismo común de financiación, creado por el Ministerio de Salud ⁽²⁵⁾.

MALÍ

Más de 100 médicos han recibido apoyo para realizar sus prácticas en zonas rurales y remotas, a través de un programa piloteado por la ONG *Santé Sud*, Francia, durante un período de más de 15 años. El programa está dirigido a médicos jóvenes urbanos desempleados. Ofrece un kit de instalación que contiene, por ejemplo, equipos médicos, paneles solares y, a veces, una motocicleta. La formación específica en medicina comunitaria y la membresía de una asociación profesional fueron útiles para reducir los sentimientos de aislamiento y fortalecer la capacidad de los miembros a participar en negociaciones colectivas. Estos médicos fueron pagados por una combinación de asociación público-privada y contratos basados en la comunidad, facilitados por la política de descentralización del país. Una evaluación de este programa realizado por la OMS en el 2008 encontró que en promedio, estos médicos se mantuvieron más tiempo en sus puestos de trabajo (4,5 años) en comparación con los médicos no apoyados por este sistema (2,5 años). Algunos médicos se mantuvieron por más de diez años ⁽²⁶⁾. Uno de estos jóvenes médicos fue recientemente distinguido durante el Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud con el premio especial de reconocimiento por su compromiso en servir a su comunidad rural.

IV. ¿CUÁLES SON LAS LECCIONES APRENDIDAS QUE PUEDEN AYUDAR EN LA ELIMINACIÓN DE LA CRISIS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD?

Las lecciones de los países muestran que con una buena planificación, las estrategias correctas y con los recursos suficientes, es posible revertir la crisis de RHS de un país en unos pocos años. Esto se muestra en los ejemplos de Malawi, Perú y Etiopía. Las lecciones de Brasil y Tailandia muestran que lo que hay que hacer para que un país no entre en una crisis, incluye voluntad política, inversiones adecuadas y una gestión eficaz a largo plazo. La lección de Filipinas muestra que una gran producción de trabajadores de la salud no necesariamente prestará servicios a la población marginada a menos que existan estrategias eficaces para atraer y mantener a los trabajadores de la salud en las zonas rurales. En este sentido, las lecciones de Malí y Zambia son alentadoras mostrando el éxito de estos países en sus esfuerzos actuales para atraer y retener a los médicos en las zonas rurales.

Para enfrentar la crisis de RHS en cualquier país, los fundamentos del ciclo de trabajo RHS permanecen válidos (Figura 3).

- 1) El círculo de entrada. Garantizar la producción de una adecuada cantidad de trabajadores de la salud tanto en número como en los tipos requeridos por la población. Se debe prestar atención a la calidad de educación de los trabajadores de la salud y a la pertinencia de la educación de trabajadores de salud a las necesidades de la población. Los desafíos en este ámbito tienen que ver con ligar la educación con la práctica y los empleos disponibles cuando los estudiantes se gradúan. Los mercados de educación y el mercado laboral para los trabajadores de salud no son fácilmente regulados y los desequilibrios entre la oferta de graduados y la demanda de ellos a menudo persisten.
- 2) El círculo del personal sanitario existente. Empleos que proporcionen los trabajadores de la salud un sentido de propósito y servicio, un salario adecuado, desafíos por superar, una línea de carrera, reconocimiento por su trabajo, pares y mentores para emular atraerán y retendrán a los trabajadores de la salud. Todo esto debe tenerse en cuenta en el diseño de los puestos de trabajo y las oportunidades especialmente en zonas remotas y rurales. En este sentido, las estrategias integrales son más efectivas que las intervenciones aisladas. La sostenibilidad es crucial y es necesario disponer de tiempo para la construcción de capacidades estables. Para abordar el enorme reto de atraer y retener a trabajadores de salud en las zonas rurales, la OMS emitió en 2010

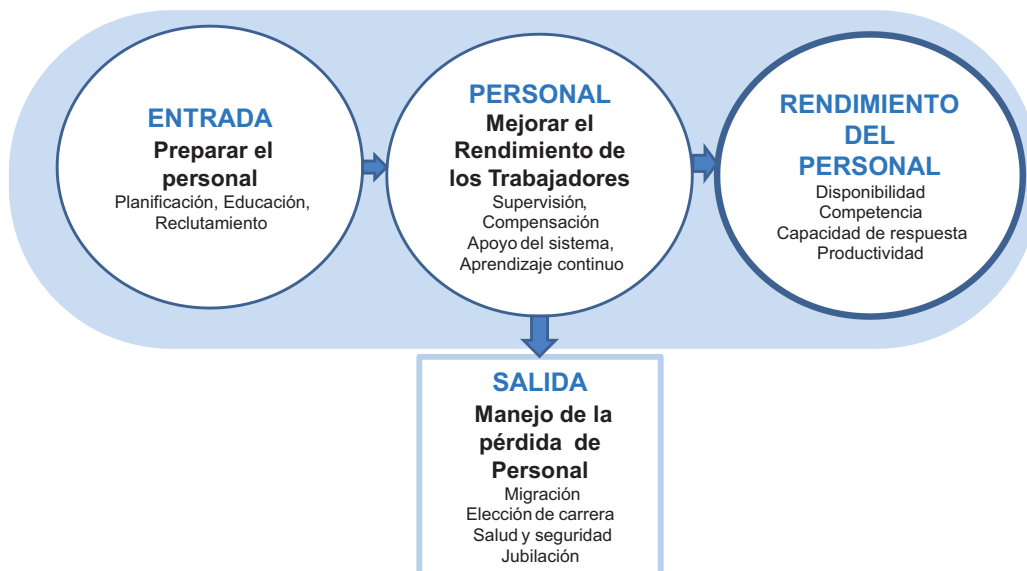


Figura 3. El ciclo de personal sanitario.

recomendaciones de política mundial para mejorar el acceso a los trabajadores de salud competentes en zonas remotas y rurales ⁽²⁷⁾. Estas directrices se basaron en las diversas experiencias de países así como un proceso exhaustivo y sistemático de revisión de la evidencia. Ahora la OMS está trabajando con socios para aplicar estas directrices en los países.

- 3) El círculo de salida. Los trabajadores de la salud pueden perderse por varias razones, incluyendo la jubilación, enfermedad, muerte y migración. Todos estos factores pueden ser controlados y previstos en cierta medida. La adopción del Código de Práctica para la Contratación Internacional del Personal Sanitario de la OMS no es solo un código ético que desalienta la contratación de personal sanitario de los países en crisis de RHS. También es una guía para abordar los fundamentos de la producción y la retención de los trabajadores de salud. Pero en sí, el código de la OMS no es una panacea.

La gestión eficaz del desarrollo de los RHS es fundamental para mantener el ciclo de trabajo en equilibrio, por lo tanto, son necesarias personas competentes para la planificación y administración tanto a nivel de gobierno, instituciones educativas y centros de servicio de salud. Más aun, organizar los datos para la planificación y la formulación de políticas es una prioridad. En los países pobres donde los recursos internos son insuficientes para proporcionar las inversiones apropiadas, la comunidad internacional de donantes debe proporcionar un apoyo eficaz y sostenido ⁽²⁸⁾.

V. CONCLUSIÓN

Este artículo ha mostrado los progresos en los esfuerzos globales y de países individuales en los últimos cinco a siete años. Ha presentado algunos países cuyos ejemplos son instructivos de cómo enfrentar retos de RHS. Estos países han hecho notables avances hacia la solución de la escasez y mala distribución del personal de salud. La documentación continua, evaluación de experiencias y compartir estas lecciones puede actuar como un estímulo para todos los países a aprender de estos y otros ejemplos.

Como pensamientos finales quisiéramos mencionar: las metas mundiales ayudan a establecer el ritmo, pero los procesos internos en los países son los que mayoritariamente determinan si se pueden alcanzar estos objetivos; los países progresan a su propio ritmo; la presencia de inversiones influye en el ritmo del progreso; para los países más pobres que carecen de los recursos para cambiar las cosas por sí mismos, los recursos adecuados y sostenidos de socios y organismos externos unidos a voluntad política y una gestión eficaz interna, son necesarias para alcanzar un progreso real.

Quedan muchos retos. Al afrontarlos, ¿Deberíamos renunciar a la idea de reducir un 25% el número de países en crisis de RHS para el 2015? Quizás todavía no, puesto que algunos países han demostrado que se puede lograr mucho en unos pocos años. Asimismo, en la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2011, los Estados Miembros aprobaron la resolución WHA64.6 que se refiere al fortalecimiento del personal

de salud (29). La resolución afirma la prioridad que los Estados Miembros dan al tema de recursos humanos para la salud. Esto nos permite ser optimistas. Nos mantendremos atentos a lo que traerán los esfuerzos en el desarrollo de RHS en los próximos cuatro años.

Contribuciones de Autoría

Todos los autores han participado en la concepción, redacción, revisión crítica y aprobación del documento final.

Fuentes de Financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prince Mahidol Award Conference. *Proceedings of Second Global HRH Forum*. January 27-29, 2011. Bangkok, Thailand; PMAC/GHWA/WHO/JICA; 2011.
2. World Health Organization. *The world health report 2006 – working together for health*. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
3. World Health Organization. *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries*. Resolution WHA57.19. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
4. Harvard University. *Human Resources for health: overcoming the crisis*. Joint Learning Initiative. Cambridge, Massachusetts: Press Global Equity Initiative; 2004.
5. World Health Organization. *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Resolution WHA63.16. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
6. World Health Organization. Margaret Chan, *Closing speech*. 63rd World Health Assembly, 2010. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
7. World Health Organization. *Rapid scaling up of health workforce production*. WHA59.23. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
8. World Health Organization. *Medium-term strategic plan 2008–2013*. Resolution WHA60.11. Geneva, Switzerland: WHO; 2007.
9. World Health Organization. *Medium-term strategic plan 2008–2013 Amended (draft)*. Geneva, Switzerland: WHO; 2009.
10. World Health Organization. *Medium-term strategic plan 2008–2013 Amended draft*. Geneva, Switzerland: WHO; 2009.
11. World Health Organization. *Memorandum of Understanding Global Health Workforce Alliance and WHO*. WHO internal document. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
12. World Health Organization. *Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey*. Human Resources for Health Observer Issue no. 6. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
13. Global Health Workforce Alliance. *Reviewing Progress, Renewing Commitment. Progress Report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action*. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
14. World Health Organization. *Draft Medium-Term Strategic Plan 2008–2013 Interim Assessment*. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
15. Department for International Development UK. *Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme. Final Report*. Cambridge: Department for International Development; 2010.
16. Gamero Requena, Julio Hernán. *Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina: un ejercicio de consolidación de documentos país*. Informe final. Lima; OPS; 2011.
17. Peruvian Ministry of Health. *National Observatory on Human Resources for Health*. Lima: MINSA; 2010.
18. Assefa A, Degnet A, Andinet D. *Woldemichaelb Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme*. *Journal of Development Effectiveness*. 2009;1(4):430-49.
19. Macinko J, Guanais, FC, Marinho de Souza, MF. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002*. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:13-9.
20. Rocha R, Soares R. *Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program*. IZA DP No. 4119. Bonn, Germany: IZA DP; 2009.
21. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. *Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience*. *Human Resources for Health*, 2003;1:12.
22. Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huang NL, et al. *Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services*. *Lancet*. 2011;377:769-81.
23. Republic of the Philippines. *Department of Labor and Employment* [Internet]. Manila, Philippines: Republic of the Philippines; c2009.
24. Koot J, Martineau T. *Mid Term Review. Zambian Health Workers Retention Scheme (ZHWRS) 2003–2004*. Zambia: ZHWRS; 2005.
25. World Health Organization. *Human resources for health innovations in Zambia: a case study of the Zambia health workforce retention scheme. Draft*. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
26. Codjia L, Jabot F, Dubois H. *Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali*. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
27. World Health Organization. *Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
28. World Health Organization. *Efficiency and effectiveness of aid flows toward health workforce development*. Human Resources for Health Observer no. 7. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
29. World Health Assembly. *Health workforce strengthening. Resolution WHA64.6*. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.

Correspondencia: Manuel M. Dayrit

Dirección: World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Suiza.

Teléfono: (41) 227-912428

Correo electrónico: dayritm@who.int