INSTITUTO RESULTADOS PARA EL DESARROLL

ALIANZA GLOBALPARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

GRUPO DE TRABAJO DE FINANCIAMIENTO

Qué Pueden Hacer Los Países Ahora: *Veintinueve Acciones para Expandir y Mejorar los Recursos Humanos en Salud*

Introducción:

Los trabajadores en salud juegan un rol fundamental en la entrega de los servicios de la salud y es el sector que representa el mayor costo en la provisión de servicios de la salud en países en desarrollo. Muchos de los países más pobres del mundo no han podido responder a las necesidades de la salud de sus poblaciones. Millones de personas mueren prematuramente, o sufren innecesariamente de una enfermedad o incapacidad, porque no existen Recursos Humanos en Salud (RHS) apropiados para proporcionarles servicios de salud.

Aún cuando la situación de la fuerza de trabajo en salud es compleja y responder a ella requiere de un compromiso a largo plazo de múltiples actores; existen acciones que los países pueden tomar **inmediatamente** para aliviar las condiciones de la salud de sus poblaciones.

Este documento presenta **siete** temas financieros y económicos que juegan un papel en el incremento de la fuerza de trabajo en salud y de su financiamiento. Luego enumera **veintinueve** acciones que las instancias normativas pueden implementar ahora mismo para responder a los problemas, independientemente de cualquier intervención de RHS a largo-plazo que esté ya en progreso.

Los siete temas están estrechamente conectados y son inter-dependientes. Algunos de ellos, tales como el espacio fiscal y financiamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud, son relevantes para las instancias normativas mundiales y socios de desarrollo, así como las instancias normativas a nivel de país. Otras, tales como la formación en servicio y pre-servicio, distribución, eficiencia, y la gerencia de recursos, son responsabilidad de las instancias normativas a nivel de país.

Los siete temas se basan en una revisión exhaustiva y síntesis de la literatura, resultado de investigaciones y la experiencia hasta ahora de los aspectos de financiamiento en relación al aumento y fortalecimiento de RHS, llevado a cabo por el Grupo de Trabajo de Financiamiento de la Alianza Global para los Recursos Humanos en Salud (GHWA por sus siglas en inglés) y documentado en el artículo "*Financing and economic aspects of health workforce scale-up and improvement: Framework Paper*."

TEMA UNO: ¿Cómo pueden pagar los países un incremento en el empleo de los RHS?

Por qué es importante

Los países de ingreso bajo enfrentan situaciones difíciles de escasez de recursos e imbalances dentro de y entre los sectores, mientras intentan llenar las necesidades básicas de sus poblaciones, incluidas entre ellas acceso a RHS formados y efectivos. Los países que deseen expandir el numero de RHS deben movilizar recursos y pagar los costos de: (1) El empleo de los RHS, incluyendo salarios, beneficios e incentivos (así como también la formación en servicio/desarrollo profesional); (2) Formación de pre-servicio de RHS; y (3) Gerencia de RHS.

La sostenibilidad a largo plazo del incremento de los RHS requiere que los recursos domésticos sean movilizados, muchas veces reforzados por recursos externos. La disponibilidad de los recursos humanos depende del producto interno bruto de los países (PIB); la habilidad del gobierno de capturar el PIB; la proporción de los ingresos del gobierno asignados al sector salud y la proporción del gasto de salud asignado a los RHS. Con frecuencia, los recursos domésticos disponibles son insuficientes para dar respuesta a los planes del gobierno para incrementar los RHS. El compromiso recientemente renovado por la comunidad internacional para aumentar la ayuda para apoyar a los países en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) deberá ayudar a reducir la brecha de financiamiento entre los recursos necesarios y los que están disponibles.

Mientras la voluntad de la comunidad internacional para proporcionar ayuda ofrece oportunidades para que los gobiernos aceleren el alcance de sus programas de RHS y lograr los ODM, los países también se enfrentan a retos para el manejo macroeconómico. Estos retos incluyen asegurar la sostenibilidad ante una situación de incertidumbre y variabilidad de la ayuda y las proyecciones económicas de largo plazo de cada país.

Qué pueden hacer los países:

1. ***Calcular el "espacio fiscal"/financiamiento gubernamental*** que podrá estar disponible para el empleo de RHS hasta alcanzar la fecha final de los planes de incrementar los RHS de los países (por ejemplo, 2015, si los planes están alineados con los ODM). Esto implica proyectar el financiamiento que con mayor probabilidad estará disponible al gobierno para el incremento de los RHS y que permitirá que el Ministerio de Salud compare el financiamiento disponible y necesario para cubrir los costos de RHS. El Ministerio puede tener diferentes razones detrás de éstas proyecciones de financiamiento y estimar escenarios "optimistas" y "pesimistas" sobre la disponibilidad de recursos para alcanzar los planes de RHS. Las "brechas" calculadas entre los planes de incrementar los RHS y el espacio fiscal probable podría ser utilizado en iniciativas de negociación entre el gobierno y/o con socios externos. Finalmente, el Ministerio podrá re-evaluar sus planes de RHS, basándose en los escenarios, para determinar si es posible adaptarlos al mismo tiempo que alcanzar las necesidades de RHS, entre ellos lograr los ODM y asegurar la atención de la salud para todos, pero a un menor costo, por ejemplo, por medio de medidas adicionales para mejorar la eficiencia de los RHS (Ver Cuadro 1 y las gráficas a continuación).

2. ***El Ministerio de la Salud puede utilizar el análisis del espacio fiscal para propósitos de abogacía.*** El cálculo de la brecha podrá ser utilizado para buscar recursos adicionales y así poder alcanzar los niveles de RHS planeados. Estos recursos podrán venir de prestamos al gobierno o de apoyo externo, o ambos. El Ministerio de Salud puede trabajar con otros defensores de la salud, entre ellos la sociedad civil y miembros de parlamento, para abogar por los recursos necesarios. Los Ministerios y socios también podrán solicitar recursos adicionales por medio de las iniciativas mundiales de la salud tales como el Fondo Global. A su vez, si los recursos adicionales no pueden ser alcanzados, el Ministerio puede ajustar sus planes

de incrementar los RHS en el corto plazo para reflejar sólo aquellos aspectos que pueden ser financiados, mientras trabaja para asegurar los recursos adecuados a largo plazo. Otro método para cerrar la brecha será incluir esfuerzos para mejorar la eficiencia de los RHS (ver el área cinco a continuación), o reducir la necesidad para RHS gubernamentales al aprovechar los RHS empleados en el sector privado (ver el área siete abajo).

Cuadro 1: Cómo calcular el espacio fiscal de los países

Información requerida

El cálculo del espacio fiscal deberá basarse en las siguientes variables:

1. Crecimiento económico
2. Absorción del gobierno del PIB
3. Proporción de los ingresos públicos asignados al sector salud
4. Proporción del gasto de salud asignado a los RHS

Fuentes de datos

El Ministerio de Finanzas y/o Economía podrá proporcionar los valores previstos para la primera variable y los valores actuales para las variables dos y tres. El número cuatro podrá ser proporcionado por la revisión de los presupuestos del Ministerio de la Salud y los reportes de datos. El Presupuesto Nacional podrá brindar información sobre las variables dos y tres.

Análisis de los datos/escenarios para las brechas de recursos

Basado en las variables mencionadas anteriormente, los Ministerios pueden estimar escenarios "base", "optimistas" y "pesimistas".

Por ejemplo, para estimar el escenario "base", el Ministerio puede tomar la información como es proporcionada por diferentes fuentes de datos. Para los niveles de financiamiento "optimistas", el Ministerio puede hacer suposiciones acerca del: crecimiento económico acelerado, mayor absorción del gobierno del PIB, mayor proporción de los ingresos públicos asignados al sector salud, y mayor proporción de gasto de salud asignados a los RHS para producir un numero máximo de espacio fiscal estimado. En una forma similar podrá ser desarrollado la estimación de un escenario "pesimista".

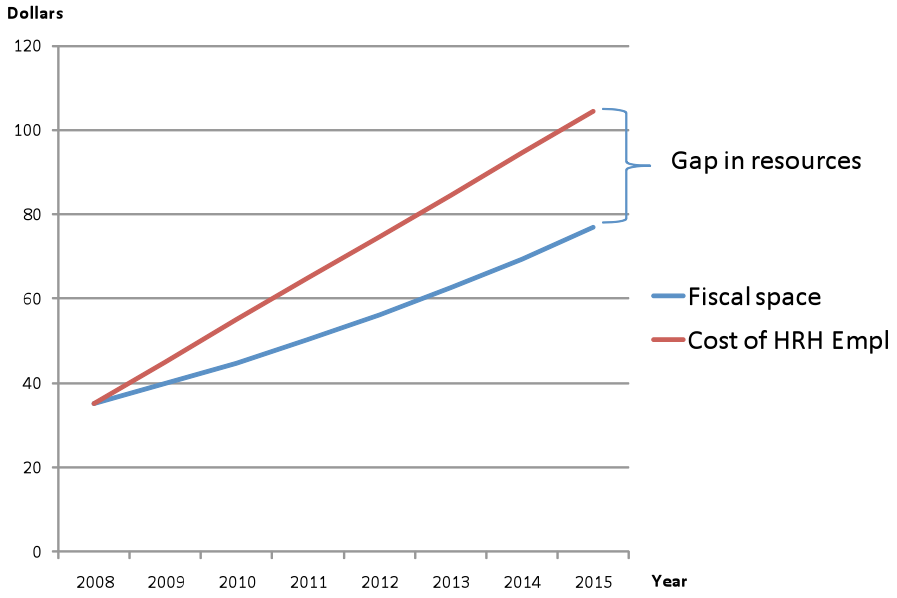
La comparación de escenarios "base", "optimistas" y "pesimistas" de recursos humanos disponibles podrán ser comparados con los costos del empleo proyectado/planeado de RHS. Esta comparación entre los recursos disponibles y requeridos mostrarían la brecha en el financiamiento necesario para lograr los planes de incrementar los RHS. El tamaño de la brecha, especialmente al final del periodo planeado, es un indicador de la sostenibilidad a largo plazo de los planes de RHS y las necesidades de apoyo externo.

Se recomienda que los países no se queden en estos cálculos iniciales, sino que los cálculos sean actualizados al menos una vez al año, para que los cambios en las circunstancias (por ejemplo, crecimiento económico más acelerado de lo esperado, absorción del PIB del gobierno más bajo que el esperado) puedan ser tomadas en cuenta y las implicaciones del espacio fiscal para el empleo de RHS pueda ser comprendido.

Un ejemplo de cálculo del espacio fiscal se muestra a continuación:

Categoría de datos	**Cantidad**
PIB 2008 (millón)	$5000
Costo del empleo de RHS en 2008 (millón)	$35,2
Costo del empleo de RHS en 2013 (millón)	$84,6
Tasa de crecimiento anual de PIB esperada	4%
Absorción del gobierno del PIB2008	15%
Absorción del gobierno del PIB 2013	16%
Proporción asignada al sector salud en 2008	10%
Proporción asignada al sector salud en 2013	14%
Proporción de gasto de la salud de RHS 2008-2013	47%

Espacio fiscal proyectado y costo del empleo de RHS:



TEMA DOS: ¿Como pueden los países financiar la inversión y costos fijos de producir los RHS necesarios?

Por qué es importante

Dada la reserva inicial, tasas de deserción y metas para incrementar los números y lograr una mezcla apropiada de habilidades de RHS, el sistema de educación médica de un país necesita producir los RHS deseados[1]

Existen costos fijos en la formación de pre-servicio de los RHS, en términos de salario para los profesores; proporcionar libros, laboratorios e instrumentos, equipo y el mantenimiento de establecimientos y equipo; pagar por los gastos de manutención de los estudiantes; y otros. Además, existen gastos de inversión que deben ser pagados (o tomados en cuenta). Cuando el incremento de los RHS requiere de un número suficiente de estudiantes para ser formados, tanto que sea necesario ampliar la capacidad física,[2] entonces nuevos edificios (aulas, oficinas de profesores, laboratorios, etc.) deberán ser construidos y pagados, ya sea como anexos a escuelas que ya existen o como escuelas completamente nuevas. Aun cuando ninguna nueva construcción sea necesaria, existe un costo de inversión a la formación en pre-servicio en términos de la amortizacion de las escuelas existentes que son utilizadas. La planta física y el equipo están disminuyendo en valor (perdiendo valor financiero y deteriorándose físicamente), en tal forma que requerirá de un reemplazo algún día, aun cuando no sea en el plazo inmediato de planificación financiera.

Las mismas dificultades que los gobiernos enfrentan con respecto al empleo es relevante para los costos de incrementar la formación en-servicio. Los gobiernos están limitados por lo que se le asigna por medio de los impuestos del PIB, por su voluntad de incurrir en prestamos, y, en algunos casos, por la disponibilidad y efectividad de los mecanismos dentro del país para compartir riesgos para la generación de financiamiento por parte de los usuarios de los servicios de la salud. Deben escoger cómo mejor asignar sus recursos entre sectores y entre necesidades dentro de los sectores. En términos prácticos, la asignación de los recursos del gobierno para la formación de pre-servicio de RHS se complica por el hecho que, en muchos países, algunos o toda la formación de pre-servicio de RHS es la responsabilidad del Ministerio de Educación o Educación Superior, no del Ministerio de Salud, que usualmente es responsable por el empleo de RHS del sector público. Esto significa que debe existir una coordinación entre los ministerios responsables para la formación de pre-servicio y del empleo, para que ambas entidades cuenten con recursos adecuados y armonizados.

---

[1] Algunas alternativas son enviar a los estudiantes a otros países para que sean entrenados o reclutar trabajadores de la salud de otros países, pero la mayoría de los países de ingresos bajos entrenan a casi todos sus RHS.

[2] Algunos , por ejemplo, Sudan, han organizado dos turnos en las escuelas para limitar la necesidad de más infraestructura física.

Qué pueden hacer los países:

3. ***Emprender el dialogo con el Ministerio de Educación y otros Ministerios relevantes.*** El costo elevado estimado de incrementar la formación de pre-servicio (FPS) significa que los ministerios de educación serán importantes socios para los Ministerios de la Salud y otros Ministerios[3] en un esfuerzo por lograr el incremento de los RHS. A menudo éstas alianzas no son tan fáciles como parecen, por lo que es mejor comenzar las discusiones sobre ellas en cuanto antes.

4. ***Investigar cómo puede contribuir el sector privado.*** Muchos países ahora cuentan con escuelas privadas de formación de pre-servicio de RHS, además de aquellas que son públicas. El proceso de planificación deberá considerar a los graduados de estas escuelas privadas y cunatos de ellos probablemente tomarán trabajos en el gobierno. Además, pueden existir maneras de facilitar o estimular la inversión en otro tipo de formación de pre-servicio privado para aliviar las limitaciones de la capacidad del sector público que de otra forma podrían constreñir el incremento de los RHS. **Por ejemplo, los gobiernos** podrían proporcionar procesos de aprobación y acreditación establecidos, ofrecer impuestos reducidos, o apoyo en términos de becas para los pagos de escolaridad de los estudiantes. Los gobiernos también podrían abrir las vías de comunicación y alianzas con escuelas privadas para desarrollar e implementar estrategias para asegurar que los graduados de estas escuelas puedan contribuir a lograr las necesidades de RHS en las áreas rurales y necesitadas, al desarrollar programas de becas y estrategias de reclutamiento dirigidas hacia poblaciones rurales o socialmente desatendidas, desarrollando un plan de estudios que se enfoque en las necesidades de atención primaria del área rural, y desarrollar programas de servicios y mentorías que permitan que los estudiantes aprendan y pasen tiempo trabajando en áreas rurales y desatendidas. A su vez, los gobiernos podrían buscar alianzas con actores del sector privado para fomentar contribuciones a la inversión en instituciones públicas.

5. ***Considerar políticas para requerir contribuciones de escolaridad*** de los estudiantes en las escuelas públicas de formación de pre-servicio para ayudar a cubrir los costos de pagar por la formación y la necesidad de expandir la capacidad, mientras a la vez también se ofrezcan programas de prestamos y donaciones complementarios para asegurar el acceso de todas las personas que aplican y que están académicamente cualificadas, independientemente de los recursos económicos familiares, para llevar a cabo la formación de los RHS.

6. ***Calcular y proyectar el costo de Formación Pre-servicio de los RHS*** necesario para responder a los objetivos de empleo de los RHS, como se observa en el Cuadro 2 y las gráficas respectivas.

7. ***Utilizar los costos proyectados para la abogacía.*** Asi comopara los costos de

---

[3] Algunos países colocan la "formación en enfermería" en un departamento ministerial específico bajo educación vocacional.

emplear recursos, la formación de pre-servicio de los RHS, con mayor probabilidad requerirá de inversiones nuevas significativas de los gobiernos y aliados de desarrollo. Los Ministerios de Salud y Educación, junto con los socios en la sociedad civil y parlamento, pueden abogar por los recursos necesarios interna y externamente, así como por medio de su influencia en el uso de financiamiento de iniciativas mundiales de salud.

8. ***Considerar innovaciones y estrategias que puedan hacer más costo-efectiva la formación de pre-servicio.*** Estas incluyen el uso de tecnologías de información y comunicación e inversiones y estrategias dirigidas hacia reducir la deserción de programas para disminuir los recursos invertidos en entrenar estudiantes que no se gradúan. Las estrategias para reducir la deserción podrían incluir ayuda financiera basada en necesidades, por ejemplo, garantizar y mejorar el hospedaje estudiantil, así como el apoyo y reforzamiento académico para aquellos estudiantes que se gradúan de la secundaria con una formación inadecuada.

9. ***Considerar el rediseño de los roles de trabajo y los métodos de formación en pre-servicio para responder a las necesidades especificas de país:*** Rediseño de trabajos para responder a las necesidades especificas del país, y el rediseño de la educación y formación para responder a las necesidades de los estudiantes, puede reducir en gran medida el costo y el tiempo de producción de RHS.

Cuadro 2: Como calcular los costos de la formación de pre-servicio de los países

Información requerida

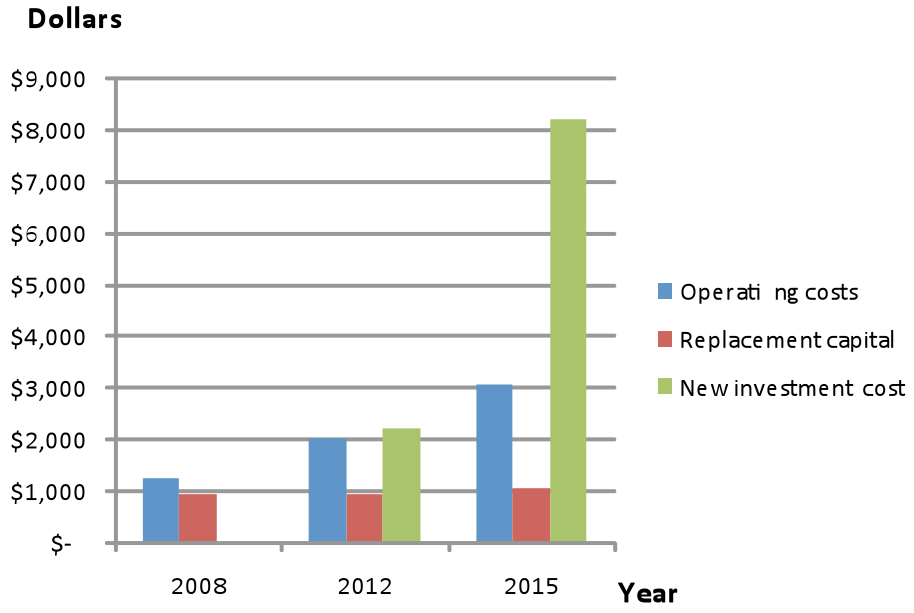
Los países necesitarán recolectar los datos que se presentan a continuación de todas sus instituciones de formación, de cada uno de los grupos de salud que la institución entrena.

- **PROYECCIONES PARA EL NUMERO DE GRADUADOS**
  - i. ¿Cuántos graduados producen cada año las instituciones de Formación Pre-servicio actualmente?
  - ii. ¿Cuántos graduados se necesitan para alcanzar los objetivos de empleo de RHS?
  - iii. ¿Cuántos graduados entran ahora al servicio de gobierno, servicio privado, emigran, o deciden no practicar?
  - iv. ¿Cuánto de la brecha entre los graduados necesarios para alcanzar los objetivos de empleo pueden ser logrados por la capacidad de formación en-servicio actualmente sub-utilizada?
- **INFORMACION SOBRE LOS GASTOS**
  - i. ¿Cuáles son los gastos fijos de las instituciones de Formación Pre-servicio (salarios de los profesores, laboratorios, útiles, bibliotecas)?
  - ii. ¿Qué **bienes** e **inversiones de capital** tienen las instituciones de Formación Pre-servicio?
  - iii. ¿Cuánto tiempo tienen las instituciones de Formación Pre-servicio? ¿Cuál es su vida útil esperada?
- **PROYECCIONES DE LOS GASTOS:**
  - i. **Para los gastos fijos:**
    1. ¿Qué planean hacer las instituciones de Formación Pre-servicio que pueda causar que cambien su estructura actual de gastos?
       - a. ¿Planes para mejorar los laboratorios?
       - b. ¿Planes para ajustar la razón de profesor por cada estudiante?
       - c. ¿Planes para proporcionar más libros, etc.?
       - d. ¿Planes para cambiar la proporción de profesores nacionales y expatriados?
       - e. ¿Se espera que cambien las tasas de deserción?
  - **ii. Para las inversiones de capital:**
    1. ¿Qué gastos de capital esperan tener las instituciones de Formación Pre-servicio en los siguientes años?
    2. ¿Cuál es la vida media esperada de las inversiones de capital?
    3. ¿Cuál es el costo de reemplazo de estas inversiones de capital?
- **INGRESOS**:
  - i. ¿Colectan las instituciones de Formación Pre-servicio ingresos de sus estudiantes y otros? ¿Cuánto?
    1. Ingresos directos:
       - a. De los pagos de cuotas y escolaridad de estudiantes
       - b. De donantes
       - c. Del gobierno
         - i. MOH
         - ii. MOE
         - iii. Otros Ministerios, por ejemplo, en Fortalecimiento de Capacidades
    2. Contribuciones en especie
       - a. Instructores voluntarios
       - b. Apoyo privado para los costos de vida de los estudiantes

Un ejemplo de cálculo de proyecciones de formación de pre-servicio de país:

Numero de RHS		2008	2012	2015
Graduados cada año		50		
	Ingresan al empleo privado	10	16	22
	Emigran o abandonan el sector	10	15	20
Graduados requeridos para alcanzar los planes de RHS		30	50	80
Capacidad de salida de Formación pre-servicio		70	70	70
Graduados adicionales requeridos		N/A	11	41

Suposiciones	Cantidad
Gastos de operación por cada graduado (000)	$25
Capital de Reemplazo según cada capacidad (000)	$13
Costo de inversión por cada capacidad adicional (000)	$200



TEMA TRES: ¿Qué mecanismos de retención se han intentado, cómo funcionan, y cuánto cuestan?

Por qué es importante

Cuando los países desean incrementar sus números de RHS, lo pueden hacer por medio de alguna combinación de: (1) producir más RHS; y (2) disminuir la deserción entre aquellos que ya están en el lugar y de los nuevos miembros en la fuerza de trabajo. La extensión de la deserción de los RHS afecta los números que se necesitan de los nuevos RHS y por lo tanto el financiamiento necesario para producirlos. La deserción está categorizada como: económica y natural.

La deserción económica se refiere al trabajador que ha dejado el sector salud para buscar oportunidades alternativas, tanto razones financieras (salarios más altos) y no-financieras (mejor formación o supervisión, otras condiciones de trabajo; mejor vivienda; etc.). Los RHS a veces encuentran esas oportunidades en el sector de la salud de otro país, o en otros sectores de su propio país (Desde el punto de vista de los gobiernos, un empleado del sector público que se traslade al sector privado es considerado como una deserción.) La deserción económica podría ser reducida al mejorar las condiciones en el sector original, haciendo la alternativa substancialmente menos atractiva. Por lo tanto, los incentivos financieros y no-financieros tienen sus costos.

La deserción natural se refiere a la fuerza de trabajo que se retira por razones de retiro, muerte (especialmente en un entorno de VIH/SIDA), y otras. Para disminuir la deserción natural, los países pueden aumentar su edad de retiro, proporcionarle a los trabajadores información sobre la prevención de enfermedades y asegurar su acceso a atención de la salud confidencial y comprensiva, y mejorar la seguridad ocupacional en el lugar de trabajo.

Las decisiones políticas y financieras pueden afectar la deserción y la retención. Ejemplos de esto incluyen políticas que se refieren a la edad de retiro y requisitos para servir en el sector del gobierno si la persona se ha beneficiado de formación de pre-servicio financiado por el gobierno. Las oportunidades de empleo, pago, beneficios, y condiciones de trabajo que se les ofrece a los RHS, puede afectar sus decisiones de: (1) permanecer en o dejar el sector salud; (2) escoger entre trabajar en el gobierno o un empleo privado; (3) permanecer o dejar el país; y (4) servir en áreas rurales o desfavorecidas versus ciudades o áreas relativamente privilegiadas.

Qué pueden hacer los países:

10. ***Examinar incentivos financieros y no-financieros alternativos y condiciones de trabajo que podrían reducir la tentación de emigrar.*** Pedirle a los RHS retroalimentación (por medio de encuestas o discusiones de grupos focales) sobre las condiciones de trabajo y las recompensas financieras que son importantes para ellos, para poder determinar las alternativas que podrán funcionar y ser costo-efectivas. Incluir entre las posibles alternativas arreglos de compromiso, donde se les requiere a los RHS que se han beneficiado de formación de pre-servicio subsidiado por el gobierno servir en un empleo del gobierno por un tiempo determinado después de su

graduación. Escoger incentivos y condiciones de trabajo que indican la mayor recompensa en términos de retención mejorada y calidad de atención por el menor costo. Es importante notar que muchas mejorías en las condiciones de trabajo, tales como la introducción de supervisión de apoyo también podrá tener un impacto significativo en la calidad de atención.

11. ***Considerar la adaptación de la formación de pre-servicio de los RHS*** para proporcionar las habilidades necesarias para la situación especifica del país, sin necesariamente proporcionar las habilidades que faciliten la emigración (como es el caso de Etiopía en la formación de trabajadores comunitarios en salud y en el programa "chicken doctor" de China).

12. ***Considerar las políticas cambiantes para edades de retiro obligatorio o beneficios de pensión completa luego de un número determinado de años de servicio.*** Incrementando o eliminando la edad de retiro obligatoria podría permitir que más RHS permanezcan en la fuerza de trabajo. Cuando se hayan prometido beneficios completos de pensiones después de un número determinado de años de servicio, podría considerarse injusto removerlos. Sin embargo, no hacer esta promesa para los nuevos empleados podría ayudar con la retención en el futuro. Para aquellos a quienes los beneficios de retención completa ya se han prometido, beneficios de pensión adicionales podrán ofrecerse si están de acuerdo en quedarse trabajando por más tiempo.

13. ***Investigar en la diáspora de RHS las condiciones que los podría traer de nuevo al país.*** (Note que en algunos países la diáspora de médicos, tales como en Nigeria, tienen asociaciones que pueden actuar como sus representantes.) Considere los costos de las condiciones en el caso que la diáspora de RHS regrese (y que recursos de inversión adicionales puedan traer con ellos).

14. ***Medir y monitorear las tasas de deserción de acuerdo al área.*** Las áreas que son importantes comparar incluyen geográfica (rural versus urbana) y sector (público versus privado). Esta información ayudará a las instancias normativas entender como las estrategias de retención actuales están funcionando y donde se necesita más acción, por ejemplo, para mejorar las condiciones de trabajo de RHS en las áreas rurales o incrementar la remuneración a los RHS en el sector público para permanecer competitivos con los proveedores privados.

TEMA CUATRO: ¿Cuánto costará lograr empleo equitativo?

POR QUÉ ES IMPortante

Muchos países tienen una distribución geogáfica (o despliegue) de RHS que pueden servir a aquellos de altos ingresos y muy pobremente sirve a los desfavorecidos, en contradicción con las prioridades de salud . Este es el caso para los RHS empleados por el gobierno y aquellos empleados en el sector privado.

Los gobiernos encaran muchos retos en el despliegue de RHS en áreas necesitadas. Podría parecer que el gobierno puede desplegar los RHS cuando lo deseen – para atacar la mayor fuente de morbilidad y mortalidad que usualmente significará colocar a los RHS en áreas rurales o barrios marginales en el área urbana. Sin embargo, los gobiernos se enfrentan a problemas prácticos en su intento de hacerlo, tales como: el alto nivel de deserción de los RHS asignados a áreas necesitadas; las dificultades de las protecciones del servicio civil en disciplinar los RHS que no se reportan a sus puestos; y sistemas de información de recursos humanos que son muy débiles para permitir que las instancias normativas sepan donde están desplegados los RHS.

Los RHS empleados en el sector privado son una parte importante de la distribución total de RHS. Los proveedores comerciales privados responden a la demanda del mercado en decidir donde colocar sus servicios (incluyendo sus RHS). Usualmente tienden a colocar sus RHS donde existen una concentración de ingresos o donde la provisión del gobierno esta baja en números o la calidad percibida. Las poblaciones urbanas usualmente tienen una mejor situación económica, pero los servicios proporcionados por el gobierno con frecuencia se consideran de baja calidad. Por lo tanto, existe una tendencia de los proveedores privados de enfocarse en las áreas urbanas – aunque esto no excluye completamente las áreas empobrecidas o rurales de la mayoría de los países. Las encuestas de hogares a menudo muestran que las personas pobres proporcionan la mitad o más del costo en pago inicial en salud para comprar los servicios privados. Los proveedores comerciales tienden a buscar los sectores desatendidos y, muchas veces, esto puede significar servir a los pobres.

Los establecimientos de referencia y hospitales de enseñanza están ubicados en áreas con poblaciones grandes, lo cual concentra a los RHS. Por lo tanto, un despliegue "perfectamente equitativo" de RHS es difícil de lograr. Sin embargo, un despliegue mas equitativo que el status quo en muchos países es altamente deseado, especialmente en la distribución de establecimientos de atención primaria de la salud y sus RHS.

Qué pueden hacer los países:

15. ***Reclutar RHS en pre-servicio con una mayor probabilidad de servir en áreas desatendidas.*** Identificar estudiantes utilizando los siguientes criterios, además de sus calificaciones académicas: (1) aquellos con una actitud positiva hacia el servicio rural y (2) aquellos que vienen de áreas rurales, para que una vez sean formados, los nuevos RHS con mayor probabilidad aceptaran y permanecerán en los puestos

rurales. A su vez, tomar otras medidas en el sistema de educación que pueden tener un efecto en la voluntad de los RHS de servir en las áreas desatendidas, que incluye también una reforma curricular para enfocarse en las necesidades de atención primaria de salud del área rural, y desarrollar mentorías y programas de servicio que permitan a los estudiantes aprender sobre y pasar tiempo en las áreas rurales o desatendidas.

16. Examine alternativas y después ***proporcione incentivos financieros y no-financieros a los RHS que se encuentran en áreas difíciles,*** tales como incentivos financieros, provisión de vivienda, acceso a la educación de los hijos, provisión de agua y electricidad, seguridad para RHS femeninos, etc. Una parte del proceso será preguntarle a los RHS (de nuevo, por medio de encuestas o grupos focales) cuáles son los incentivos más importantes para ellos. Otra parte del proceso podría ser estudiar qué incentivos proveen a los RHS en puestos difíciles, los proveedores privados, especialmente las ONG religiosas. Finalmente, podría ser importante monitorear cuidadosamente y evaluar el costo y nivel de éxito de los incentivos en lograr una retención mayor.

TEMA CINCO: ¿Qué medidas de eficiencia del desempeño de RHS funcionan? ¿Cuáles son las ganancias en eficiencia y efectividad y cuál es su efecto en la necesidad de RHS?

Por qué es importante

Los cálculos sobre la necesidad de RHS implícitamente hacen suposiciones sobre la productividad de los RHS – es decir, cuántas personas serán atendidos efectivamente por cada tipo de RHS. Si la productividad puede ser aumentada, entonces el mismo impacto de salud puede ser logrado con menos RHS. Claramente, esta en el mayor interés de los sistemas de salud maximizar la productividad de los RHS.

Para hacer una ganancia neta en el financiamiento sanitario, los esfuerzos de aumentar la productividad deben producir un mayor valor que los costos de los programas. Cuando la productividad crece, las ganancias financieras para los sistemas vienen de la necesidad de emplear y entrenar menos RHS para lograr una meta dada para la entrega de servicios.

Los dos métodos para incrementar la productividad son: (1) mejoras en la gerencia; y (2) mecanismos para hacer a los trabajadores responsables por el desempeño. Muchos sistemas de salud del gobierno le dan poca atención a la gerencia de los RHS. Por lo tanto, la motivación y moral están a veces bajos y la productividad sufre. Al mismo tiempo, la responsabilización por el desempeño dentro del gobierno es débil. Las reglas del servicio civil limitan la habilidad de ofrecer incentivos para el buen trabajo o sancionar el desempeño pobre por el abuso de recursos. Existen pocos mecanismos para considerar al gobierno en su rol de responsable por la cantidad o calidad del trabajo, o por la distracción de tiempo de trabajo en la practica privada, o en la venta

de medicamentos y suministros de parte del sector privado para su beneficio económico. El sector de la salud ha visto crecer el numero de experiencias a inicios del siglo XXI sobre la utilización de enfoques basados en el desempeño para el financiamiento del sector salud. Estos esfuerzos se han enfocado en incrementar el número de servicios proporcionados y mantener o mejorar la calidad de atención, pero ha brindado poca atención al efecto específico de los esquemas basados en el desempeño en los RHS.

Qué pueden hacer los países:

17. ***Examinar métodos alternativos para mejorar la responsabilización de los RHS,*** y luego escoger y aplicar aquellos que se observen como más prometedores dada la situación del país. Éstos pueden estar relacionados con la gerencia basada en el desempeño y la contratación, decentralización, mayor supervisión de los ciudadanos al desempeño, y organizar sistemas donde el financiamiento esta de acuerdo a los pacientes. Los sistemas de responsabilización también deberán considerar medidas para disciplinar y sancionar el pobre desempeño.

18. ***Asegurar que se les proporcione a los RHS el apoyo adecuado y herramientas para desempeñar su trabajo en la mejor medida***. Esto puede incluir proporcionar supervisión de apoyo y asegurar que los recursos adicionales estén disponibles, tales como medicamentos y suministros consumibles y equipo de trabajo.

19. ***Involucrar a los sindicatos y asociaciones profesionales de RHS*** (tales como asociaciones de doctores, enfermeras, o parteras) para que sean socios en desarrollar mecanismos de responsabilización, ya que se ha demostrado que los sistemas de responsabilización unilaterales podrían ser considerados como "impuestos" y por lo tanto pueden causar una oposición.

20. ***Conducir un análisis de cambio de tareas para estudiar si las habilidades de los RHS son compatibles con los trabajos que se les asignan.*** Donde las responsabilidades muestran una sobre calificación, cambio de tareas (con un re-entrenamiento apropiado donde sea necesario) es importante para los RHS con sólo las calificaciones requeridas. Esto puede implicar un gasto inicial para el re-entrenamiento, pero ahorros al largo plazo en costos de empleo.

21. ***Aprender sobre experiencias como el "Village Reach"para encontrar y eliminar desperdicios e ineficiencias en el uso de RHS en la cadena de producción y distribución para insumos de salud.*** Esto puede significar una contratación externa de algunas funciones, tales como el transporte de insumos o provisión de servicios tales como comida y lavandería para los hospitales.

TEMA SEIS: ¿Cuáles son los elementos claves necesarios para fortalecer la gerencia de RHS? ¿Cuánto se necesitará invertir?

Por qué es importante

La eficiencia y efectividad de los RHS esta afectada por la calidad de la gerencia de los recursos humanos. Tradicionalmente, los ministerios de salud no han dado la atención adecuada y proporcionado pocos recursos a la gerencia de RHS. En algunos países, los RHS no han sido manejados por los ministerios de salud, sino más bien por ministerios de servicio civil. Por lo tanto, hasta las funciones mínimas como el gerencia de la cantidad de la fuerza de trabajo de los RHS, sus habilidades y despliegues no se han hecho apropiadamente, si es que se hacen. Los mejores ministerios de salud se enfocan en un "despliegue de recursos humanos" que incluye la planificación y formulación de políticas de recursos humanos; educación, formación y desarrollo de habilidades; manejando la migración de personal de la salud capacitado; y abogacía.

El Capacity Project identifica los siguientes retos para la gerencia de los RHS por los gobiernos de países de ingresos bajos: (1) datos inexactos o incompletos sobre la fuerza de trabajo en salud; (2) números inadecuados de personal de la salud cualificado; (3) inconsistencias entre las habilidades de trabajadores de la salud requeridos y disponibles; (4) problemas de retención; (5) procesos de reclutamiento, empleo y desplazamiento lentos e inefectivos; (6) falta de políticas de apoyo; (7) sistemas de planificación y gerencia débiles; y (8) uso pobre de recursos financieros y materiales.

Qué pueden hacer los países:

22. ***Presupuestar y luego actualizar el empleo de los departamentos de RHS*** en los ministerios de salud ***y construir o desarrollar sistemas de gerencia de información.***

23. ***Obtener dirección sobre las funciones esenciales de un sistema de gerencia de RHS fortalecido*** e implementarlos. El Capacity Project, financiado por USAID, es una buena fuente de este tipo de dirección, otra es el Campus Virtual de Salud Pública o el Proyecto de Cursos Gratuitos de la Universidad de Western Cape.

24. ***Involucrar a los gerentes de RHS en los procesos de toma de decisiones de los Ministerios de Salud,*** incluyendo el análisis del efecto de todas las decisiones estratégicas en los RHS. Algunos ejemplos de esto incluyen el incremento en (1) tratamiento anti-retroviral, que probablemente tendrá implicaciones en RHS ya escasos, o (2) programas de prevención de malaria, tales como la distribución de redes tratadas con insecticidas y rociamiento de interiores con insecticidas, que podrían reducir la demanda por atención curativa.

25. Trabajar con las escuelas de administración de negocios y proveedores privados de servicios de salud para ***desarrollar módulos de gerencia de RHS que serán añadidos al currículo de gerencia de RR.HH.,*** para que tanto el gobierno como los proveedores de servicios de salud privados puedan emplear graduados con conocimiento y habilidades de gerencia de RHS.

TEMA SIETE: ¿Cómo pueden los RHS empleados en el sector privado afectar la disponibilidad y uso de servicios de salud? ¿Cómo puede la política de financiamiento de salud afectar los números, distribución, y desempeño de RHS empleados en el sector privado para contribuir a las metas y objetivos nacionales?

Por qué es importante

El sector privado es la fuente más importante de medicina y atención médica en una gran parte del mundo en desarrollo, y aun así los planificadores en los ministerios de salud frecuentemente brindan poca atención a los servicios proporcionados por el sector privados. Actores del sector privado pueden ser categorizados como: compañías con fines de lucro, organizaciones sin fines de lucro, empresas sociales, aseguradores, proveedores, y fabricantes de medicamentos y otros equipos de salud. Éstos actores del sector privado cuentan por hasta 50 por ciento de la provisión de atención de salud en el África Sub Sahariana (Conway et al., 2007). Calcular la proporción exacta de los RHS trabajando en el sector privado es difícil debido al pluriempleo[4] No existen cálculos mundiales y los números varían según el país, de tan poco como 20% hasta llegar a 70%.[5] Los proveedores comerciales privados de servicios de salud están concentrados en áreas urbanas, al igual que sus RHS. En muchos países, los proveedores privados sin fines de lucro buscan servir a los sub-atendidos, por lo que sus RHS con mayor certeza se encuentran mayormente en las áreas rurales y marginales.

Por lo tanto, pocos gobiernos tienen una imagen comprensiva de los números y distribución de RHS empleados en el sector privado, a pesar de su importancia en proporcionar servicios.

Además de trabajar en paralelo con el gobierno en ofrecer servicios de salud, los proveedores privados compiten con el gobierno por el empleo de los RHS. Una parte de la deserción económica de RHS del gobierno ocurre debido al empleo doméstico privado. Los empleadores privados tienen mayor flexibilidad que el gobierno en ofrecer salarios, condiciones de trabajo, y beneficios a los RHS. El empleo público a menudo tiene ventajas sobre el empleo privado en la forma de ofrecer mayor seguridad de trabajo, mejor oferta de beneficios de pensión, y, a veces acceso a mejor y más equipo. Los individuos entran en el pluriempleo porque intentan obtener las ventajas de trabajar para tanto el gobierno como los empleados privados. Las estrategias de retención del gobierno podrían beneficiarse al examinar lo ofrecido por el sector privado para disminuir la deserción de esos empleados, así como aprender las estrategias de los empleadores privados para reducir las perdidas de personal debido a la emigración.

---

[4] [4] El pluriempleo se refiere a la práctica del sector público de RHS trabajando en el sector privado en paralelo con sus puestos en el sector público.

[5] [5] Estos cálculos tienen diferentes formas de calcular el número de RHS en el sector privado: en algunos casos, los RHS mencionados sólo trabajan en el sector privado, mientras en otros casos, trabajan en ambos sectores.

Qué pueden hacer los países:

26. ***Monitorear la información de empleo*** que tenga que ver con el sector privado, incluyendo los números de RHS empleados, distribución geográfica, productividad, compensación, los servicios que ofrecen, y las poblaciones que atienden. Este tipo de información podrá brindar una imagen comprensiva de la situación general de los RHS, permitiendo el monitoreo de tendencias, y proporcionar información útil para idear iniciativas de políticas para influenciar la dirección de las actividades de RHS privados.

27. ***Utilizar datos sobre el empleo privado de RHS*** en la toma de decisiones con respecto al incremento de la formación en-servicio (ver el tema dos, mencionado anteriormente).

28. ***Estudiar y aprender de los proveedores privados*** sobre lo que hacen para: (1) retener los RHS ante los incentivos de emigrar y (2) distribuir exitosamente a los RHS en áreas geográficas difíciles.

29. ***Específicamente, considerar asistir o estimular el desarrollo de iniciativas privadas*** en las siguientes áreas:

    a. Formación de pre-servicio de los RHS (por ejemplo la creación o expansión de escuelas privadas para médicos, enfermeras, parteras u otras).

    b. Pago privado de escolaridad por la formación de pre-servicio (complementado por becas para estudiantes subsidiadas por el gobierno y programas de préstamos para asegurar el acceso para todos los estudiantes cualificados).

    c. Provisión de servicios de salud bajo contratos basados en desempeño, donde el empleador privado contrata, maneja y asegura las condiciones de trabajo necesarias para RHS apropiados.