

ALIANZA MUNDIAL EN PRO DEL PERSONAL SANITARIO: AUMENTANDO EL IMPULSO PARA EL DESARROLLO DE PERSONAL DE LA SALUD*

Muhammad Afzal^{1,a,b}, Giorgio Cometto^{1,a,c}, Ellen Roskam^{1,b,d},
Mubashar Sheikh^{1,a,b}

RESUMEN

La *Alianza en Pro del Personal Sanitario* fue lanzada en el año 2006 para brindar una plataforma conjunta a los gobiernos, a las asociaciones de desarrollo, las agencias internacionales, las organizaciones de la sociedad civil, academia, el sector privado, las asociaciones profesionales y otros actores interesados, para trabajar juntos a fin de enfrentar la crisis global de los recursos humanos en salud. Cinco años después, la visión y el mandato de la Alianza aún son válidos. A pesar de los avances, como el ubicar a personal de la salud en el ruedo internacional de la política de salud, el aumento del conocimiento, las herramientas disponibles y las señales alentadoras de compromisos de muchos países, los cuellos de botella de la fuerza laboral de la salud siguen impidiendo a muchos sistemas de salud entregar servicios de salud esenciales y de calidad. América Latina no está libre de estos desafíos. En el 2010 el *Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud* permitió revisar el progreso, identificar brechas persistentes, alcanzar un consenso sobre soluciones y renovar el impulso para el compromiso de las inversiones y actuaciones urgentemente requeridas.

Palabras clave: Personal de salud; Política de salud; Sistemas de salud; Recursos humanos (fuente: DeCS BIREME).

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE: INCREASING THE MOMENTUM FOR HEALTH WORKFORCE DEVELOPMENT

ABSTRACT

The Global Health Workforce Alliance was launched in 2006 to provide a joint platform for governments, development partners, international agencies, civil society organizations, academia, private sector, professional associations, and other stakeholders to work together to address a global crisis in human resources for health. Five years later the vision and mandate of the Alliance still remain valid. Despite advances in bringing the health workforce to the fore in international health policy arenas, more available knowledge and tools, and encouraging signs of commitments from many countries, health workforce bottlenecks continue to prevent many health systems from delivering essential and quality health services. Latin America is not spared from the challenges. The 2010 Second Global Forum on Human Resources for Health provided an opportunity to review progress, identify persisting gaps, reach consensus on solutions, and renew the momentum for and commitment to acutely needed investment and actions.

Key words: Health personnel; Health policy; Health systems; Human resources (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

LA CRISIS DE LA FUERZA LABORAL DE LA SALUD

El personal sanitario es la columna vertebral de los sistemas de salud. Varios estudios han demostrado una correlación directa entre la disponibilidad del personal sanitario, cobertura de los servicios de salud y los indicadores de salud en la población ^(1,2).

Mientras que la agenda de la salud global tiende a estar enmarcada por enfermedades individuales (ej. VIH y SIDA, tuberculosis, malaria), conglomerados de enfermedades (ej. enfermedades no transmisibles) o condiciones afectando a grupos específicos de la población (ej. salud materna, neonatal, y pediátrica), los sistemas de salud nacional brindan los servicios de una manera integrada y están conformados por personal sanitario con responsabilidades que van más allá de las áreas de

*Traducción al español del artículo "Global Health Workforce Alliance: increasing the momentum for health workforce development". 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 Secretaría de la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

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

Recibido: 15-03-11 Aprobado: 06-04-11

servicios brindados. Como resultado, las deficiencias estructurales de los sistemas de salud afectan simultáneamente la capacidad para brindar equitativamente los servicios de salud de calidad a través del espectro de las condiciones de salud prioritarias.

La escasez de personal sanitario y los desequilibrios son los cuellos de botella más prominentes y amenazadores al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros proyectos de desarrollo en la salud. El reconocimiento de la deficiencia del personal sanitario para los programas del VIH y el SIDA en los países más afectados por la pandemia del SIDA surgió de inmediato después del comienzo de esfuerzos serios para ampliar el acceso a la terapia antirretroviral ⁽³⁾. El progreso en reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil es demasiado lento para alcanzar los ODM, en la mayoría de los países. Esta decepcionante tendencia está determinada por varios factores concomitantes y es evidente que el desequilibrio en la distribución del personal sanitario es uno de los más significativos ⁽⁴⁾. Dentro de la agenda emergente de ampliar los objetivos de los sistemas de salud en los países de ingreso mediano y bajo (PIMB) para incluir las enfermedades no transmisibles (ENT), la falta de personal sanitario ha sido identificado como una limitación clave ⁽⁵⁾. La insuficiencia del personal sanitario también afecta la preparación y reacción a las amenazas de seguridad global planteadas por las enfermedades emergentes y potencialmente epidémicas, incluyendo la influenza aviar, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), las fiebres hemorrágicas, además de los desastres de origen natural y humano ⁽⁶⁾.

A mediados de la década pasada, varias iniciativas relacionadas mejoraron el entendimiento de la gravedad e impacto de la crisis del personal sanitario. La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto (IAC), apoyada por la Fundación Rockefeller y otros donantes, fue lanzada en 2002 para examinar los problemas de los recursos humanos de salud (RHS) en mayor detalle, con el objetivo de mejorar la salud en varios países y con equidad dentro de diferentes regiones y estratos socioeconómicos dentro de países.

La IAC analizó tendencias en la disponibilidad y carencia de los recursos humanos, indicando que: *No hay suficientes trabajadores de salud, ellos no tienen las habilidades correctas ni las redes de apoyo y están demasiado forzados, estresados y muchas veces no están en el sitio apropiado.* También llevó a cabo consultas en países para identificar las mejores prácticas regionales y elaboró un informe estratégico sobre los recursos humanos globales para la salud ⁽⁷⁾.

El informe de la IAC fue seguido por un rango de discusiones de políticas y negociaciones para impulsar la

iniciativa. En febrero de 2005, una consulta de alto nivel en Oslo reunió interesados clave para elaborar un programa global de acción. Durante esta consulta, se tomó la decisión de crear una nueva asociación global. Para impulsar esta nueva iniciativa, se formó un grupo de trabajo técnico especializado, el cual desarrolló un Plan Estratégico durante el 2005 y a inicios del 2006 que luego llegó a ser la *Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario* (desde ahora referido como la "Alianza") ⁽⁶⁾.

Durante el Día Mundial de Salud 2006, la Organización Mundial de Salud (OMS) compartió sus conclusiones más críticas en su Informe Sobre la Salud en el Mundo (ISSM) de 2006, indicando una escasez grave de personal sanitario – una brecha mundial de 4 250 000 – agravado por la mala distribución, ejecución y calidad dispar, incentivos y remuneraciones insuficientes, condiciones de trabajo escasas y prácticas de gestión y apoyo inadecuados. El informe indicó que la problemática era global, pero la carga fue mayor en 57 países prioritarios abrumados por la pobreza y las enfermedades, los cuales fueron identificados por tener "escasez crítica." La escasez fue más aguda en la África subsahariana, la cual, pese a contar con el 11% de la población mundial y el 24% de la carga global de morbilidad, solo tiene 3% del personal de la salud mundial ⁽⁸⁾.

Al lanzar el ISSM de 2006, la OMS se propuso un plan de diez años para tratar la crisis, llamando al liderazgo nacional para formular e implementar urgentemente estrategias a nivel nacional a favor de su personal sanitario, apoyado por los socios del desarrollo. En este contexto, la Alianza fue lanzada oficialmente el 25 de mayo de 2006 en la 59.^a Asamblea Mundial de Salud en Ginebra.

EL MANDATO Y MARCO INSTITUCIONAL DE LA ALIANZA

El lanzamiento de la Alianza fue basado en el entendimiento que un número de interesados, dentro y fuera del sector de salud, están involucrados rutinariamente o pueden estar ocupados constructivamente, en procesos relacionados con el personal sanitario; la coordinación entre ellos es crucial no solo entre diferentes interesados del sector de la salud (ej., el gobierno, sector privado, sociedad civil, socios de desarrollo, etc.), sino también por diferentes sectores (salud, educación, finanzas, servicio civil, etc.). Mientras que no es posible que una sola organización pueda ofrecer todas las soluciones requeridas, una plataforma común para los interesados clave a colaborar, podría contribuir a tratar esta crisis mundial y multifacética (Figura 1).

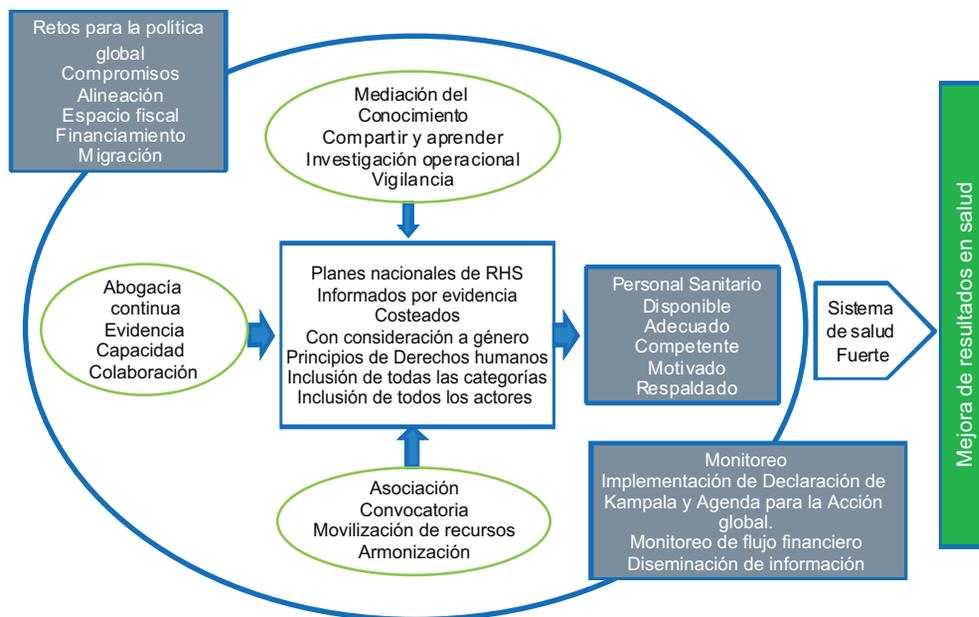


Figura 1. Marco conceptual del trabajo de la Alianza⁽¹⁰⁾.

La Alianza fue lanzada como una asociación mundial, con la visión que *Todas la personas en todos los lugares tendrán acceso a un trabajador de salud calificado, motivado, y respaldado, dentro de un sistema de salud robusto*. Su misión es: *Propugnar y catalizar acciones mundiales y a nivel de país para resolver la crisis de los recursos humanos en la salud, para apoyar el logro los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud y salud para todos*^(9,10).

A nivel operativo, la Alianza trabaja para:

1. Priorizar la crisis de los recursos humanos en la salud y de mantenerla en la agenda mundial por medio un rango de iniciativas de apoyo y de compromiso;
2. Mediar conocimiento y facilitar el compartir las mejores prácticas en los aspectos relacionados con el personal sanitario para respuestas basadas en la evidencia.
3. Convocar países, miembros, socios y otros interesados relevantes a trabajar juntos en encontrar soluciones a los desafíos del personal sanitario y facilitar su implementación efectiva.

Estas tres corrientes de trabajo (abogacía, mediación del conocimiento y convocatoria) convergen hacia el desarrollo, financiamiento, implementación y monitoreo inclusivos de los planes y estrategias del personal sanitario. El objetivo final es el acceso equitativo al personal sanitario para asegurar la entrega de los

servicios de salud esenciales para mejores resultados de la salud.

La Secretaría de la Alianza, encabezada por un Director Ejecutivo, está alojada en la sede de la OMS en Ginebra gracias a una relación especial regida por un Memorando de Entendimiento (MDE). La Alianza sigue los procedimientos jurídicos y administrativos de la OMS, pero funciona de forma independiente. La OMS no financia ni controla las operaciones de la Alianza⁽⁶⁾.

La Alianza está gobernada por una Junta compuesta por miembros de la misma Alianza, interesados clave en el desarrollo de los RHS y los principales socios de financiación⁽¹⁰⁾. La OMS, siendo un miembro fundador y socio especial en arreglos de sede, tiene un asiento permanente en la Junta. Otros miembros proceden de una gama de circunscripciones, incluyendo asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones académicas y los gobiernos. La Junta se reúne dos veces al año, establece las políticas y orientaciones estratégicas de la Alianza y supervisa la labor de la Secretaría.

MIEMBROS Y SOCIOS DE LA ALIANZA

Desde de enero de 2011, la Alianza tiene 301 miembros⁽¹¹⁾ y casi 30 socios de todo el mundo⁽¹²⁾, académicos, instituciones de investigación, fundaciones, los gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamen-

1 Members are the organisations that joined the Alliance through an application process.

2 Partners provide funding and other support and collaborate directly with the Alliance members and the Secretariat.

Tabla 1. Miembros de la Alianza, por circunscripción y por regiones geográficas.

Filiación de los miembros		Por tipo de organismo	
Por región de la OMS		Academia	92
Oficina Regional Europea (EURO)	74	ONG	95
Oficina regional para el Mediterráneo Este (EMRO)	21	Fundaciones	15
Oficina Regional para las Américas (AMRO)	84	Empresas privadas	25
Oficina Regional para África (AFRO)	61	Organizaciones profesionales	20
Oficina Regional para el Sudeste Asiático (SEARO)	37	Gobiernos nacionales	19
Oficina Regional Para el Pacífico Occidental (WPRO)	24	Sindicatos	1
		ONU	8
		Otros	26
Total	301	Total	301

tales y de sociedad civil, empresas privadas, asociaciones profesionales, sindicatos, organismos internacionales y redes de hospital (Tabla 1).

La membresía de la Alianza se obtiene por demostrar -a través de un proceso de aplicación- un compromiso institucional para resolver la crisis de personal sanitario y al fortalecimiento de los recursos humanos para la salud.

Una organización buscando membresía en la Alianza debe:

- Ser activa en el área de recursos humanos para la salud o un campo estrechamente relacionado.
- Estar de acuerdo con los valores y principios generales de la Alianza, como se refleja en su plan estratégico.
- Representar una institución, organismo o gobierno activo en áreas de prioridad de la Alianza.

- Apoyar activamente la consecución de la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional ⁽¹²⁾.

La Alianza está gobernada por una Junta que incluye a representantes de sus circunscripciones. Además, hay procesos de consulta con la más amplia base de miembros, por ejemplo a través de consultas virtuales o cara a cara, como en el caso de la reunión de plataforma de miembros realizada en enero de 2011.

Los miembros de la Alianza son independientes en sus operaciones y estrategias, pero tienen en la Alianza un vehículo compartido y una plataforma de colaboración. La verdadera fuerza de la Alianza no reside en la capacidad de la Junta o la Secretaría para llevar adelante el programa de RHS aisladamente, sino en la medida en que sus miembros y socios reconocen e impulsan comparten su visión y estrategia, así como en la asociación con los otros.

LOGROS Y OPORTUNIDADES

ATENCIÓN INTERNACIONAL

En los últimos años, los recursos humanos para la crisis de salud han pasado de ser un tema olvidado a uno de los temas más discutidos y visibles en los debates de la salud y el desarrollo. A partir de la IAC y el ISSM, la Alianza y sus miembros desempeñan un papel crítico para mantener y aumentar el impulso para el desarrollo de los RHS mediante una serie de iniciativas y eventos: en marzo de 2008, la Alianza organizó el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud en Kampala, Uganda ⁽¹³⁾. El foro llegó a un consenso de cómo acelerar la acción mundial y nacional sobre RHS, fortalecer la capacidad de aplicación de la acción sobre RHS en estos niveles y desarrollar asociaciones para trabajar en RHS como una red global. El Foro culminó con la adopción de la Declaración de Kampala y Priori-

Tabla 2: Las seis estrategias de las Prioridades para la Acción Internacional*

Prioridades
1. Construcción de un liderazgo nacional y global coherente para soluciones de fuerza laboral de salud.
2. Asegurar la capacidad para generar una respuesta informada basada en la evidencia y aprendizaje conjunto.
3. Ampliar escalonadamente la educación y la capacitación de trabajadores de la salud.
4. Retener un personal sanitario eficaz, con capacidad de respuesta y equitativamente distribuido.
5. Manejo de las presiones del mercado del personal sanitario internacional y su impacto sobre la migración.
6. Asegurar inversiones adicionales y más productivas en el personal sanitario.

* Incluyen la necesidad de establecer asociaciones mundiales, regionales, nacionales y locales para aplicar seis estrategias interconectadas dirigidas a abordar la crisis del personal sanitario.

dades para la Acción Internacional ⁽¹⁴⁾, que sirve como marco general para guiar el desarrollo del personal sanitario a nivel mundial (Tabla 2).

El Primer Foro Global y la posterior labor emprendida por la Alianza, progresivamente condujeron a mayor impulso y atención a los temas del personal sanitario. Un número de eventos internacionales y procesos en los últimos tres años han reflejado la importancia fundamental de fortalecer los sistemas de salud y al personal sanitario en particular, incluyendo las cumbres del G8 ⁽¹⁵⁾, las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre Financiamiento Innovador Internacional para los Sistemas de Salud ⁽¹⁶⁾, las actas de Conferencias Internacionales de SIDA ⁽¹⁷⁾, los eventos de *Women delivered* y Cuenta regresiva al 2015 (centrados en la salud materna, del recién nacido e infantil) ⁽¹⁸⁾ y las cumbres de la Unión Africana, cumbres y foros similares en otras regiones ⁽¹⁹⁾. La Cumbre de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio del 2010 de las Naciones Unidas y la Estrategia Global de la Secretaría General de las Naciones Unidas para la Mujer y las Salud de los Niños también claramente han destacado la importancia de fortalecer a los sistemas de salud a través de los RHS ⁽²⁰⁾. Más recientemente, el segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Bangkok, Tailandia, en enero de 2011 brindó una oportunidad para reconvocar a la comunidad global de los RHS para examinar los progresos desde el primer Foro Global y renovar el impulso y el compromiso con el desarrollo del personal de la salud ⁽²¹⁾.

MEDIANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE RHS

Aparte de la atención y la visibilidad del tema, una acción eficaz depende de aplicar soluciones de eficacia conocida. En este sentido, los últimos años han visto importantes orientaciones en la forma de evidencia, herramientas y marcos normativos para afrontar desafíos de personal sanitario a nivel nacional y transnacional.

Nueva evidencia ha destacado el potencial positivo de los promotores de salud local y los proveedores de salud de nivel medio para mejorar el acceso a los servicios esenciales de salud, una opción de política que puede contribuir a la retención de los trabajadores de la salud en las zonas rurales, sin afectar significativamente los costos ⁽²²⁻²⁵⁾. Actualmente, se dispone de guías basadas en evidencia sobre la retención del personal sanitario rural ^(26,27) y algunos aspectos de reasignación de tareas ⁽²⁸⁾. Gracias a la labor de los grupos de trabajo convocados por la Alianza ⁽²⁹⁾, una nueva orientación está disponible sobre la educación de trabajadores de salud, sentando las bases para el trabajo de una comisión de alto nivel que ha identificado las necesidades de

educación de trabajadores de salud en el siglo XXI ⁽³⁰⁾. Varias herramientas han sido elaboradas y diseminadas para facilitar el ciclo de desarrollo de personal sanitario en general ⁽³¹⁾ y otras más específicas sobre la planificación ⁽³²⁾, costos ⁽³³⁾ y monitoreo ⁽³⁴⁾ del desarrollo de RHS. En el plano normativo, se adoptó un código global de la OMS (el Código) ⁽³⁵⁾ de prácticas de contratación internacional del personal sanitario en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2010, proporcionando una oportunidad sin precedentes para los países a colaborar para enfrentar los desafíos de la "fuga de cerebros" a nivel internacional. Se han identificado las mejores prácticas en las funciones de una gama de RHS, tales como la promoción de sus RHS ⁽³⁶⁾, o factores que contribuyan a ambientes de trabajo con prácticas positivas y mayor satisfacción, rendimiento y retención de trabajadores de la salud ⁽³⁷⁾. El intercambio de información y evidencia han mejorado significativamente mediante el establecimiento de bases de datos dedicados a los RHS ^(38,39), comunidades de práctica y otros tipos de foros para el intercambio virtual ^(40,41).

COMPROMISO CON LAS SOLUCIONES A NIVEL NACIONAL

La atención global y la disponibilidad de herramientas y evidencia, sin embargo, no serán suficientes para corregir la crisis de personal sanitario a menos que sean respaldados por el liderazgo y el compromiso a nivel nacional. El liderazgo de gobiernos ejerciendo su función de administración es fundamental ⁽⁴²⁾. Un número de iniciativas de desarrollo de personal sanitario con éxito, demuestran cómo algunos países han tomado posesión de la agenda de desarrollo de RHS adoptando diversas combinaciones de las reformas de la política y las decisiones de inversión. Etiopía, Pakistán y Ghana, por ejemplo, intentan abordar la escasez y mala distribución de los médicos, enfermeras y obstetras dando prioridad a la capacitación y el desarrollo de trabajadores salud a nivel comunitario ⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. Mozambique, permite la realización de cesáreas por proveedores de salud de nivel medio, quienes realizan la mayoría de estos procedimientos que salvan vidas en las zonas rurales contribuyendo al mantenimiento de mortalidad y morbilidad bajas ⁽⁴⁶⁾. Ruanda ha mejorado la motivación y el rendimiento de su personal sanitario alineando las prioridades nacionales con los aumentos de salarios apoyado por donantes a través de una estrategia de financiación basada en resultados, que ha contribuido a la adopción de esenciales mejoras en la salud materna y servicios de salud infantil ⁽⁴⁷⁾. Brasil ha logrado profesionalizar cientos de miles de "agentes de enfermería" a través de un programa nacional llevado a cabo por decenas de instituciones de formación en los 27 Estados, contribuyendo a la reconfiguración de los

equipos de salud en los equipos de salud de la familia, un elemento esencial del Sistema de Salud Unificado de Brasil ⁽²⁹⁾.

Otros países han tomado medidas para abordar sistemáticamente la crisis de recursos humanos. Malawi, con el apoyo de aliados como el Departamento para Desarrollo Internacional (DPDI) del Reino Unido y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) han implementado un amplio Programa de Emergencia para los Recursos Humanos (PEPRH) que ha mejorado la disponibilidad, distribución y el rendimiento del personal sanitario y que ha permitido salvar 13 000 vidas ⁽⁴⁸⁾. Muchos países están tomando iniciativas similares y varios hicieron promesas concretas para impulsar el desarrollo de su personal sanitario en el contexto de la Estrategia Global de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y del Niño.

Reconociendo la necesidad persistente de apoyo financiero externo en algunos países de bajos ingresos, varios socios de desarrollo, incluyendo Japón ⁽⁴⁹⁾, el Reino Unido y el Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) ⁽⁵⁰⁾ han hecho compromisos específicos para formar nuevos trabajadores de salud. En un acontecimiento conexo, el Fondo Mundial, la Alianza GAVI, el Banco Mundial y la OMS están estableciendo una plataforma conjunta de financiación para los sistemas de salud ⁽⁵¹⁾, que tiene el potencial para crear nuevas oportunidades para financiar el desarrollo del personal sanitario.

La complejidad que apuntala la disponibilidad y rendimiento de personal sanitario exige respuestas integradas y coordinadas que presten la debida atención a cada paso crítico en la "cadena de suministro" de los trabajadores de la salud e involucran a todos los actores clave. Los ministerios de salud podrían fortalecer el desarrollo del personal sanitario trabajando más estrechamente con otros sectores (incluyendo educación, trabajo, administración pública, finanzas) y otros actores

no estatales dentro del sistema de salud (por ejemplo, instituciones académicas, los empleadores del sector privado, asociaciones profesionales y organismos reguladores, la sociedad civil, organizaciones internacionales y asociados para el desarrollo).

Para contribuir a un rendimiento de personal sanitario más integrado, coordinado e inclusivo, la Alianza lanzó un proceso de Coordinación y Facilitación de País (CFP) en una primera ronda de 17 países en crisis de todas las regiones. El proceso implica la prestación de apoyo a los mecanismos nacionales de coordinación de RHS para llevar a cabo una serie de funciones de manera efectiva (Tabla 3).

DESAFÍOS Y AMENAZAS

A pesar de signos alentadores de progreso en varios niveles, importantes desafíos persisten y son manifiestos en todas las áreas relacionadas con el desarrollo de personal sanitario. En términos de dirección a nivel nacional, la mayor atención no siempre se traduce en la dirección eficaz mediante la aplicación de estrategias realistas y basadas en las necesidades del personal sanitario, ni a través de la adopción coherente de políticas basadas en evidencia. Muchos países, por ejemplo, todavía no están explotando todo el potencial de delegación de funciones ⁽⁵²⁾. Del mismo modo, la funcionalidad y la inclusión de mecanismos de coordinación nacional para el desarrollo de RHS son desiguales. De igual importancia, información y datos sobre la disponibilidad de personal sanitario, distribución y el rendimiento no están disponibles sistemáticamente, dificultando la gestión eficaz y vigilancia del desarrollo del personal sanitario ⁽⁵³⁾.

En muchos países, especialmente en África y en situaciones de emergencia complejas, la capacidad de educación y entrenamiento es insuficiente para satisfacer la creciente demanda de trabajadores de la salud y el diversificado conjunto de habilidades que necesitan para

Tabla 3: Coordinación de país y facilitación de una respuesta integrada de RHS.

Funciones a realizar	
1.	Identificar prioridades de RHC como un componente esencial del desarrollo del sistema de salud.
2.	Establecer vínculos con todos los departamentos de sector público, instituciones privadas y la sociedad civil que participan en RHS.
3.	Promover el diálogo, compartir información y datos, facilitar el intercambio de mejores prácticas entre los actores claves involucrados en RHS
4.	Promoción de inversiones adecuadas de RHS de fuentes externas y las estrategias nacionales y presupuestos, tales como el marco de gastos de mediano plazo (MGMP) y los trabajos de estrategia de reducción de la pobreza (TERP).
5.	Apoyo a las negociaciones y arbitraje con diferentes socios sobre aspectos relacionados a RHS.
6.	Supervisión y evaluación de los progresos en el desarrollo de RHS con regularidad.

sobrellevar la doble carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Las condiciones de trabajo e incentivos en países de ingresos bajos y medianos (PIMB) son todavía insuficientes para asegurar la retención de los trabajadores de la salud en las zonas rurales. Mientras que se están aplicando medidas de mitigación en algunos contextos, no está claro, debido a la falta de información fiable y actualizada sobre distribución de personal sanitario, si estos tienen los efectos deseados.

La migración internacional del personal sanitario de países de ingresos medianos y bajos a países de altos ingresos continuará sin cesar (y podría empeorar, dadas las crecientes necesidades asociadas al envejecimiento de la población en los países de altos ingresos) si no se abordan de forma exhaustiva los factores de oferta y demanda que la determinan. El código proporciona un marco válido para hacerlo, pero su aprobación formal a la AMS por sí sola no creará un cambio real y sostenible.

La crisis económica global, las políticas macroeconómicas restrictivas⁽⁵⁴⁾, preocupaciones sobre la transparencia⁽⁵⁵⁾ y el potencial de adición⁽⁵⁶⁾ de asistencia para el desarrollo de salud pueden impedir las inversiones necesarias en el desarrollo del personal sanitario de fuentes nacionales e internacionales. Restricciones de gobernabilidad persistente en algunos contextos limitan la eficiencia y el impacto de las inversiones realizadas⁽⁵⁷⁾.

RHS: LA AGENDA PENDIENTE

Existen ejemplos individuales de progreso en la lucha contra la crisis de personal sanitario, junto con claros indicios de problemas persistentes. En términos de densidad y distribución de los trabajadores de la salud, la falta de datos confiables en bases de datos accesibles al público impide la elaboración de conclusiones firmes sobre si las situaciones generales y específicas de cada nación ha mejorado, desde que la crisis se destacó como un problema a mediados de los años 2000. De acuerdo con las estadísticas disponibles en el Atlas Mundial del Personal de la Salud, los 57 países de prioridad originalmente identificados por el ISSM de 2006 todavía quedan por debajo del umbral de 2,3 médicos, enfermeras y obstetras por cada 1 000 habitantes⁽⁵³⁾. Para la mayoría de estos países, sin embargo, los datos del informe son basados en el período 2004-2006. Los datos más recientes están disponibles para solo unos pocos países.

Para examinar el progreso realizado, fomentar la responsabilidad mutua, y facilitar la renovación y

fortalecimiento del compromiso para el desarrollo del personal sanitario, la Alianza realizó en 2010 un análisis del medio ambiente de gobernanza y política del personal sanitario en los 57 países prioritarios⁽⁵⁹⁾. Los resultados fueron publicados en 2011 y difundidos en el Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos en Salud, revelando las áreas de progreso y las que necesitan una atención renovada. Dos hallazgos claves revelan que menos de la mitad de los países encuestados informó implementar un plan de desarrollo del personal sanitario con una estructura de costo y basado en evidencia y que la disponibilidad de datos del personal sanitario es desigual y particularmente limitado en relación con el movimiento internacional de los trabajadores de la salud, una condición previa para la vigilancia eficaz del Código. El progreso de poner en práctica la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional, por lo tanto, es irregular, tanto en relación con los diferentes dominios de desarrollo del personal sanitario como entre países y regiones⁽⁶⁰⁾.

Aunque indudablemente, el África subsahariana es la región más afectada por la crisis de personal sanitario, otras regiones siguen siendo severamente afectadas: El sudeste asiático es la región que necesita el mayor número de trabajadores de salud adicionales, como consecuencia de la gran población-y de las necesidades de los trabajadores de salud-en países como Pakistán, India, Bangladesh e Indonesia.

América Latina también se ve afectada seriamente, y no está claro si está mejorando. El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y El Perú se cuentan entre los 57 países de prioridad afectados por una escasez crítica de personal sanitario. Entre estos cinco países, la crisis de personal sanitario de Haití es particularmente grave, con una muy baja densidad de médicos, enfermeras y parteras y limitado progreso en poner en marcha los mecanismos necesarios, políticas y estrategias para abordar el problema. En el otro extremo del espectro, la densidad de los médicos, enfermeras y obstetras en El Salvador y Perú están cerca al mínimo recomendado de 2,3 por cada 1 000 habitantes. El Salvador y El Perú también informaron de un entorno de política comparativamente más favorable para el desarrollo de RHS. Hasta el momento de la publicación del informe, Honduras y Nicaragua no habían respondido a la encuesta⁽⁵⁹⁾.

PASOS FUTUROS

El recientemente concluido Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud se renovó el compromiso con los principios de la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional y determinó un

conjunto de acciones necesarias para avanzar la agenda de desarrollo de RHS ⁽⁶¹⁾.

Para garantizar una acción coordinada y políticas coherentes en los sectores, se requerirá una respuesta de "todo el gobierno." Se deben reforzar mecanismos de gestión y coordinación para garantizar una respuesta de RHS que requiere que los interesados principales, incluyendo los del sector público y no público reconozcan su deber para crear mecanismos de colaboración, apoyo mutuo y responsabilidad. Debe reforzarse la capacidad de planificación y administración referente al personal sanitario de acuerdo con las necesidades del contexto local.

Existe una necesidad especial de fortalecer las capacidades nacionales para recoger, recopilar, analizar y compartir periódicamente datos de personal sanitario para informar a la formulación de políticas, planificación y gestión.

Formación de prepráctica de los trabajadores de la salud debe incrementarse en países que enfrentan la escasez crítica e incorporar las mejores prácticas y enfoques emergentes ⁽⁶²⁾.

Debería adoptarse políticas adecuadas y estrategias, incluyendo una remuneración justa, incentivos apropiados, acceso a los recursos necesarios, prevención de riesgos laborales y las prácticas de gestión de apoyo, para atraer y retener a los trabajadores con una adecuada combinación de conocimientos y habilidades para las zonas rurales y otras áreas marginadas. Tales políticas y estrategias deberían utilizarse para influir en los mercados de trabajo globales en favor de la retención de trabajadores de salud en los países de ingresos medianos y bajos. El rendimiento del trabajador de salud, en términos de productividad y calidad, también debe reforzarse mediante reglamento, acreditación y cumplimiento de normas nacionales, programas basados en competencias y programas de educación, supervisión y entornos que permitan una adecuada práctica

Se debe conseguir recursos suficientes para el desarrollo de la fuerza de trabajo de salud provenientes de fuentes nacionales e internacionales, garantizando la complementariedad de las últimas evaluando las restricciones de las políticas macroeconómicas así como las limitaciones nacionales de gobernabilidad y transparencia. Las inversiones necesarias y el apoyo deben ajustarse a las prioridades del país y sus planes nacionales de salud; tener una perspectiva a largo plazo; ser previsibles y flexibles y permitir la inversión en educación preprofesional, la remuneración y la mejora de las condiciones de trabajo para el personal sanitario ⁽⁶³⁾.

La naturaleza y la complejidad de estas tareas hacen evidente que solo una acción coordinada e integrada por un número de distintos constituyentes y actores interesados puede ofrecer este ambicioso programa de cambio. Dentro de este programa, la Alianza seguirá sirviendo como el principal defensor global, centro de la red, convocante y mediador de conocimiento para catalizar la acción para el desarrollo del personal sanitario a nivel nacional y mundial.

Contribuciones de Autoría

Todos los autores participaron en la concepción, elaboración, análisis crítico y aprobación del documento final.

Fuentes de Financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Anand S, Bärnighausen T.** Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *Lancet*. 2007;369(9569):1277-85.
2. **Anand S, Bärnighausen T.** Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*. 2004;364(9445):1603-9.
3. **Egger M, Boule A, Schechter M, Miotti P.** Antiretroviral therapy in resource-poor settings: scaling up inequalities? *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):509-12.
4. **Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al.** Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010;375:2032-44.
5. **Samb B, Desai N, Nishtar S, Mendis S, Bekedam H, Wright A, Hsu J et al.** Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2010; 376:1785-97.
6. **Global Health Workforce Alliance.** Negotiating for access to health workers for all. In: Sheikh M, Afzal MM (ed). *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. London: World Scientific/Imperial College; 2011.
7. **The Joint Learning Initiative.** *Human Resources for health. Overcoming the crisis*. Washington, DC: JLI; 2004.
8. **World Health Organization.** *Working together for health*. Geneva: WHO; 2006.
9. **Global Health Workforce Alliance.** *Alliance vision and mission*. Geneva: WHO; c2011.
10. **Global Health Workforce Alliance.** *Moving forward from Kampala - strategic priorities and directions of the Global Health Workforce Alliance: 2009 to 2011*. Geneva: WHO; 2008.
11. **Global Health Workforce Alliance.** *Alliance board*. Geneva: WHO; c2011.

12. **Global Health Workforce Alliance.** *Members and partners.* Geneva: WHO; c2011.
13. **Global Health Workforce Alliance.** *First global forum on human resources for health.* Kampala, Uganda: WHO; 2008.
14. **Global Health Workforce Alliance.** *The Kampala Declaration and Agenda for Global Action.* Kampala, Uganda: WHO; 2008.
15. **G8 Summit 2009 outcome declaration.** *Responsible leadership for a sustainable future.* Roma: G8; 2009.
16. **The International Health Partnership.** *Taskforce on international financing for health systems: constraints to scaling up and costs.* Geneva: IHP; 2008.
17. **International AIDS Society.** *Advancing evidence and equity: report on the XVIII International AIDS Conference.* Viena: AIDS; 2010 [citado el 15 de marzo de 2011] Disponible en:
18. **Countdown to 2015.** *Taking stock of maternal, newborn and child health.* New York: UNICEF; 2010.
19. **African Union.** *15th African Union Summit - Maternal, infant and child health and development in Africa.* Malabo: The African Union Commission; 2011.
20. **United Nations Secretary General.** *Global strategy for women's and children's health.* New York: WHO; 2010.
21. **Global Health Workforce Alliance.** *Second global forum on human resources for health.* Bangkok: WHO; 2011.
22. **Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al.** *Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3):CD004015.
23. **Global Health Workforce Alliance.** *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals - A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems.* Geneva: WHO; 2010.
24. **World Health Organization.** *Mid-level health workers The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes A literature review.* Geneva: WHO; 2008.
25. **Global Health Workforce Alliance.** *Mid-level health providers a promising resource to achieve the health Millennium Development Goals.* Geneva: WHO; 2010.
26. **World Health Organization.** *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention - Global policy recommendations.* Geneva: WHO; 2010.
27. **Dolea C, Stormont L, Braichet JM.** *Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas.* *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):379-85.
28. **World Health Organization.** *Task-shifting – global recommendations and guidelines.* Geneva: WHO; 2007.
29. **Global Health Workforce Alliance.** *Task force for scaling up education and training for health workers.* Geneva: WHO; 2009.
30. **Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al.** *Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission.* *Lancet.* 2010;375:1137-8.
31. **Global Health Workforce Alliance.** *HRH action framework.* Geneva: WHO; c2011.
32. **World Health Organization.** *Models and tools for health workforce planning and projections.* Geneva: WHO; c2011.
33. **Global Health Workforce Alliance.** *Resource requirement tool.* Geneva: WHO; 2008.
34. **WHO, USAID, World Bank.** *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries.* Geneva: WHO/USAID/World Bank; 2009.
35. **World Health Organization.** *WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel.* Geneva: WHO; 2010.
36. **Global Health Workforce Alliance** *Health workforce advocacy initiative.* Geneva: WHO; c2011.
37. **Global Health Workforce Alliance.** *Positive Practice environments Campaign.* Geneva: WHO; c2011.
38. **Capacity Plus.** *HRH Global Resource Center.* Washington: Capacity Plus; c2004.
39. **Global Health Workforce Alliance.** *Knowledge Center.* Geneva: WHO; c2011.
40. **Global Health Workforce Alliance.** *The HRH Exchange.* Geneva: WHO; c2011.
41. **HIFA 2015.** *Healthcare information for all by 2015.* Oxford: HIFA.
42. **World Health Organization.** *The world health report-health systems: improving performance.* Geneva: WHO; 2000.
43. **Phillips JF, Bawah AA, Binka FN.** *Accelerating reproductive and child health programme impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana.* *Bull World Health Organ.* 2006;84(12):949-55.
44. **Wakabi W.** *Extension workers drive Ethiopia's primary health care.* *Lancet.* 2008;372(9642):880
45. **Douthwaite M, Ward P.** *Increasing contraceptive use in rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Programme.* *Health Policy Plan.* 2005;20(2):117-23.
46. **Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A, et al.** *Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: Work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery.* *BJOG.* 2007;114:1530-3.
47. **Basinga P, Gertler P, Binagwaho A, Soucat A, Sturdy J, Vermeersch C.** *Paying primary health care centers for performance in Rwanda.* Washington: World bank policy research working paper; 2010.
48. **O'Neil M, Jarrah Z, Nkosi L, Nkosi L, Collins D, Perry C, Jackson J, et al.** *Evaluation of Malawi's emergency human resources programme.* Cambridge: Department for International Development; 2010.
49. **Ministry of Foreign Affairs of Japan.** *Japan's contribution to the G8 development agenda.* Tokio: Ministry of Foreign Affairs of Japan; 2009.
50. **Lantos T, Hyde HJ.** *United States global leadership against HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria reauthorization act of 2008. President's emergency plan for AIDS relief.* Washington, DC: Congress of the United States; 2008.
51. **England R.** *The GAVI, Global Fund, and World Bank joint funding platform.* *Lancet.* 2009;374:1595-6.
52. **Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpbier R, Shankar A.** *Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking interven-*

- tion coverage for maternal, newborn, and child health. Lancet. 2008;371:1284-93.
53. **Pick W.** Lack of evidence hampers human-resources policy making. Lancet. 2008;371(9613):668-74.
 54. **Stuckler D, Basu S, Gilmore A, Batniji R, Ooms G, Marphatia AA, Hammonds R, McKee M.** An evaluation of the International Monetary Fund's claims about public health. Int J Health Serv. 2010;40(2):327-32.
 55. **The Economist.** Cleaning up: can the global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria restore its reputation as the best and cleanest in the aid business? London: The Economist Group; 2011.
 56. **Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJ.** Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. Lancet. 2010;375(9723):1375-87.
 57. **Vujicic M, Ohiri K, Sparkes S.** Working in health - financing and managing the public sector health workforce. Washington, DC: The World Bank; 2009.
 58. **World Health Organization.** Global atlas of the health workforce. Geneva: WHO; c2003-2007.
 59. **Global Health Workforce Alliance.** Reviewing progress, renewing commitments - progress report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Geneva: WHO; 2011.
 60. **Sheikh M.** Commitment and action to boost health workforce. Lancet. 2011 Jan 24. [Epub ahead of print]
 61. **Global Health Workforce.** Outcome statement of the second global forum on human resources for health. Geneva: WHO; 2011.
 62. **World Health Organization.** Framework for action on inter-professional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2011.
 63. **Cometto G, Ooms G, Starrs A, Zeitz P.** A global fund for the health MDGs? Lancet. 2009;373:1500-2.

Correspondencia: Giorgio Cometto.
 Dirección: World Health Organization - Global Health Workforce Alliance. Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Suiza.
 Teléfono: (41) 22 791-2795.
 Correo electrónico: comettog@who.int.

Suscríbase en forma electrónica y gratuita a los contenidos de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, ingrese a www.ins.gob.pe, seleccione el ícono de la revista y envíenos sus datos.

The screenshot shows the homepage of the Instituto Nacional de Salud (INS). At the top, there is a navigation menu with links for 'INICIO', 'INTRANET', 'CORREO', 'MAPA DEL SITIO', 'ULTIMAS NOTICIAS', and 'CONTACTENOS', along with an 'ENGLISH VERSION' button. A search bar is located on the right side. Below the header, there is a main navigation bar with categories: 'Acerca del INS', 'Investigación en Salud', 'Salud Ocupacional y Ambiental', 'Laboratorios e Investigación en Salud Pública', 'Alimentación y Nutrición', 'Productos Biológicos', 'Salud Intercultural', and 'Control de Calidad de Medicamentos'. The main content area features a large image of the 'SEDE CHORRILLOS PARQUE CIENTÍFICO DE LA SALUD' and 'SEDE JESÚS MARÍA CENTRO DE CONVENCIONES'. Below this, there are sections for 'ÚLTIMAS INVESTIGACIONES Y EVIDENCIAS CIENTÍFICAS' (with a 'Ver Todas' link) and 'GALERÍA' (with a 'Ver Todas' link). The 'Últimas investigaciones' section includes articles like 'Distribución de serotipos del virus dengue Perú 2011' and 'La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú'. The 'Galería' section shows a photo of a group of people with the caption 'Imagen del día 2011'. On the right side, there is a sidebar with various links and services, including 'Portal del Transparencia', 'Gestión de calidad', 'Directorio Institucional', '30 marzo del 2011', 'Agregar a favoritos', 'Enviar a un amigo', 'Publicaciones' (with a link to 'Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública'), 'Comités del INS' (with a link to 'Comité Especial del Sistema de Control Interno'), and 'Centro'. At the bottom, there is a footer with links for 'CALENDARIO DE EVENTOS', 'NOTICIAS', 'CURSOS Y EVENTOS', 'PUBLICACIONES', and 'PRODUCTOS Y SERVICIOS'.