

Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud



con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos

Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud

con aplicaciones especiales para los
países de ingresos bajos y medianos

Editado por Mario R Dal Poz, Neeru Gupta,
Estelle Quain y Agnes LB Soucat



**Organización
Mundial de la Salud**



EL BANCO MUNDIAL



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos / editado por Mario R. Dal Poz ... [et al].

1.Recursos humanos en salud. 2.Personal de salud - organización y administración. 3.Personal de salud - estadística. 4.Administración de personal. 5.Análisis cualitativo. 6.Países en desarrollo. I.Dal Poz, Mario R. II.Gupta, Neeru. III.Quain, Estelle. IV.Soucat, Agnes L.B. V.Organización Mundial de la Salud. VI.Banco Mundial. VII.Estados Unidos. Agencia para el Desarrollo Internacional.

ISBN 978 92 4 3 54770 1 (Clasificación NLM:: W 76)

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Las opiniones expresadas en la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores cuyo nombre se menciona.

Publicación también disponible en francés, inglés y portugués

Printed in France.

Diseño gráfico de Inis Communication – www.inis.ie

Contenido

Lista de cuadros, figuras y recuadros	.vi
Prefacio	.xi
Nota de agradecimiento	xii
Autores	xiii
Siglas y abreviaturas	xiv
Parte I: PANORÁMICA GENERAL	1
1 Seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades	3
1.1 Introducción	3
1.2 Iniciativas mundiales en materia de RHS y sistemas de información	4
1.3 Principales problemas y retos	8
1.4 El ciclo de vida laboral como marco para el seguimiento del personal sanitario	9
1.5 Sinopsis del manual	10
1.6 Información adicional y observaciones	11
Referencias	13
2 Límites de la fuerza laboral sanitaria: definición y clasificaciones de los trabajadores sanitarios	15
2.1 Introducción	15
2.2 ¿Quiénes son trabajadores sanitarios?	15
2.3 Clasificación del personal sanitario	16
2.4 Observaciones finales	23
Referencias	25
Parte II: SEGUIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA LABORAL	27
3 Seguimiento de la fuerza laboral sanitaria activa: indicadores, fuentes de datos y análisis ilustrativo	29
3.1 Introducción	29
3.2 Indicadores básicos para el análisis de los RHS: ¿qué debemos supervisar?	30
3.3 Panorámica general de las fuentes potenciales de datos	31
3.4 Análisis ilustrativo	35
3.5 Aspectos prácticos: gestión y uso de las fuentes de información sobre RHS	37
3.6 Resumen y conclusiones	39
Referencias	41

4 Marco y mediciones para el seguimiento de la entrada en la fuerza laboral sanitaria	43
4.1 Introducción.	43
4.2 Marco para el seguimiento de la entrada.	44
4.3 Cuestiones relacionadas con la medición	49
4.4 Resumen y conclusiones	54
Referencias	55
5 Seguimiento de las transiciones y salidas del personal sanitario	57
5.1 Introducción.	57
5.2 Marco para el análisis de las transiciones internas y las salidas de la fuerza laboral sanitaria	57
5.3 Indicadores y estrategias de medición	59
5.4 Análisis ilustrativos	61
5.5 Reflexiones finales: implicaciones para la formulación de políticas y la planificación	66
Referencias	68
Parte III: ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN Y ESTUDIOS DE CASOS	71
6 Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos	73
6.1 Introducción.	73
6.2 Qué hay que medir	74
6.3 Métodos de medición del gasto en RHS	75
6.4 Marcos de medición y aplicaciones	82
6.5 Resumen, conclusiones y próximos avances	87
Referencias	89
7 Uso de las evaluaciones de establecimientos en el análisis del personal sanitario	91
7.1 Introducción.	91
7.2 Cómo utilizar las evaluaciones de establecimientos para el seguimiento del personal sanitario	92
7.3 Panorámica general de los principales métodos para llevar a cabo EES	92
7.4 Limitaciones de los métodos de EES para la obtención de datos sobre RHS	98
7.5 Ejemplos empíricos basados en datos de EES.	100
7.6 Resumen y conclusiones	113
Referencias	116
8 Uso de datos de censos de población para el análisis de género del personal sanitario	119
8.1 Introducción.	119
8.2 Importancia de las consideraciones de género en el análisis del personal sanitario	119
8.3 Uso de datos censales para el análisis del personal sanitario	120
8.4 Análisis empírico	122
8.5 Resumen y conclusiones	127
Referencias	128

9	Uso de fuentes de datos administrativos para el análisis del personal sanitario: experiencia multipaíses de aplicación de sistemas de información sobre recursos humanos	129
9.1	Introducción.	129
9.2	Recomendaciones para las primeras etapas del desarrollo de un sistema de información sobre recursos humanos	130
9.3	Estudios de casos de países	136
9.4	Conclusiones	141
	Referencias	145
10	Guía selectiva del uso de métodos cualitativos para comprender la problemática del personal sanitario	147
10.1	Introducción	147
10.2	Utilidad y potencial de los métodos cualitativos.	148
10.3	Aspectos prácticos del diseño y la aplicación de un estudio cualitativo	150
10.4	Resumen.	163
	Referencias	164
11	Análisis y síntesis de la información sobre recursos humanos para la salud a partir de múltiples fuentes: estudios de casos	167
11.1	Introducción	167
11.2	Identificación de posibles fuentes de información y su uso para estimar indicadores de la participación en el mercado laboral sanitario de México	167
11.3	Uso de varias fuentes de información para obtener estimaciones óptimas del personal sanitario de la India	171
11.4	Triangulación de datos de dos fuentes distintas para el seguimiento del absentismo y los «trabajadores fantasmas» en el personal sanitario de Zambia	172
11.5	Resumen y conclusiones	175
	Referencias	176
	Parte IV: DIFUSIÓN Y USO DE LOS DATOS	177
12	Aplicación de la información y las pruebas científicas a la formulación de políticas y a la práctica: estrategias y mecanismos	179
12.1	Introducción	179
12.2	Estrategias para aplicar las pruebas científicas a las políticas y las prácticas	180
12.3	Los observatorios del personal sanitario como mecanismos para orientar la agenda de los RHS.	182
12.4	Posibilidades y orientaciones futuras	186
	Referencias	192
	Organismos editores del manual	194

Lista de cuadros, figuras y recuadros

CUADROS

Cuadro 2.1 Marco para definir el personal sanitario	16
Cuadro 2.2 Niveles de educación y formación relacionados con las profesiones sanitarias según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE-1997)	18
Cuadro 2.3 Campos de formación profesional relacionados con la salud según el manual <i>Fields of training</i> [Campos de formación]	19
Cuadro 2.4 Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008	20
Cuadro 2.5 Sectores económicos relacionados con actividades sanitarias según la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas, cuarta revisión	23
Cuadro 3.1 Algunos de los principales indicadores para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud	32
Cuadro 3.2 Fuentes potenciales de datos para el seguimiento del personal sanitario	34
Cuadro 3.3 Algunos indicadores y medios de verificación para supervisar la aplicación y el uso del sistema nacional de información y seguimiento de los RHS en la toma de decisiones	40
Cuadro 4.1 Principales indicadores y medios de verificación para medir la entrada en la fuerza laboral sanitaria	50
Cuadro 5.1 Fuentes potenciales de datos sobre transiciones y salidas del personal sanitario	60
Cuadro 5.2 Cifras anuales de enfermeros formados en el extranjero que obtienen la autorización nacional para ejercer en el Reino Unido, 1998–2007 (principales países de origen fuera del área económica europea)	62
Cuadro 5.3 Estimaciones de las pérdidas anuales debidas a la mortalidad de trabajadores sanitarios menores de 60 años en algunos países de la Región de África de la OMS, basadas en un análisis de tabla de mortalidad	64
Cuadro 6.1 Distribución porcentual del gasto por tipo de agente de atención de salud, cuentas de salud de México, 1995	83
Cuadro 6.2 Distribución porcentual del gasto por principales proveedores, cuentas de salud del Perú, 2000.	84
Cuadro 6.3 Componentes de la remuneración en el cuadro de utilización (destino) de la cuenta de ingreso, Sistema de Cuentas Nacionales	85
Cuadro 6.4 Cuadro de oferta y utilización de las cuentas nacionales de Sudáfrica, 2002 (millones de rands, presentación parcial)	86
Cuadro 7.1 Número estimado de nuevos graduados que se incorporan a la fuerza laboral sanitaria de establecimientos de salud del sector público, por estamento profesional, Nigeria 2005	101
Cuadro 7.2 Número y densidad de trabajadores sanitarios de establecimientos por estamento profesional, CES de Zambia 2006	102
Cuadro 7.3 Media del número de trabajadores sanitarios por tipo de establecimiento y por estamento profesional, Kenya 2004	103
Cuadro 7.4 Número de trabajadores sanitarios en plantilla actualmente, número recomendado por la norma de dotación de personal y número solicitado por los gestores del establecimiento para cumplir la norma, por estamento profesional, Kenya 2004	104

Cuadro 7.5 Porcentaje de establecimientos que declaran tener al menos un trabajador sanitario cedido, por estamento profesional y autoridad responsable de la gestión del establecimiento, Kenya 2004	106
Cuadro 7.6 Combinación de capacidades de los trabajadores sanitarios de establecimientos por tipo de establecimiento, Kenya 2004	106
Cuadro 7.7 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios con puestos en establecimientos sanitarios, por autoridad responsable de la gestión y por grupos profesionales, Kenya 2004	107
Cuadro 7.8 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios de establecimientos sanitarios y de la población total por región geográfica, Kenya 2004	108
Cuadro 7.9 Mediana del número de años de servicio en el puesto de trabajo actual entre trabajadores sanitarios de establecimientos, por tipo de establecimiento y autoridad responsable de su gestión, Kenya 2004	110
Cuadro 7.10 Porcentaje de trabajadores sanitarios de establecimientos que tienen descripciones escritas del puesto de trabajo, perciben oportunidades de ascenso y reciben incentivos no monetarios, por estamento profesional y por tipo de establecimiento, Kenya 2004	111
Cuadro 7.11 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios de establecimientos por número de horas trabajadas normalmente por semana y estamento profesional, Kenya 2004	112
Cuadro 7.12 Comparación del aumento de efectivos de personal sanitario en el sector público a partir de nuevos graduados con la tasa de pérdida de efectivos, Nigeria 2005	114
Cuadro 8.1 Países y fuentes de datos censales	121
Cuadro 8.2 Distribución porcentual del personal sanitario por sexo y por ocupación, según datos censales de 13 países (en torno a 2000)	123
Cuadro 8.3 Razón de sexos (mujeres:hombres) por niveles de instrucción en el personal sanitario y en toda la población, según datos censales de algunos países (circa 2000)	125
Cuadro 8.4 Estimaciones de la pérdida intercensal de efectivos del personal sanitario por sexos en Tailandia, censos de 1990 y 2000	126
Cuadro 9.1 Algunos indicadores y metas de desempeño del sistema de información y seguimiento del personal sanitario en Sudán, 2006–2007.	139
Cuadro 9.2 Algunos indicadores, y sus correspondientes criterios, utilizados para evaluar el desempeño del sistema de información y seguimiento de los RHS en Brasil	141
Cuadro 9.3 Algunos indicadores y resultados de la evaluación del impacto institucional del sistema de información y gestión de los RHS en el Brasil	142
Cuadro 10.1 Comparación entre los métodos cualitativos y los cuantitativos	149
Cuadro 10.2 Ejemplos de investigaciones cualitativas sobre personal sanitario	151
Cuadro 10.3 ¿Grupos de discusión o entrevistas individuales?	154
Cuadro 11.1 Preguntas sobre educación y actividad laboral incluidas en los censos de población y los conteos intercensales nacionales de México, 1995–2005	168
Cuadro 11.2 Efectivos y distribución del personal médico y enfermero por situación en el mercado de trabajo, basado en datos censales y de encuestas de México, 2000	170
Cuadro 12.1 Funciones de los principales interesados en apoyo del observatorio nacional de RHS del Sudán	187
Cuadro 12.2 Influencias de algunos logros del Observatorio Brasileño de Recursos Humanos para la Salud sobre los procesos de políticas	189

FIGURAS

Figura 1.1 La dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral	9
Figura 3.1 Efectivos y flujos del personal sanitario	29
Figura 3.2 Distribución geográfica de los efectivos del personal sanitario (por 100 000 habitantes), censos de Viet Nam y México	36

Figura 3.3 Evolución de la distribución de los trabajadores en los servicios de salud por principales grupos profesionales, 1997–2004	37
Figura 3.4 Distribución de los salarios de los trabajadores sanitarios según su origen y la autoridad responsable de operar el establecimiento, evaluación de establecimientos sanitarios de Rwanda, 2006.	37
Figura 3.5 Composición del personal de enfermería de Kenya por sexos y capacidades, base de datos del Consejo de Enfermería de Kenya, 1960–2005.	38
Figura 4.1 Marco para el seguimiento de la entrada en el personal sanitario	45
Figura 5.1 Transiciones dentro de la fuerza laboral y salidas de ella: marco para el análisis	58
Figura 5.2 Número de enfermeros y médicos de origen extranjero en 24 países de la OCDE por principales países de origen (datos del censo de población, circa 2000)	63
Figura 5.3 Estimaciones de la tasa de emigración a lo largo de la vida de médicos nacidos en algunos países no pertenecientes a la OCDE y que trabajaban en países de la OCDE en el momento del censo.	63
Figura 5.4 Tasa de jubilación de los médicos por edades, según el registro de la Canadian Medical Association, Canadá 2005	65
Figure 5.5 Proporción de los encuestados que dijeron tener una ocupación sanitaria, pero no trabajaban en el sector de la salud en el momento de la entrevista, algunos países	65
Figura 6.1 Esquema del proceso de estimación del gasto en personal en el Sistema Nacional de Cuentas	78
Figura 6.2 Información sobre el mercado laboral en las cuentas nacionales de los Países Bajos	79
Figura 6.3 Proceso para estimar las horas trabajadas en las cuentas nacionales del Canadá	79
Figura 6.4 Cuadrado de cálculo	80
Figura 6.5 Flujos de recursos en un sistema sanitario: una representación contable	83
Figura 7.1 Proporción de trabajadores sanitarios de establecimientos menores de 30 años respecto a los mayores de 45, por estamento profesional, SPA de Kenya 2004.	101
Figura 7.2 Número y distribución porcentual del personal actualmente en plantilla en establecimientos sanitarios, por estamento profesional, SPA de Kenya 2004	102
Figura 7.3 Proporción de trabajadores sanitarios por cama hospitalaria según el tamaño del establecimiento, SPA de Kenya 2004.	104
Figura 7.4 Porcentaje de trabajadores sanitarios solicitados por los gestores de establecimientos para cubrir las necesidades de personal que están actualmente en plantilla, por tipo de establecimiento, SPA de Kenya 2004.	105
Figura 7.5 Porcentaje de los trabajadores sanitarios y de la población total ubicados en áreas urbanas, CES de Zambia 2006	108
Figura 7.6 Mediana del número de años de educación y formación de los trabajadores sanitarios por estamento profesional, SPA de Kenya 2004	109
Figura 7.7 Porcentaje de los trabajadores sanitarios que recibió capacitación en el empleo en los últimos 12 meses y que recibió supervisión personal en los últimos 6 meses, por tipo de establecimiento, SPA de Kenya 2004	109
Figura 7.8 Porcentaje de los trabajadores sanitarios adscritos que estaban presentes el día de la evaluación, por estamento profesional, SAM de Kenya 2005	112
Figura 7.9 Tasas de pérdida de efectivos del personal sanitario en establecimientos del sector público, por estamento profesional, Nigeria 2005	113
Figura 7.10 Distribución porcentual de los trabajadores que salen de la fuerza laboral según los motivos, Nigeria 2005	113
Figura 8.1 Distribución por sexos del personal médico según los datos censales de algunos países (circa 2000)	124
Figura 8.2 Distribución por sexos de los trabajadores de cuidados personales según los datos censales de algunos países (circa 2000).	124

Figura 8.3 Distribución por sexos del personal auxiliar de los sistemas de salud según los datos censales, Uganda 2002	124
Figura 8.4 Relación entre la razón de sexos del nivel de instrucción terciaria y la del personal sanitario de nivel superior en activo (circa 2000).	126
Figura 9.1 Marco para la institucionalización de un sistema de información sobre recursos humanos	131
Figura 9.2 Número de estudiantes que ingresaron en programas de formación de enfermería (para obtener la calificación de enfermero habilitado o titulado) en Uganda, 1980–2004.	137
Figura 9.3 Número de estudiantes de enfermería que comenzaron la formación entre 1980 y 2004, se presentaron al examen para obtener la autorización de ejercicio profesional, eran aptos para inscribirse, se inscribieron y obtuvieron la autorización de ejercicio del Consejo de Enfermería y Partería de Uganda	137
Figura 9.4 Número y porcentaje de estudiantes de enfermería que aprobaron el examen para obtener la autorización de ejercicio profesional y se inscribieron en el Consejo de Enfermería y Partería de Uganda, por distrito académico (ingresos entre 1980 y 2001)	137
Figura 11.1 Densidad del personal sanitario por estamento profesional, según la fuente de datos, India 2005.	172
Figura 11.2 Densidad del personal sanitario (por 10 000 habitantes): datos censales frente a datos de la encuesta de empleo, por estado, India 2005.	173
Figura 11.3 Porcentaje de los trabajadores sanitarios de establecimientos que figuraban en los turnos de trabajo, pero no se contabilizaron el día de la evaluación, por estamento profesional, Zambia 2006	174
Figura 11.4 Porcentaje de trabajadores sanitarios que figuraban en la nómina del Ministerio de Salud, pero no estaban registrados en establecimientos, Zambia 2006	174
Figura 12.1 Fundamentos de las políticas relacionadas con los RHS	182

RECUADROS

Recuadro 1.1 Definición del seguimiento y la evaluación	4
Recuadro 1.2 Guía práctica para supervisar el fortalecimiento de los sistemas de salud	4
Recuadro 1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.	5
Recuadro 1.4 Evaluación y fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS	6
Recuadro 1.5 Recursos económicos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS.	7
Recuadro 1.6 Recursos humanos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS.	7
Recuadro 1.7 Recursos tecnológicos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS.	8
Recuadro 4.1 Ejemplo ilustrativo del establecimiento de objetivos y metas en materia de educación y formación de los profesionales sanitarios: región de las Américas, 2007–2015	49
Recuadro 4.2 Observaciones sobre la recopilación, el procesamiento y el uso de los datos	52
Recuadro 4.3 Ejemplo ilustrativo de la evolución de la capacidad institucional en materia de formación médica, reclutamiento y producción: Rwanda, 2002–2006	53
Recuadro 6.1 Propuesta de un conjunto mínimo de indicadores para el seguimiento del gasto en recursos humanos para la salud	74
Recuadro 6.2 Componentes del gasto según un método de elaboración de cuentas de salud basado en las clases de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas (cuarta revisión)	77
Recuadro 6.3 Criterios para estimar datos laborales en las cuentas nacionales de la Federación de Rusia.	79
Recuadro 6.4 Definición de la remuneración de los asalariados y el ingreso de los trabajadores autónomos	80

Recuadro 7.1 Indicadores básicos del personal sanitario que podrían medirse a partir de datos de las EES.	93
Recuadro 8.1 Preguntas utilizadas en los censos de población de algunos países para determinar la ocupación principal.	121
Recuadro 9.1 Confidencialidad y seguridad de la información sobre RHS	135
Recuadro 9.2 Aplicación y uso del sistema de información SIGRHS para la gestión de los RHS en Guinea Bissau.	143
Recuadro 10.1 Tres técnicas importantes en investigación cualitativa	148
Recuadro 10.2 Investigación cualitativa para orientar los estudios cuantitativos: absentismo en Etiopía y Rwanda	153
Recuadro 10.3 Tipos de entrevistas cualitativas según el grado de estructura	154
Recuadro 10.4 Extracto de un guión de entrevista semiestructurada de un estudio cualitativo sobre personal sanitario en Etiopía y Rwanda.	155
Recuadro 10.5 Algunas citas de entrevistas cualitativas en Etiopía y Rwanda	156
Recuadro 10.6 Criterios de selección para formar grupos focales de ocho participantes sobre desempeño y decisiones laborales del personal de enfermería y partería en Etiopía	158
Recuadro 10.7 Extracto de la presentación ante los participantes de un grupo focal en Rwanda	159
Recuadro 10.8 Matriz para el análisis de los datos de grupos focales en Etiopía.	161
Recuadro 10.9 Registrar, transcribir, codificar y analizar: el ejemplo de un estudio sobre personal sanitario en Rwanda	162
Recuadro 12.1 EVIPNet: Red de políticas informadas por evidencias.	183
Recuadro 12.2 Observatorio del Personal Sanitario de África.	185
Recuadro 12.3 Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Brasil	188
Recuadro 12.4 Observatorio del Personal Sanitario de Ghana	189
Recuadro 12.5 Red Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud	190

Prefacio

LOS ÚLTIMOS AVANCES médicos y las tecnologías más recientes pueden tener poca repercusión en la salud humana si no existen sistemas para aplicarlos. Sin embargo, hoy día la realidad es que, en todo el mundo, los sistemas sanitarios son víctimas de años de abandono. Una de las manifestaciones más patentes de este es la grave penuria de trabajadores sanitarios capacitados.

En muchos países, la falta de personal es una de las principales limitaciones para el fortalecimiento de la atención primaria y otros servicios de salud, como los curativos, promocionales, preventivos y de rehabilitación. En el África subsahariana la crisis del personal sanitario es de tal magnitud que, en 36 países, la gravísima escasez de estos profesionales impide asegurar siquiera la cobertura mínima de los servicios más básicos de salud materna, neonatal e infantil. En muchos de los países más pobres del mundo la situación se agrava por la pérdida continua de personal sanitario que busca mejores oportunidades en otros lugares.

Las deficiencias en la planificación y el desarrollo de la fuerza laboral dejan sentir sus efectos en todas partes. En Asia y el Pacífico, muchos países carecen de suficientes trabajadores sanitarios capaces de tratar enfermedades crónicas y emergentes. En Europa, los países de los nuevos Estados independientes de la antigua Unión Soviética heredaron una fuerza laboral particularmente mal adaptada a las demandas que deben satisfacer los sistemas sanitarios modernos.

Para que los países logren acercarse a sus objetivos en lo concerniente al sistema sanitario, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, es evidente que han de ser capaces de mejorar el acceso a un personal sanitario adecuadamente capacitado. El primer paso es averiguar dónde radican las deficiencias. Sin embargo, muchos países carecen hoy día de la capacidad técnica para hacer un seguimiento preciso de su propio personal sanitario: con frecuencia los datos son poco fiables y están anticuados, faltan definiciones comunes e instrumentos analíticos de probada eficacia, y tampoco se dispone de las capacidades y la experiencia necesarias para evaluar cuestiones decisivas de políticas.

Este manual aspira a mejorar esta capacidad técnica. Ofrece a los gestores sanitarios, los investigadores y los responsables de políticas del sector de la salud una referencia integral, normalizada y fácil de usar para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud. Combina un marco analítico con opciones estratégicas para mejorar la información y la base de pruebas científicas sobre la fuerza laboral sanitaria, y con experiencias de los países que ponen de relieve los enfoques que han resultado eficaces.

Agradecemos el apoyo prestado por los tres asociados colaboradores: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Todos ellos seguirán apoyando a los países en la aplicación del Manual a contextos nacionales, como un medio más de acelerar sus acciones hacia el desarrollo de un personal sanitario capacitado, suficiente y motivado.

Carissa F. Etienne
Subdirectora General,
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Mundial de
la Salud

Yaw Ansu
Director, Desarrollo Humano,
Región de África
Banco Mundial

Gloria D. Steele
Viceadministradora,
Salud Mundial
Agencia de los Estados
Unidos para el Desarrollo
Internacional

Nota de agradecimiento

La presente publicación es el resultado de una labor de colaboración entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. El volumen ha sido redactado por un grupo internacional de autores y editado por Mario R Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain y Agnes LB Soucat. La relación de autores de los capítulos de este manual figura más adelante.

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a las personas y organismos cuyas contribuciones han sido fundamentales para preparar esta publicación. Damos las gracias a las organizaciones y departamentos dedicados a la recopilación y la difusión de datos que nos autorizaron amablemente a utilizar sus fuentes de información para los análisis empíricos presentados en esta obra: Ministerio Federal de Salud de la República del Sudán, International Health Policy Program–Thailand, Macro International, Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, Minnesota Population Center, Oficina Nacional de Estadísticas de Tailandia, Consejo de Enfermería y Partería de Uganda y Organización Mundial de la Salud. La producción de este volumen ha sido financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates, el Gobierno de Noruega, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Elizabeth Aguilar, Rosa Bejarano, Florencia Lopez Boo, Bénédicte Fonteneau y Dieter Gijbrecchts han contribuido a las labores de investigación y análisis. Asimismo, agradecemos a Yaw Ansu su constante apoyo.

Entre las personas que aportaron sugerencias útiles a los primeros borradores de este manual se cuentan Adam Ahmat, Elsheikh Badr, James Buchan, Hartmut D Buchow, Arturo de la Fuente, Delanyo Dovlo, Norbert Dreesch, Thushara Fernando, Paulo Ferrinho, Juliet Fleischl, Linda Fogarty, Kara Hanson, Christopher H Herbst, Eivind Hoffmann, Beatriz de Faria Leao, Verona Mathews, Robert McCaa, Edgar Necochea, Rodel Nodora, Jennifer Nyoni, Bjorg Palsdottir, Jean Pierre Poullier, Magdalena Rathe, Martha Rogers, Kate Tulenko, Cornelis van Mosseveld y Pablo Vinocur.

Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de los autores de cada capítulo.

Autores

Walid Abubaker, *Organización Mundial de la Salud*

Ghanim Mustafa Alsheikh, *Organización Mundial de la Salud*

Aarushi Bhatnagar, *Public Health Foundation of India*

Bates Buckner, *MEASURE Evaluation/University of North Carolina at Chapel Hill*

Mario R. Dal Poz, *Organización Mundial de la Salud*

Danny de Vries, *Capacity Project/IntraHealth International*

Khassoum Diallo, *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*

Gilles Dussault, *Universidade Nova de Lisboa*

David B. Evans, *Organización Mundial de la Salud*

Bolaji Fapohunda, *MEASURE Evaluation/JSI Inc.*

Nancy Fronczak, *Social Sectors Development Strategies*

Gülin Gedik, *Organización Mundial de la Salud*

Neeru Gupta, *Organización Mundial de la Salud*

Piya Hanvoravongchai, *Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health*

Christopher H. Herbst, *Banco Mundial*

Patricia Hernández, *Organización Mundial de la Salud*

David Hunter, *Organización Internacional del Trabajo*

Yohannes Kinfu, *Organización Mundial de la Salud*

Teena Kunjumen, *Organización Mundial de la Salud*

René Lavallée, *Consultor*

Tomas Lievens, *Oxford Policy Management*

Magnus Lindelow, *Banco Mundial*

Pamela McQuide, *Capacity Project/IntraHealth International*

Hugo Mercer, *Organización Mundial de la Salud*

Gustavo Nigenda, *Instituto Nacional de Salud Pública de México*

Shanthi Noriega Minichiello, *Red de Sanimetría*

Ulysses Panisset, *Organización Mundial de la Salud*

Priya Patil, *MEASURE Evaluation/Constella Futures*

Célia Regina Pierantoni, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Bob Pond, *Red de Sanimetría*

Estelle Quain, *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional*

Shomikho Raha, *Banco Mundial*

Krishna D. Rao, *Public Health Foundation of India*

Felix Rigoli, *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*

José Arturo Ruiz, *Instituto Nacional de Salud Pública de México*

Indrani Saran, *Public Health Foundation of India*

Catherine Schenck-Yglesias, *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional*

Pieter Serneels, *Banco Mundial*

Dykki Settle, *Capacity Project/IntraHealth International*

Agnes L. B. Soucat, *Banco Mundial*

Tessa Tan-Torres, *Organización Mundial de la Salud*

Kate Tulenko, *Banco Mundial*

Shannon Turlington, *Capacity Project/IntraHealth International*

Pascal Zurn, *Organización Mundial de la Salud*

Siglas y abreviaturas

APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
CCP	Clasificación Central de Productos
CES	Censo de Establecimientos Sanitarios
CFAP	Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas
CGPF	Clasificación de los Gastos de los Productores por Finalidades
CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas
CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CISE	Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
EES	Evaluación de establecimientos sanitarios
EVIPNet	Red de Políticas Informadas por Evidencias
IPUMS	Integrated Public Use Microdata Series
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PALOP	Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa
PHR<i>plus</i>	Partners for Health Reform <i>plus</i>
RHS	Recursos humanos para la salud
SAM	Cartografía de los Servicios Disponibles
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SIGRAS	Sistema de información sobre las graduaciones en profesiones sanitarias
SIGRHS	Sistema de información y gestión de recursos humanos para la salud
SIRH	Sistema de información sobre recursos humanos
SPA	Evaluación de la Provisión de Servicios
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Parte I: PANORÁMICA GENERAL



1

Seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades

MARIO R DAL POZ, NEERU GUPTA, ESTELLE QUAIN, AGNES LB SOUCAT

1.1 Introducción

Los sistemas y servicios de salud dependen en grado sumo del volumen, las capacidades y la dedicación de la fuerza laboral sanitaria. Hoy día es evidente que, en muchos países de ingresos bajos y medianos, alcanzar las metas más importantes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en concreto las relativas a la salud, exige aumentar considerablemente el número de trabajadores sanitarios (1–3). Se calcula que faltan en el mundo unos 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. En algunas partes del planeta, en particular en el África subsahariana, para superar la crisis hay que aumentar la fuerza laboral actual en casi un 140% (4). Con todo, la mera determinación del número de trabajadores sanitarios respecto a un determinado umbral no siempre tiene en cuenta todos los objetivos de un sistema de salud, en particular en lo que hace a la accesibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia.

En muchos casos, los países con graves déficits y desequilibrios del personal sanitario también carecen de capacidad técnica para identificar y evaluar cuestiones cruciales de políticas relacionadas con aquel. Como consecuencia de ello, interrogantes fundamentales sobre la situación de estos trabajadores, su nivel de desempeño y los problemas a los que se enfrentan permanecen en gran medida sin respuesta. Además, la falta de datos completos, fiables y actualizados, y de definiciones e instrumentos de análisis consensuados, ha dificultado aún más el seguimiento del personal sanitario en todos los ámbitos, desde el nivel mundial y regional al nacional y subnacional. Estos obstáculos siguen siendo importantes para muchos gobiernos que están esforzándose por mantener un personal sanitario suficiente, sostenible y eficaz en sus jurisdicciones respectivas.

Este manual es una respuesta a la necesidad de disponer de una referencia completa, uniforme y fácil de utilizar sobre seguimiento y evaluación del personal

sanitario que permita fortalecer la capacidad de los países de desarrollar la base de conocimientos necesaria para orientar, acelerar y mejorar las acciones nacionales (recuadro 1.1) (5, 6). Este capítulo introductorio comienza con una panorámica general de las recientes iniciativas mundiales en pro del desarrollo de los recursos humanos para la salud (RHS), continúa con una discusión sobre las principales dificultades que plantea el uso de la información sobre el personal sanitario para guiar la planificación, la formulación de políticas y la toma de decisiones, y propone un marco integral para el seguimiento de los RHS. La presentación de la panorámica y del marco orienta a los lectores acerca de los contenidos del resto del volumen

Esta publicación es fruto de una iniciativa conjunta de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigida a documentar métodos e intercambiar experiencias en el terreno de la medición y el seguimiento de los RHS, alentar a los países y los asociados a sacar partido de dichas experiencias, y compilar recomendaciones sobre seguimiento y evaluación del personal sanitario destinadas a los ministerios de salud y otros interesados directos. Toma como referencia otras iniciativas internacionales orientadas al seguimiento de los componentes esenciales de los sistemas de salud, entre ellos los recursos humanos, y las complementa (recuadro 1.2) (7). Se prevé que este manual ayude a que se haga un uso eficaz de los datos disponibles y mejore las futuras labores de recopilación de datos, para que las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de los RHS a escala nacional e internacional y a lo largo del tiempo sean de la máxima utilidad. El documento debe considerarse fruto de una labor continua que permitirá conocer mejor los RHS y contribuirá de manera significativa al creciente arsenal de instrumentos e investigaciones aplicadas ideados para afrontar el reto de medir y mejorar los resultados de la fuerza laboral sanitaria, fortalecer los sistemas de salud y, en última instancia, mejorar la salud de la población.

Recuadro 1.1 Definición del seguimiento y la evaluación

Seguimiento. Proceso continuo de recopilación y utilización de información normalizada para determinar los avances hacia objetivos, el uso de recursos, y el logro de resultados e impactos. Por lo general supone comparar los datos con indicadores y metas de desempeño acordados. Sumado a la información de la evaluación, un proceso eficaz de seguimiento y notificación debería proporcionarles a las instancias decisorias y los interesados los conocimientos que necesitan para determinar si la aplicación y los resultados de un proyecto, un programa o una iniciativa de políticas están produciéndose según lo previsto y gestionar con continuidad estas labores.

Evaluación. Valoración sistemática y objetiva del diseño, la aplicación y los resultados de una iniciativa en curso o terminada. Su finalidad es determinar la pertinencia y el cumplimiento de los objetivos, la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad. La elaboración de un marco de evaluación supone tener presentes diversas cuestiones, entre ellas la identificación de los tipos de datos en los que podría basarse.

Indicador. Parámetro que indica un determinado estado, ofrece información sobre él o lo describe. Suele estar representado por un dato correspondiente a un momento, un lugar u otras características determinadas, y tiene valor como instrumento para la evaluación del desempeño.

Datos. Características o información, a menudo numérica, que se recopilan mediante la observación. Pueden considerarse información representada físicamente de una manera adecuada para ser procesada, analizada, interpretada y comunicada.

Fuentes: Adaptado de Deloitte Insight Economics (5) y de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (6).

Recuadro 1.2 Guía práctica para supervisar el fortalecimiento de los sistemas de salud

La capacidad de planificar, supervisar y evaluar el funcionamiento de los sistemas de salud es esencial para orientar correctamente las inversiones y determinar si están teniendo el impacto deseado. Los sistemas de salud pueden describirse de muchas maneras. El marco de la OMS distingue seis elementos constitutivos fundamentales: la prestación de servicios, el personal sanitario, la financiación, la información, el liderazgo y la gobernanza, y las tecnologías y los productos médicos. La colaboración entre la OMS, el Banco Mundial, expertos en sistemas de información sanitaria de los países, y muchas otras organizaciones que trabajan en este campo ha permitido elaborar una guía práctica que propone un conjunto limitado de indicadores, con sus métodos de medición correspondientes y referidos a cada uno de los seis elementos constitutivos. A mediados de 2008 se hizo público este *Toolkit for monitoring health systems strengthening* [Guía práctica para supervisar el fortalecimiento de los sistemas de salud] cuando aún estaba en borrador, para invitar a una amplia gama de potenciales usuarios a remitir sus comentarios.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (7).

1.2 Iniciativas mundiales en materia de RHS y sistemas de información

Cada vez es más amplio el acuerdo respecto a la decisiva importancia del personal sanitario en la ampliación

de las intervenciones de salud dirigidas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (recuadro 1.3) (8). Pese a que en los últimos años se está disponiendo de fondos adicionales procedentes de fuentes internacionales, multilaterales, bilaterales y privadas, como las estrategias de reducción de la pobreza y los programas de alivio de la deuda, o de nuevas iniciativas

Recuadro 1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

En septiembre de 2000, durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, todos los países se comprometieron a trabajar de consuno en pos de ocho objetivos y 18 metas conexas para combatir la pobreza, sus factores determinantes y sus consecuencias, todo ello en el marco de un pacto conocido como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Posteriormente se asignaron importantes fondos a la medición de los avances hacia el logro de dichos objetivos, y en particular al seguimiento de la cobertura de las intervenciones sanitarias prioritarias y los resultados de salud en la población. En los últimos tiempos, la atención se ha centrado en abordar y supervisar los recursos, procesos y productos de los sistemas de salud que obstaculizan o facilitan los avances.

Objetivos	Metas conexas
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre
4. Reducir la mortalidad de los niños	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años
5. Mejorar la salud materna	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles

Fuente: Organización Mundial de la Salud (8).

como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (9), la Alianza GAVI (10) y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (11), la crisis de los RHS puede menoscabar gravemente la capacidad de los países de absorber fondos y emplearlos. En muchos países lo que ocurre, simple y llanamente, es que faltan medios humanos en todos los niveles para absorber, distribuir y utilizar de manera eficiente los fondos en la ampliación de la prestación de servicios de salud ofrecida por las recientes iniciativas.

Una serie de foros de alto nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (12), el informe de estrategia de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto sobre RHS (13), la principal publicación de la OMS, titulada *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud* (4), las resoluciones de las

Asambleas Mundiales de la Salud sobre el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria (14), y el lanzamiento de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (15), así como determinados mecanismos de asociación regional, como la Alianza Asia-Pacífico de acción en recursos humanos para la salud (16), formaban parte del grupo de iniciativas internacionales que alertaron a las instancias decisorias y los interesados nacionales, regionales e internacionales, incluidos los medios de comunicación, la sociedad civil y el público en general, de la decisiva importancia de los RHS en todo el mundo, y en particular de la crisis que los aqueja en el África subsahariana.

La creciente conciencia del importantísimo papel de los RHS ha situado al personal sanitario entre las prioridades de los programas de salud pública mundiales. Los países, los donantes, los organismos internacionales y

otros interesados están cada vez más dispuestos no sólo a invertir, sino también a contribuir al desarrollo de los RHS en su conjunto. Cada vez se reconoce y valora más el papel fundamental de los recursos humanos en el logro de los objetivos de los sistemas de salud.

Al mismo tiempo, crece la demanda de transparencia y de medición del desempeño. Por ejemplo, el Fondo Mundial y la Alianza GAVI, principales defensores de que los fondos de los donantes se entreguen siguiendo criterios de desempeño, han reconocido la necesidad de canalizar una mayor proporción de sus fondos para enfermedades específicas hacia una atención sanitaria integral y sostenible que resulte accesible y asequible para todos. Otras iniciativas internacionales recientes que tratan de acelerar el avance hacia el

logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, junto con todos los principales interesados, incluidos la Alianza Sanitaria Internacional (17) y la Campaña Mundial en pro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud (18), hacen hincapié en los principios que deben regir el apoyo a los sistemas sanitarios para lograr mejores resultados de salud. Disponer de más oportunidades de financiar el fortalecimiento de los sistemas de salud por medio de la atención primaria equivale a disponer de más oportunidades de invertir en mejorar la calidad de los recursos humanos.

Con este fin, se les pide a los países que en sus solicitudes de recursos nuevos o regulares para el desarrollo de los RHS aporten datos claros y coherentes. Esto

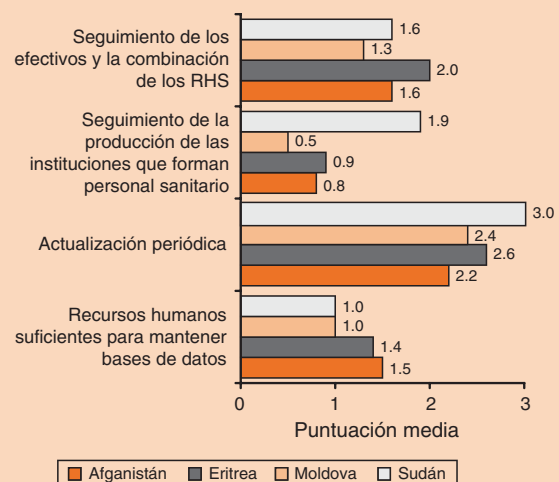
Recuadro 1.4 Evaluación y fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS

La evaluación y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sobre RHS son componentes básicos de las labores dirigidas a robustecer la base de pruebas científicas sobre el personal sanitario. Al determinar la capacidad del sistema de información sobre RHS de un país para apoyar la toma de decisiones pueden tenerse en cuenta:

- la puntualidad del sistema;
- la validez de la información que contiene;
- la coherencia entre las diversas fuentes de información (para poder hacer comparaciones en los países, entre ellos y a lo largo del tiempo);
- el grado de desglose de la información dentro del sistema, a fin de poder analizar en detalle cuestiones de interés para la planificación estratégica de los RHS.

En 2006–2007, en colaboración con la Red de Sanimetría (19), se evaluó el sistema nacional de información sanitaria de una serie de países de ingresos bajos y medianos basándose en un instrumento de evaluación y seguimiento normalizado. Se empleó un cuestionario asociado a una escala en el que se abordaron cuatro dimensiones fundamentales de la capacidad nacional y el contenido de la base de datos sobre RHS; los resultados de las autoevaluaciones fueron: 6,1 puntos, sobre un máximo posible de 12, para Afganistán; 6,9 para Eritrea; 5,2 para la República de Moldova, y 7,5 para el Sudán (véase la gráfica). De las cuatro dimensiones fundamentales, la del seguimiento del producto de las instituciones de formación de profesionales sanitarios fue la peor clasificada en la mayoría de los países.

Resultados de una evaluación de los sistemas de información sobre RHS en algunos países, 2006–2007



vale también para la toma de decisiones y la asignación de recursos procedentes de fuentes nacionales. En muchos países de ingresos bajos y medianos, los ministerios de salud se enfrentan, además, a otros problemas derivados de la descentralización de las competencias en materia de presupuestos y sistemas de información y su transferencia a los distritos, transferencia que a menudo es incompleta o incongruente y obstaculiza la adecuada toma de decisiones.

Hay un amplio consenso en torno a la importancia de contar con pruebas empíricas sólidas que orienten la formulación de políticas, la toma de decisiones y el seguimiento de los avances en materia de desarrollo de los RHS y fortalecimiento de los sistemas de salud. Se necesitan datos que respalden a los países en su defensa de los RHS tanto en las asignaciones presupuestarias nacionales como en la cooperación con los donantes. Sin embargo, todavía se sabe muy poco acerca de lo que es eficaz y lo que no lo es, señal de que hacen falta más datos y nuevos estudios.

El lanzamiento de la Red de Sanimetría (19), alianza cuyo objetivo es aumentar la disponibilidad y el uso de información sanitaria oportuna y precisa mediante la catálisis de la financiación conjunta y el desarrollo de sistemas de información sanitaria en los países, fue un gran paso adelante en la mejora de la información y la base de pruebas, lo que incluye a los RHS (recuadro 1.4).

Sin embargo, pese a las iniciativas mundiales dirigidas a prestar ayuda en esta área esencial del fortalecimiento de los sistemas de salud, los países muestran poca coherencia entre sus respectivos métodos de seguimiento y evaluación de las estrategias relacionadas con los RHS (20), lo que limita la capacidad de los interesados de racionalizar la asignación de recursos. En muchos países, el problema deriva en parte de la fragmentación de la información sobre los RHS y de la escasez de recursos humanos, económicos e infraestructurales para recopilar, compilar y analizar datos sobre el personal sanitario (recuadros 1.5–1.7) (21–24).

Recuadro 1.5 Recursos económicos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS

Se ha estudiado poco la inversión necesaria para lograr un buen sistema de información y seguimiento de los recursos humanos, la cual puede variar según el nivel general de desarrollo del país. Las estimaciones del coste de un sistema integral de información sanitaria que incluya un importante componente de RHS van desde US\$ 0,53 a US\$ 2,99 anuales por habitante (21). En general, las directrices indican que, en el ámbito sanitario, los costes de la información, el seguimiento y la evaluación representan entre el 3% y el 11% del total de los fondos para proyectos (22).

Recuadro 1.6 Recursos humanos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS

Para mejorar los sistemas de información debe prestarse atención a la capacitación, la distribución, la remuneración y el desarrollo profesional de los recursos humanos en todos los niveles. A escala nacional se necesitan epidemiólogos, estadísticos, demógrafos y programadores y técnicos informáticos competentes que supervisen la calidad de los datos y los criterios de recopilación y velen por que la información se analice y utilice correctamente. En los distritos y los establecimientos sanitarios, el personal encargado de la información sanitaria debe responsabilizarse de recopilar, notificar y analizar los datos. Con demasiada frecuencia, estas labores se asignan a proveedores de servicios de salud que están sobrecargados de trabajo y las consideran una tarea suplementaria fastidiosa que los aparta de su función primordial. Es fundamental fijar una remuneración y una supervisión adecuadas para conseguir personal de alta calidad y limitar la pérdida de efectivos. Esto significa, por ejemplo, que los puestos de trabajo relacionados con la información sanitaria en los ministerios de salud (y en otros organismos encargados de analizar y utilizar estos datos) deberían clasificarse en una categoría administrativa equivalente a los de los principales programas contra enfermedades.

Fuente: Red de Sanimetría (23).

Recuadro 1.7 Recursos tecnológicos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS

Muchos países carecen de acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones necesarias para el fortalecimiento de sus sistemas de información sobre RHS. Por ejemplo, un estudio de 2004 llevado a cabo por la Oficina Regional de la OMS para África mostró que el 22% de los departamentos de personal sanitario de los ministerios de salud de la región no tenían medios informáticos, el 45% carecían de acceso al correo electrónico y apenas el 32% de los departamentos encuestados disponía de máquinas de fax. En esas circunstancias, incluso una inversión modesta podría reportar importantes beneficios.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (24).

Por otra parte, el hecho de carecer de instrumentos, indicadores, definiciones y sistemas de clasificación de los trabajadores sanitarios que estén normalizados limita todavía más el uso de la información sobre RHS en la toma de decisiones basada en pruebas.

El fortalecimiento de los sistemas de información y seguimiento de los RHS exige unas bases más sólidas para la formulación de políticas, la planificación, la elaboración de programas y la rendición de cuentas. Existen diversos instrumentos y recursos orientados a ayudar a los países a trazar sus planes estratégicos nacionales de RHS (25–27), y estos pueden solicitar apoyo técnico para prepararlos y calcular su coste, pero es indispensable que dispongan de los datos básicos necesarios. La Declaración de Kampala y Prioridades para la acción internacional, adoptados por el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (28), exhortaron a los gobiernos, en cooperación con los organismos internacionales, la sociedad civil, el sector privado, las asociaciones profesionales y otros asociados, a «crear sistemas de información sobre la disponibilidad de personal sanitario, para mejorar la investigación y crear capacidad de gestión de datos para institucionalizar la adopción de decisiones basadas en datos científicos y promover el intercambio de conocimientos».

1.3 Principales problemas y retos

Es tristemente cierto que los países que más necesitan fortalecer sus RHS suelen ser también aquellos en los que la información y los datos están más fragmentados y son menos fiables. La mayoría de los países, si no todos, carecen de un sistema armonizado que se encargue de reunir, procesar y difundir puntualmente información muy completa sobre el personal sanitario, lo que incluye los efectivos, la distribución, los gastos y los determinantes del cambio. Esa información puede tener diversos orígenes: organismos de

reglamentación de las profesiones sanitarias, registros distritales de información sanitaria sobre personal de los establecimientos de salud, encuestas y censos de población o de establecimientos, registros de nóminas, permisos de trabajo u otras fuentes. En consecuencia, los ministerios de salud y otros interesados dependen a menudo de informes elaborados para la ocasión a partir de múltiples fuentes que varían mucho en exhaustividad, puntualidad y comparabilidad.

Un problema adicional es que la mayoría de los países no disponen de datos muy completos que den cuenta de la gran diversidad de integrantes de la fuerza laboral sanitaria dedicados a preservar, promover y restaurar la salud. Por ejemplo, pocos países recopilan y difunden sistemáticamente estadísticas oficiales sobre el personal sanitario con funciones administrativas y auxiliares, que comprende a trabajadores con muy diversas ocupaciones de gestión, administración o secretaría, a profesionales de las ciencias y de tecnología y a muchas otras personas que trabajan en el sector sanitario, pero no se han formado académicamente para la dispensación de servicios de salud. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006* señala que apenas una tercera parte de los países comunicaron estos datos (4). Sin embargo, se calcula que esos trabajadores –que son un componente esencial de la fuerza laboral sanitaria– representan cerca de la tercera parte de los RHS del mundo; excluirlos de los recuentos oficiales supone notoriamente inferiores a los reales y no tener en cuenta un potencial considerable para fortalecer el desempeño de los sistemas de salud. Muchos países carecen, además, de información puntual y fiable sobre las diversas dimensiones de los desequilibrios de los RHS, como la distribución por sectores, por criterios geográficos, por sexos, por actividad en el mercado de trabajo, por lugar de trabajo y por remuneración.

Incluso en países con una relativa disponibilidad de datos, la falta de coherencia de las clasificaciones de ocupaciones y las dificultades que plantea combinar la información procedente de muy diversas fuentes han obstaculizado considerablemente la transformación de esa información en datos útiles para los planificadores, los decisores y los interesados. Entre los países hay diferencias evolutivas y culturales que se manifiestan por diferencias en las funciones y tareas de los trabajadores sanitarios, por lo que todo intento de mejorar la comparabilidad internacional y entre tendencias evolutivas debe centrarse en formas de armonizar los métodos de recopilación, procesamiento y difusión de los datos.

El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información sobre RHS se ve obstaculizado también por la falta de consenso en torno a unos indicadores normalizados y por la escasa inversión en métodos de medición, indispensables para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en materia de RHS. Queda mucho trabajo por delante para acordar un conjunto mínimo de indicadores que reflejen ampliamente las diversas dimensiones y complejidades de la dinámica de los RHS y que sean sencillos y fáciles de medir, pero lo bastante completos como para resultar útiles en la toma de decisiones de salud pública relacionadas con los RHS. Todavía no se dispone de indicadores consensuados y notificados sistemáticamente a escala internacional, con la excepción de la

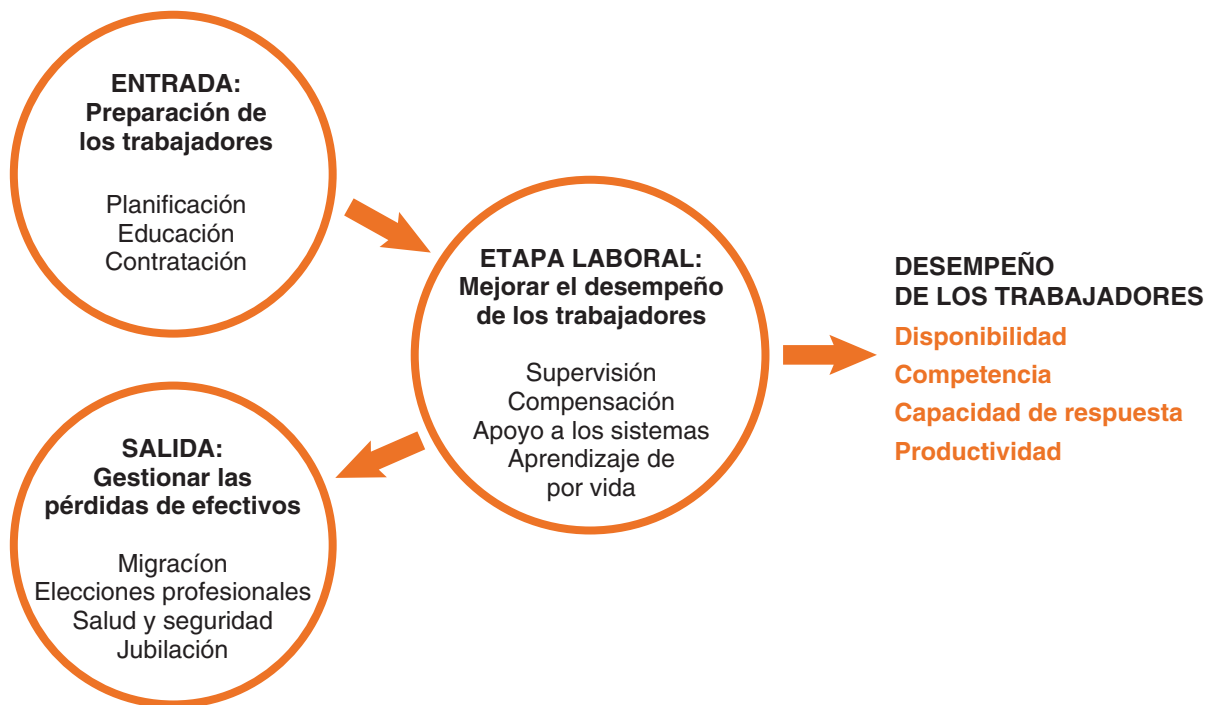
densidad de las categorías más comunes de trabajadores sanitarios de nivel superior (médicos, enfermeros y parteros), pero incluso este indicador adolece de graves limitaciones a la hora de aplicarlo a la formulación de políticas y la planificación, ya que los cambios en la estructura de la población, la carga de morbilidad, la combinación de competencias del personal sanitario u otros factores pueden menoscabar su utilidad para fijar metas periódicas.

.....

1.4 El ciclo de vida laboral como marco para el seguimiento del personal sanitario

El presente manual aborda el seguimiento de la dinámica del personal sanitario desde un planteamiento basado en el «ciclo de vida laboral». Este enfoque, presentado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2006* (4), se centra en la necesidad de supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo: la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vidas en el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan. El esquema de producción, atracción, mantenimiento y retención de la fuerza de trabajo que propone (figura 1.1) presenta el seguimiento de la dinámica del mercado laboral sanitario y las estrategias de cada etapa desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica.

Figura 1.1 La dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral



Fuente: Organización Mundial de la Salud (4).

Desde el punto de vista de las políticas y de la gestión, el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave:

- Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contratación eficaces y éticas;
- Etapa laboral: mejora de la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado;
- Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Un objetivo esencial de las intervenciones políticas y programáticas de la fase de entrada es producir y preparar un número suficiente de trabajadores motivados que posean las competencias técnicas adecuadas, y cuya distribución geográfica y sociocultural los haga asequibles, aceptables y disponibles para llegar a los diversos clientes y poblaciones de manera eficiente y equitativa. Lograrlo exige planificar, gestionar y presupuestar activamente todo el proceso de producción de personal sanitario, prestando especial atención a la creación de sólidas instituciones de formación de profesionales sanitarios, la mejora de los mecanismos de control de calidad para los trabajadores calificados, y el fortalecimiento de las capacidades en materia de contratación laboral.

Las estrategias para mejorar el desempeño del personal sanitario en activo se centran en la disponibilidad, la competencia, la idoneidad, la sensibilidad a las necesidades y la productividad de las personas integradas en ese momento en el sector sanitario. Ello supone, en general, evaluar los RHS en el contexto de la prestación de servicios de salud en una amplia variedad de lugares de trabajo, y en el contexto más general de los mercados de trabajo nacionales.

Las salidas o las pérdidas no planificadas o excesivas de personal sanitario pueden poner en peligro el desempeño de los sistemas de salud y agravar la fragilidad de algunos de ellos ya de por sí endeble. En algunas regiones, la suma de las enfermedades, las defunciones y la emigración (a otros sectores o países) de los trabajadores representa una hemorragia que pone en peligro la estabilidad de la fuerza de trabajo. Las estrategias dirigidas a contrarrestar la disminución de efectivos consisten, por ejemplo, en hacer frente a las presiones del mercado que puedan inducir a la migración, mejorar las condiciones del lugar de trabajo a fin de que el sector de la salud se considere una opción profesional favorable, y reducir los riesgos para la salud y la seguridad del personal sanitario.

En cada una de estas etapas, y para cada una de las políticas e intervenciones en vigor, es preciso desarrollar y medir los indicadores adecuados que orienten la formulación de estrategias y permitan el seguimiento de los impactos y la relación coste-eficacia a lo largo del tiempo.

1.5 Sinopsis del manual

Los siguientes capítulos de este manual presentan con detalle las oportunidades y los retos que representan las estrategias de seguimiento y evaluación de estos aspectos esenciales de la dinámica del personal sanitario, la experiencia de los países en esta materia y la utilidad de potenciales fuentes de información y técnicas de análisis. El volumen se estructura en 12 capítulos, incluida esta introducción. Aunque cada uno de ellos puede leerse de manera independiente, en diversos momentos se incluyen también referencias a otros capítulos para ayudar al lector a lograr una visión más general. Muchos de los enfoques aquí presentados se han seleccionado previendo su aplicación en países de ingresos bajos y medianos, pero se incluyen también ejemplos de países con economías de mercado desarrolladas a fin de optimizar el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

En el **capítulo 2**, Hunter, Dal Poz y Kunjumen analizan la definición de personal sanitario y su aplicación práctica, para lo cual revisan los actuales usos de diversas clasificaciones internacionales normalizadas de utilidad para delimitar, describir y analizar estadísticamente la fuerza laboral sanitaria. La oportunidad de este capítulo es manifiesta a la luz de la reciente revisión de 2008 de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

En el **capítulo 3**, Rigoli y sus colaboradores detallan las diversas formas de abordar el seguimiento de la fuerza laboral sanitaria activa y los medios para llevarlo a efecto. Identifican una serie de indicadores básicos para caracterizar a las personas que participan en ese momento en el mercado laboral sanitario y revisan las posibles fuentes de datos. El capítulo prosigue con ejemplos basados en estudios de casos de diversos países y fuentes, y concluye con recomendaciones para el fortalecimiento de los sistemas de información y seguimiento de los RHS en los países.

Tulenko, Dussault y Mercer analizan en el **capítulo 4** posibles formas de supervisar y determinar la entrada en la fuerza laboral sanitaria, y el modo en que unos datos adecuados permiten formular y evaluar políticas y programas orientados a corregir la escasez y la mala distribución de los trabajadores sanitarios. Identifican

un conjunto de indicadores básicos y fuentes de datos nuevas y existentes para estimarlos.

En el **capítulo 5**, Zurn, Diallo y Kinfu abordan los principales factores que influyen en las transiciones dentro de la fuerza de trabajo y en las salidas de ella, y proponen indicadores del desempeño muy completos, pero fáciles de medir. Acuden a datos pertinentes para ofrecer análisis ilustrativos y comentar las implicaciones de los patrones observados para la formulación de políticas y la planificación.

En el **capítulo 6**, Hernández, Tan-Torres y Evans buscan alentar a un mayor número de países a hacer un seguimiento del gasto en RHS con miras a orientar la toma de decisiones. Se presentan varias líneas de acción concebidas como una guía operativa para ser utilizada por quienes supervisan realmente dicho gasto. El capítulo incluye una introducción a los principales procedimientos de recopilación de datos y los resultados o indicadores conexos que se generan, así como casos de países para ilustrar varios de los procedimientos. Se centra en cuestiones relativas a la recopilación y el uso de los datos en los países y describe cómo empezar a elaborar y mantener una base de datos sobre el gasto en RHS.

Cada uno de los cuatro capítulos siguientes se centra en un instrumento de medida concreto que podría ser una rica fuente de información interesante para la formulación de políticas. En el **capítulo 7**, Fapohunda y sus colaboradores ponen de relieve la utilidad de las evaluaciones de establecimientos sanitarios para el análisis de los RHS y revisan un amplio abanico de técnicas de recopilación de datos centradas en los puntos de prestación de servicios situados en establecimientos.

En el **capítulo 8**, Lavallée, Hanvoravongchai y Gupta presentan diversas formas de utilizar los datos de los censos de población para explorar las dimensiones de género del personal sanitario, basándose para ello en aplicaciones empíricas multinacionales. Los autores concluyen con recomendaciones para promover el uso de datos desglosados por sexo, en particular los procedentes de censos, como un paso hacia el seguimiento y la evaluación de unos procesos de planificación de políticas y gestión de los recursos humanos que sean sensibles a las cuestiones de género.

En el **capítulo 9**, McQuide y sus colaboradores ofrecen una visión de conjunto de los principales elementos y las enseñanzas extraídas hasta la fecha a partir de diversas experiencias de puesta en marcha de sistemas de información sobre recursos humanos basados en fuentes de datos administrativos. Presentan una

serie de estudios de casos sobre desarrollo y fortalecimiento de sistemas de información sistemática en algunos países de ingresos bajos y medianos.

El **capítulo 10** se centra en las estrategias de medición cualitativa para el análisis de los RHS. Se emplean estudios cualitativos para conocer las actitudes y las motivaciones de los trabajadores sanitarios observando lo que hay tras las cifras obtenidas en la investigación cuantitativa. Lievens, Lindelow y Serneels ofrecen algunas orientaciones prácticas acerca de la forma de diseñar y llevar a efecto estudios cualitativos sobre el personal sanitario, basándose para ello en una rica bibliografía metodológica y una multitud de trabajos de investigación aplicada que incluyen estudios de casos de Etiopía y Rwanda.

Dada la multiplicidad de fuentes potenciales de información sobre RHS, puede resultar eficaz aplicar una estrategia de triangulación –es decir, de cotejo y síntesis de los datos procedentes de diversas fuentes– para apoyar la toma de decisiones, ya que permite aprehender rápidamente la situación y hace un uso óptimo de los datos preexistentes. En estos argumentos se funda el **capítulo 11**, en el que Nigenda y sus colaboradores presentan tres estudios de casos de países (México, la India y Zambia) sobre los usos de la triangulación para el análisis de los RHS, cada uno de ellos centrado en un tema.

Por último, Gedik y sus colaboradores revisan las diversas iniciativas mundiales, regionales y nacionales que están en marcha para formular mecanismos de colaboración eficaces orientados al intercambio de conocimientos y buenas prácticas. El **capítulo 12** pone fin a este manual con una discusión sobre contribuciones y marcos conceptuales que busca vincular la investigación, la información y el análisis de la fuerza de trabajo sanitaria con el diálogo de políticas y las decisiones conexas. Los autores subrayan el papel que podrían desempeñar los observatorios regionales y nacionales de los RHS en la aplicación de la información y las pruebas científicas a la elaboración de políticas y a la práctica, y sus experiencias en este campo.

1.6 Información adicional y observaciones

Este manual forma parte de una iniciativa más amplia dirigida a mejorar las capacidades de los países para generar, analizar y utilizar datos con los cuales evaluar el desempeño del personal sanitario y hacer un seguimiento de los avances hacia sus objetivos relacionados con los RHS. Todas las solicitudes de

información sobre cualquiera de los instrumentos, métodos o enfoques aquí descritos son bienvenidas. En el afán de garantizar que las futuras versiones del manual mejoren y sigan respondiendo a las necesidades y circunstancias de los países, rogamos a los lectores y potenciales usuarios que nos hagan llegar sus observaciones, opiniones y sugerencias. En concreto, agradeceremos sus comentarios acerca de la facilidad de uso del manual, de la viabilidad y sostenibilidad de los indicadores que recomienda y sus correspondientes estrategias de medición y análisis, y de su utilidad para impulsar a los países a implicarse y a demandar unos sistemas reforzados de información, seguimiento y evaluación de los RHS.

Envíe sus preguntas, comentarios y opiniones a:
Coordinador, Información y gobierno del personal sanitario (HIG)
Departamento de Recursos Humanos para la Salud
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
Ginebra 1211, Suiza
Fax: +41-22-791-4747
Email: hrhstatistics@who.int

Referencias

1. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
2. Anand S, Barnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *Lancet*, 2007, 369:1277–1285.
3. Speybroeck N, Kinfu, Dal Poz MR, Evans DB. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Background paper prepared for *The World Health Report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf, accessed 10 January 2009).
4. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
5. Deloitte Insight Economics. *Impact monitoring and evaluation framework: background and assessment approaches*. Barton, Cooperative Research Centres Association of Australia, 2007.
6. *Glossary of statistical terms*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org/glossary/index.htm>, accessed 10 January 2009).
7. *Toolkit for monitoring health systems strengthening*. Draft version. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/, accessed 10 January 2009).
8. *La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/mdg/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
9. El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (<http://www.theglobalfund.org/es/?lang=es>, accessed 10 January 2009).
10. GAVI Alliance (<http://www.gavialliance.org/>, accessed 10 January 2009).
11. United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (<http://www.pepfar.gov>, accessed 10 January 2009).
12. High Level Forum on the Health MDGs (<http://www.hlfhealthmdgs.org/>, accessed 10 January 2009).
13. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Boston, Harvard University's Global Equity Initiative, 2004.
14. *WHO resolutions on health workforce development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/resolutions/en/>, accessed 10 January 2009).
15. Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (<http://www.who.int/workforcealliance>, accessed 10 January 2009).
16. Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (<http://aaahrh.org/>, accessed 10 January 2009).
17. International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/>, accessed 10 January 2009).
18. *Global Campaign for the Health Millennium Development Goals: launch of the first year report*. Norwegian Agency for Development Cooperation (http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=9263&V_LANG_ID=0, accessed 10 January 2009).
19. La Red de Sanimetría (<http://www.who.int/healthmetrics>, accessed 10 January 2009).
20. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
21. Stansfield SK et al. Information to improve decision-making for health. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities for the developing world*. Washington, DC, World Bank and Oxford University Press, 2006.
22. Sullivan TM, Strachan S, Timmons BK. *Guide to monitoring and evaluating health information products and services*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Constella Futures and Management Sciences for Health, 2007.
23. Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/index.html>, accessed 10 January 2009).
24. *Colaboremos por la salud: notas de orientación sobre políticas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief_es.pdf, accessed 10 January 2009).
25. *Marco de acción de RHS*. Capacity Project (<http://www.capacityproject.org/framework/es/acerca/>, accessed 10 January 2009).
26. Nyoni J, Gbary A, Awases M et al. *Policies and plans for human resources for health: guidelines for countries in the WHO African region*. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/policies_plans_guidelines.pdf, accessed 10 January 2009).
27. *Tools and guidelines for human resources for health planning*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/index.html>, accessed 10 January 2009).
28. *Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional*. Ginebra, OMS y Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/alliance/Spanish.declaration-%20web%20file.pdf>, accessed 10 January 2009).

2

Límites de la fuerza laboral sanitaria: definición y clasificaciones de los trabajadores sanitarios

DAVID HUNTER, MARIO R DAL POZ, TEENA KUNJUMEN

2.1 Introducción

El personal sanitario representa uno de los principales componentes de los sistemas de salud y se ha identificado como una prioridad de las actuaciones dirigidas a fortalecer dichos sistemas (1). Sin embargo, las evaluaciones internacionales de los recursos humanos u otros recursos no monetarios de los sistemas de salud están menos extendidas que las comparaciones de los gastos de atención sanitaria (2). Esto se debe en parte a la falta de un marco común y de datos adecuados para el análisis comparativo del personal sanitario. Unos límites profesionales imprecisos y las diferencias en la definición y categorización de determinados tipos de trabajadores sanitarios en gran parte del mundo plantean nuevas dificultades para el análisis de los datos de este colectivo. Por ejemplo, en un país, un «enfermero» puede caracterizarse por unos requisitos de formación, una legislación y un código deontológico, unas competencias y un ámbito de ejercicio distintos a los de un «enfermero» de otro lugar. Para seguir la evolución de la situación del personal sanitario en diversos países o a lo largo del tiempo, o para que los países intercambien experiencias y buenas prácticas, es necesario saber cómo se definen y clasifican los trabajadores sanitarios en la fuente de información original (3).

El presente capítulo aborda la definición de personal sanitario y su aplicación práctica. Se revisa el uso que se está haciendo de las clasificaciones internacionales normalizadas para delimitar, describir y analizar estadísticamente la fuerza laboral sanitaria y se exponen algunas opciones para su consideración futura.

2.2 ¿Quiénes son trabajadores sanitarios?

Todo análisis del personal sanitario exige una definición precisa del trabajador sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como «toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal

finalidad promover la salud» (4). Esta declaración refuerza el concepto de los sistemas de salud según la OMS, que comprende «todas las organizaciones, personas y acciones cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud» (1). De ello se infiere, por ejemplo, que los familiares que cuidan de los enfermos y otros cuidadores informales y voluntarios que contribuyen a la mejora de la salud también deberían contabilizarse como parte del personal sanitario. Sin embargo, la falta de información sobre los trabajadores no remunerados y la consiguiente dificultad para fijar los límites de lo que constituye un sistema de salud determinan que, en la práctica, con frecuencia no se contabilicen.

Aun así, no es fácil definir una acción sanitaria para clasificar a los trabajadores remunerados. Piénsese en un enfermero contratado por una empresa de fabricación para dispensar servicios de atención sanitaria in situ a sus empleados: el principal objetivo de las acciones del enfermero es mejorar la salud, aunque ese no sea el principal objetivo de las acciones del empleador. Piénsese ahora en un jardinero empleado por un hospital: las propias acciones del jardinero no mejoran directamente la salud, aunque las del empleador –el hospital– sí lo hacen. En el sector sanitario abundan los trabajadores no clínicos, como gestores, informáticos, personal de secretaría y operarios de diversos oficios, que prestan apoyo administrativo e infraestructural. Asimismo, son muy numerosos los proveedores de atención sanitaria calificados que trabajan fuera de los establecimientos en los que se prestan servicios de salud, como los empleados en ministerios y departamentos de la administración, oficinas de salud pública, organismos de investigación en salud y sistemas sanitarios, instituciones de formación en profesiones sanitarias, servicios médicos de empresas y establecimientos escolares, residencias asistenciales, centros de rehabilitación, correccionales, instalaciones militares y otros. Un sistema de clasificación que solo tenga en cuenta las acciones de los individuos, o solo las de los lugares de trabajo, probablemente no dará razón de todos los integrantes de la fuerza laboral sanitaria.

Cuadro 2.1 Marco para definir el personal sanitario

Formación, ocupación y lugar de trabajo del individuo	Trabaja en el sector sanitario	Trabaja en un sector distinto del sanitario o está desempleado/inactivo
Con formación sanitaria y ocupación sanitaria	A. Por ejemplo, médicos, enfermeros o parteras que trabajan en establecimientos sanitarios	C. Por ejemplo, enfermeros que trabajan para empresas privadas o farmacéuticos que trabajan en puntos de venta minorista
Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria	A. Por ejemplo, gestores de establecimientos sanitarios con formación médica	C. Por ejemplo, profesores universitarios con formación médica o enfermeros desempleados
Con formación en un campo no sanitario o sin formación académica	B. Por ejemplo, economistas, administrativos o jardineros que trabajan en establecimientos sanitarios	D. Por ejemplo, maestros de primaria, mecánicos de automóvil o contables de banca

Para ofrecer datos comparables y uniformes que puedan orientar la toma de decisiones es preciso definir operacionalmente al personal sanitario. No existe una única medida de dicho personal, pero es importante especificar qué elementos de la definición y la estructura de la clasificación se están teniendo en cuenta. Por ejemplo, si un estudio incluye al citado enfermero que trabajaba para una empresa privada y otro no lo hace, la comparabilidad de los datos de estos dos estudios se reduce.

El cuadro 2.1 ofrece un marco útil para dar cuenta de los trabajadores sanitarios empleados (o no) en el sector de la salud y en otros sectores. Cabe distinguir tres categorías de trabajadores de interés directo para el análisis del personal sanitario:

- A. trabajadores con formación teoricopráctica sanitaria que trabajan en el sector de los servicios de salud;
- B. trabajadores con formación académica en un ámbito no sanitario (o sin formación académica) que trabajan en el sector de los servicios de salud;
- C. trabajadores con formación sanitaria que trabajan en un sector de actividad no relacionado con la atención de salud o que actualmente están desempleados o inactivos en el mercado de trabajo.

Las categorías A y C representan, conjuntamente, el personal con formación sanitaria (capacitado, y activo o inactivo) disponible en un determinado país o región, mientras que A y B representan el personal que trabaja en el sector de la salud. La suma de los tres elementos A, B y C equivale al personal sanitario total disponible potencialmente. Una cuarta categoría, D, engloba a todos los trabajadores no sanitarios, es decir, a los que no tienen formación profesional sanitaria ni trabajan en el sector de la salud.

La ventaja de este marco es que integra los elementos de la formación, la ocupación actual y el sector de

actividad. En este contexto, el término «formación» se refiere al proceso educativo (formal e informal) que los individuos emprenden con el propósito de dotarse de las capacidades necesarias para llevar a cabo las tareas propias de un desempeño competente en un puesto de trabajo; se entiende por «ocupación» las tareas y funciones que las personas llevan a cabo en un trabajo; el «sector de actividad» hace referencia a las actividades de los establecimientos o empresas en los que trabajan las personas. Es fundamental tener en cuenta estos tres elementos para llegar a comprender la dinámica de la fuerza laboral.

El marco puede ser un instrumento útil en la identificación de posibles fuentes de datos, o de falta de ellos, para el análisis del personal sanitario. Existen diversas fuentes que proporcionan información y datos con los que orientar las políticas, en particular los censos y las encuestas de población, las evaluaciones de establecimientos de salud y la documentación administrativa ordinaria (como registros de gasto público, de dotación de personal y nóminas, de capacitación profesional, de inscripción y de concesión de autorizaciones para ejercer). Las evaluaciones de establecimientos de salud y los registros de nóminas sólo proporcionarán datos sobre las categorías A y B, mientras que los datos de los organismos de reglamentación profesional tienden a limitarse a las categorías A y C. En cambio, los censos de población y las encuestas de población activa que sean representativos a nivel nacional e incluyan preguntas correctamente concebidas acerca de la ocupación, el lugar de trabajo y el campo de formación pueden facilitar información sobre las tres categorías.

2.3 Clasificación del personal sanitario

En el mundo, los trabajadores sanitarios desempeñan papeles diversos y a menudo tienen una historia,

una cultura y unos códigos deontológicos nacionales diferentes. Todo intento de comparar el volumen y las características del personal sanitario entre unos países y otros o a lo largo del tiempo requiere cierto grado de armonización de la información disponible. Para poder cotejar e integrar datos de diferentes fuentes y países es preciso emplear sistemas de clasificación coherentes o armonizados a escala internacional. Aunque algunos países difunden datos utilizando clasificaciones educativas, ocupacionales o industriales nacionales que no siempre son comparables, la mayoría aplican sistemas de clasificación basados en clasificaciones normalizadas internacionalmente o vinculados a ellas, como la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU). Estas clasificaciones ofrecen un marco coherente para categorizar, respectivamente, los campos y niveles de formación, las ocupaciones, y los sectores de empleo con arreglo a características comunes (5–7).

2.3.1 Clasificación de la formación

Identificar claramente los diversos tipos de programas de formación sanitaria teoricopráctica ofrecidos por instituciones que difieren entre sí en los criterios de ingreso, los planes de estudio y la duración de la capacitación y agruparlos seguidamente en categorías comparables a nivel nacional e internacional es una labor que plantea retos considerables. Puede mejorarse la comparabilidad de los datos recopilándolos, procesándolos y difundiendo según los criterios de la CINE, que ofrece un marco para la compilación y presentación de estadísticas e indicadores educativos nacionales e internacionales destinados a orientar los análisis de políticas y la toma de decisiones, y ello con independencia de la estructura de los sistemas educativos nacionales y la fase de desarrollo económico del país (8). La CINE abarca todas las actividades de aprendizaje organizadas y continuas para niños, jóvenes y adultos. Permite clasificar una gran variedad de tipos de programas educativos por nivel y campo de educación, tales como la educación formal inicial, la educación continua, la educación no formal, la educación a distancia, los aprendizajes, la educación técnico-profesional y las necesidades educativas especiales.

La última versión de la CINE (denominada CINE-97) establece siete niveles de educación, nueve campos generales (nivel de codificación de un dígito) y 25 subcampos (nivel de dos dígitos). El cuadro 2.2 muestra los niveles educativos de la CINE relacionados con la educación y la formación orientadas a profesiones sanitarias. Las especializaciones de mayor interés se

ubican en el subcampo 72, «medicina»: medicina, servicios médicos, enfermería y servicios dentales.

Existen, asimismo, instrumentos concebidos como directrices para la aplicación de la clasificación CINE. En uno de estos manuales, los campos de educación de dos dígitos de la CINE-97 se amplían al nivel de tres dígitos y con ello dan cuenta de más detalles sobre la formación profesional sin reducir la comparabilidad entre países (9). La finalidad del manual es servir de guía en los países que carecen de clasificaciones nacionales exhaustivas, y se basa para ello en un análisis de las descripciones de los contenidos de los programas de formación. El cuadro 2.3 detalla las especializaciones relacionadas con la salud en el nivel de tres dígitos.

2.3.2 Clasificación de las ocupaciones

Otro sistema de clasificación útil para el análisis del personal sanitario es la CIUO, elaborada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (10). Permite organizar las ocupaciones según un sistema jerárquico especificado en función del grado de precisión que se necesite y compuesto por grandes grupos (nivel de un dígito), subgrupos principales (nivel de dos dígitos), subgrupos (nivel de tres dígitos) y grupos primarios (cuatro dígitos). Los criterios básicos de agrupación son el «nivel de competencias» y la «especialización de las competencias» necesarios para llevar a cabo las tareas y funciones de las ocupaciones (6). El nivel de competencias se refiere a la complejidad y la variedad de tareas que el puesto de trabajo exige. La especialización de las competencias guarda relación con el campo de conocimiento necesario, los instrumentos y máquinas que se emplean, los materiales con los que se trabaja, y los bienes o servicios producidos.

En la versión más reciente de la CIUO, revisada en 2008 (conocida como CIUO-08), las principales ocupaciones de interés con especialización relacionada con la atención de salud se incluyen en dos subgrupos principales: el subgrupo principal 22, «profesionales de la salud» (trabajadores en general bien preparados y en empleos que normalmente requieren un título universitario para un desempeño competente), y el subgrupo principal 32, «profesionales de nivel medio de la salud» (que ocupan empleos que en general requieren conocimientos y competencias adquiridos por medio de una capacitación formal y avanzada, pero no equivalente a un título universitario). Entre los profesionales de la salud se cuentan los médicos, el personal de enfermería y partería de nivel superior, y otros como los odontólogos y los farmacéuticos. Entre los profesionales de nivel medio de la salud se cuentan los técnicos médicos y farmacéuticos, el personal

Cuadro 2.2 Niveles de educación y formación relacionados con las profesiones sanitarias según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE-1997)

Nivel	Denominación	Descripción	Duración habitual	Dimensiones complementarias
3	Segundo ciclo de enseñanza secundaria	En los países que tienen un sistema de enseñanza obligatoria este nivel suele comenzar al final de la enseñanza obligatoria de tiempo completo.	Generalmente exige cursar unos nueve años de enseñanza de tiempo completo desde el comienzo de la educación primaria (nivel 1).	Para clasificar este nivel deben tenerse en cuenta el tipo de educación ulterior o destino, la orientación del programa y la duración teórica total. El nivel 3 corresponde a los requisitos mínimos habituales para recibir formación sanitaria teorico-práctica.
4	Enseñanza postsecundaria, no terciaria	Programas que desde un punto de vista internacional unen el segundo ciclo de secundaria a la enseñanza postsecundaria, aunque en un contexto nacional puedan considerarse a todas luces como programas de segundo ciclo de secundaria o de enseñanza postsecundaria.	Suele durar entre seis meses y dos años (calculado en tiempo completo).	Puede comprender tres orientaciones del programa: (i) enseñanza general; (ii) enseñanza preprofesional o pretécnica; y (iii) enseñanza profesional o técnica. Incluye la educación de adultos (por ejemplo, cursos técnicos impartidos durante la vida profesional de una persona sobre temas específicos).
5	Primer ciclo de la educación terciaria	Programas de enseñanza terciaria de contenido educativo avanzado (pero que no conducen directamente a una calificación de investigación avanzada).	Suele durar al menos dos años (calculado en tiempo completo), aunque algunos programas son de cuatro años o más.	Comprende programas que dan acceso a ocupaciones que exigen un alto nivel de capacitación. Incluye los programas que conducen a la obtención del grado de maestría.
6	Segundo ciclo de la educación terciaria	Programas de enseñanza terciaria que conducen a una calificación de investigación avanzada (es decir, están dedicados a estudios avanzados e investigaciones originales, y no están basados únicamente en cursos).		El alcance de este nivel es muy restringido.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (8).

de enfermería y partería de nivel medio, y otros, como ayudantes de odontología, técnicos fisioterapeutas y ópticos (cuadro 2.4).

En el caso de la versión anterior de la CIUO (aprobada en 1988, o CIUO-88) –según la cual se estaban clasificando los datos disponibles en el momento de publicar el presente manual–, para poder identificar adecuadamente las ocupaciones relacionadas con la salud, la información de interés debía codificarse con un grado de detalle que correspondía como mínimo al nivel de tres dígitos. La información del nivel de dos dígitos no permitía distinguir las ocupaciones sanitarias de otras ocupaciones relacionadas con las ciencias de la vida. Sin embargo, a raíz de reuniones consultivas de la OIT,

la OMS y otros interesados se admitió que la versión anterior estaba anticuada en algunas áreas y de este reconocimiento surgió la recién adoptada versión de 2008 (11).

La mayoría de las ocupaciones sanitarias pueden identificarse en el nivel de los dos o los tres dígitos de la CIUO-08. Sin embargo, se necesita un código de cuatro dígitos para distinguir entre especialistas (como dentistas y farmacéuticos), así como para identificar por separado a otros trabajadores relacionados con la salud, como psicólogos y profesionales del trabajo social, que se clasifican en el mismo subgrupo que otros profesionales de las ciencias sociales, como economistas y sociólogos.

Cuadro 2.3 Campos de formación profesional relacionados con la salud según el manual *Fields of training* [Campos de formación]

Código	Campo	Descripción
Campos de formación directamente relacionados con la salud		
721	Medicina	<p>Se centra en los principios y procedimientos que permiten prevenir, diagnosticar, atender y tratar las afecciones, las enfermedades y los traumatismos en los seres humanos y mantener a estos en buen estado de salud. Este ámbito abarca fundamentalmente la formación de los médicos.</p> <p>En este campo se clasifican los programas cuyo principal contenido es el siguiente: medicina, ciencias médicas, formación médica. Comprende las especializaciones médicas, como anatomía, anestesiología, cardiología, cirugía, dermatología, epidemiología, geriatría, hematología, medicina forense, medicina interna, medicina preventiva y social, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, pediatría y psiquiatría.</p>
722	Servicios médicos	<p>Se centra en las afecciones físicas, el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento del bienestar físico de los seres humanos sin recurrir a métodos quirúrgicos.</p> <p>Los programas de formación incluidos bajo este epígrafe comprenden una amplia gama de servicios como farmacia, fisioterapia, nutrición y dietética, optometría, prótesis ortopédicas, quiropraxia, radioterapia, readaptación profesional, servicios de ambulancia, técnicas de radiología médica, tecnología de audioprótesis, tecnología de laboratorio médico, tecnologías paramédicas de urgencia, terapia ocupacional y trastornos del lenguaje y logopedia.</p>
723	Enfermería	<p>Se centra en la prestación de atención de salud a las personas enfermas, minusválidas o inválidas y en la asistencia a médicos u otros profesionales médicos y sanitarios de nivel superior en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación con los siguientes contenidos principales: atención a ancianos, atención a minusválidos, ayudante de enfermería/camillero o celador, cuidados de enfermería auxiliares, cuidados de enfermería básicos, enfermería psiquiátrica, higiene del lactante (cuidados de enfermería) o partería.</p>
724	Servicios dentales	<p>Se centra en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y anomalías de los dientes y las encías. Comprende el diseño, la fabricación y la reparación de prótesis dentales y aparatos de ortodoncia, así como la prestación de asistencia a los odontólogos.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación cuyos principales contenidos son: auxiliar de odontología, cirugía odontológica, enfermería odontológica, higienista dental, odontología, odontología clínica, ortodoncia y tecnología de laboratorio odontológico.</p>
Campos de formación asociados a la salud		
762	Trabajo social y orientación	<p>Se centra en las necesidades de las comunidades, de ciertos grupos y de los individuos en materia de bienestar y en las formas adecuadas de cubrirlas. Presta especial atención al bienestar social, en particular a las políticas y prácticas sociales.</p> <p>En este campo se clasifican programas de formación como los siguientes: apoyo en situaciones de crisis, orientación en materia de alcoholismo y toxicomanía, prácticas sociales y trabajo social (bienestar).</p>
850	Protección medioambiental	<p>Se centra en las relaciones entre los organismos vivos y el medio con objeto de proteger una amplia gama de recursos naturales. Comprende los programas de servicios comunitarios que abordan cuestiones que afectan a la salud pública, como las normas de higiene de los alimentos y el abastecimiento de agua.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: eliminación de desechos, reducción de la contaminación atmosférica, reducción de la contaminación del agua, saneamiento comunitario y toxicología medioambiental.</p>
862	Salud y seguridad en el trabajo	<p>Se centra en la identificación, la evaluación y el control de los factores ambientales asociados al lugar de trabajo.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: bienestar laboral (seguridad), ergonomía (salud y seguridad en el trabajo), estrés en el trabajo, salud e higiene en el trabajo, y salud y seguridad en el lugar de trabajo.</p>

Fuente: Adaptado de Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional y Eurostat (9).

Cuadro 2.4 Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008

CIUO-2008				CIUO-1988			
Código de grupo		Título de la ocupación		Código de grupo		Título de la ocupación	
Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario		Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario	
22			Profesionales de la salud	22			Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
	221		Médicos		222		Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)
		2211	Médicos generales			2221	Médicos
		2212	Médicos especialistas				
	222		Profesionales de enfermería y partería		223		Personal de enfermería y partería de nivel superior
		2221	Profesionales de enfermería			2230	Personal de enfermería y partería de nivel superior
		2222	Profesionales de partería				
	223		Profesionales de medicina tradicional y alternativa				
		2230	Profesionales de medicina tradicional y alternativa				
	224		Practicantes paramédicos				
		2240	Practicantes paramédicos				
	226		Otros profesionales de la salud		222		Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)
		2261	Dentistas			2222	Odontólogos
		2262	Farmacéuticos			2224	Farmacéuticos
		2263	Profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental				
		2264	Fisioterapeutas				
		2265	Dietistas y nutricionistas				
		2266	Audiólogos y logopedas				
		2267	Optometristas				
		2269	Profesionales de la salud no clasificados bajo otros epígrafes			2229	Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo otros epígrafes
32			Profesionales de nivel medio de la salud	31			Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias físicas y químicas, la ingeniería y afines
	321		Técnicos médicos y farmacéuticos		313		Operadores de equipos ópticos y electrónicos
		3211	Técnicos en aparatos de diagnóstico y tratamiento médico			3133	Operadores de aparatos de diagnóstico y tratamiento médicos
		3212	Técnicos de laboratorios médicos				
				32			Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
					322		Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería)
		3213	Técnicos y asistentes farmacéuticos			3228	Técnicos y asistentes farmacéuticos

Continuado...

CIUO-2008			CIUO-1988		
Código de grupo			Código de grupo		
Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario	Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario
Título de la ocupación			Título de la ocupación		
		3214			
	322			323	
		3221			3231
		3222			3232
	323			324	
		3230			3241
	325			322	
		3251			3225
		3252			
		3253			
		3254			3224
		3255			3226
		3256			3221
		3257			3222
		3258			
		3259			3229
53			51		
	532			513	
		5321			5132
		5322			5133
		5329			
		1342			
		1343			
		2634			2445
		2635			2446
		3344			

Notas: Este cuadro presenta un panorama general del tratamiento dado a las ocupaciones sanitarias en las versiones de 1988 y 2008 de la CIUO y no debe utilizarse para establecer correspondencias. Se han excluido de la presentación temática las ocupaciones relacionadas con el campo de la veterinaria.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (10).

La CIUO-08 contiene una mejora de gran interés para el análisis del personal sanitario: se han creado nuevos grupos primarios, en particular para distinguir a los médicos generales de los especialistas y para identificar a diversos tipos de trabajadores relacionados con la salud. Por ejemplo, un número creciente de países, especialmente los de ingresos bajos con una gravísima penuria de médicos y enfermeros muy calificados, están recurriendo a los «trabajadores comunitarios de la salud» –es decir, a asistentes sanitarios comunitarios seleccionados, formados y que trabajan en las comunidades de las que proceden– para que presten determinados servicios básicos de salud (12). Esta categoría se especifica en la CIUO-08 (código de grupo primario 3253).

Otra mejora afecta al tratamiento que se da a las ocupaciones veterinarias. En la CIUO-88, dichas ocupaciones se clasificaban en los mismos subgrupos que las relacionadas con la salud humana, por lo que era preciso recurrir a la codificación de cuatro dígitos para distinguir entre veterinarios y auxiliares de veterinaria. Sin embargo, en la CIUO-08 estos dos grupos ocupacionales se clasifican ahora en subgrupos distintos. Como resultado de ello, incluso los datos difundidos en el nivel de tres dígitos permitirán distinguir las ocupaciones relacionadas con la salud humana de las veterinarias tanto en el nivel superior como en el nivel medio.

Otras ocupaciones de interés son las de directores y las de trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud. En la CIUO-08, los directores de servicios de salud y los directores de servicios de cuidado de las personas de edad están identificados por separado en el nivel de cuatro dígitos (códigos de grupo primario 1342 y 1343, respectivamente). Los «trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud» se identifican en un subgrupo aparte (código 532) que comprende sendos grupos primarios para los trabajadores de los cuidados personales en instituciones y para los trabajadores de los cuidados personales a domicilio. En la información clasificada según la antigua CIUO-88 era preciso llegar al nivel más detallado, de cuatro dígitos, para distinguir a los trabajadores del cuidado de los niños de los trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud.

Algunos documentos elaborados por la Organización Internacional del Trabajo muestran a los países cómo elaborar, mantener y revisar una clasificación nacional de ocupaciones y hacerla corresponder con la clasificación internacional normalizada (13, 14). En el sitio web de la CIUO pueden consultarse la información más actualizada y las recomendaciones más recientes (10).

2.3.3 Clasificación de las ramas de la actividad económica

Como se ha mencionado anteriormente, además de los proveedores de servicios de atención sanitaria, hay muchos trabajadores sin formación sanitaria cuya labor mantiene las instituciones de salud en funcionamiento. Se estima que aproximadamente una tercera parte de la fuerza de trabajo sanitaria mundial se compone de personal administrativo y auxiliar (4). Para dar cuenta de este es preciso incluir ocupaciones clasificadas a lo largo de casi todos los grupos de la CIUO, por lo que probablemente se necesite más información sobre el lugar de trabajo. La CIUO puede servir de base para este análisis, ya que permite reunir datos sobre los trabajadores de servicios de salud en distintos tipos de sistemas económicos dentro de un marco comparativo (15). En la CIUO, las unidades económicas de producción se clasifican en niveles de generalidad decreciente según una jerarquía de cuatro niveles: secciones (código de una letra), divisiones (código de dos dígitos), grupos (código de tres dígitos) y clases (código de cuatro dígitos). Esta categorización se basa en similitudes de la naturaleza de los bienes y servicios producidos, de los usos que se hacen de dichos bienes y servicios, y de los recursos, los procesos y las tecnologías de producción.

En la CIUO, la información de interés para el análisis del personal sanitario es fundamentalmente la incluida en la división 86, «actividades relacionadas con la salud humana». Los datos disponibles en el nivel de grupo (tres dígitos) o de clase (cuatro dígitos) permitirán desglosar los diversos tipos de actividades de los sistemas de salud, como la prestación de servicios, la adquisición de suministros o la financiación. El cuadro 2.5 recoge algunas categorías relacionadas con la salud que figuran en la última revisión de la CIUO.

2.3.4 Otras clasificaciones

Para los países y los interesados también reviste importancia la capacidad de distinguir entre las diversas categorías de recursos humanos dentro de los sistemas de salud, como los trabajadores que son asalariados regulares de los sistemas y los que no lo son, o aquellos cuyo salario base se obtiene del presupuesto público y los que son financiados por otras fuentes. El sitio web de la División de Estadística de las Naciones Unidas ofrece una lista completa de clasificaciones internacionales para la recopilación y difusión de estadísticas económicas y sociales (16).

Cuadro 2.5 Sectores económicos relacionados con actividades sanitarias según la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas, cuarta revisión

Código				Actividad económica
Sección	División	Grupo	Clase	
Principales grupos y clases del sector de la salud				
Q				Actividades relacionadas con los servicios sociales y la salud humana
	86			Actividades relacionadas con la salud humana
		861	8610	Actividades de hospitales
		862	8620	Actividades de médicos y odontólogos
		869	8690	Otras actividades relacionadas con la salud humana
Algunas clases asociadas				
C	21	210	2100	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos
	32	325	3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y dentales
E	36	360	3600	Captación, depuración y distribución de agua
	37	370	3700	Alcantarillado
G	47	477	4772	Venta al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en comercios especializados
K	65	651	6512	Seguros, excluidos los de vida (incluye los planes de seguro médico)
M	71	712	7120	Ensayos y análisis técnicos (comprende los ensayos en el campo de la higiene alimentaria; ensayos y mediciones de la contaminación atmosférica y del agua)
O	84	841	8412	Regulación de las actividades relacionadas con la prestación de servicios de atención sanitaria, educativos, culturales y otros servicios sociales
			8430	Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria (incluye la financiación y administración de programas estatales de seguridad social para los casos de enfermedad, accidente laboral, invalidez transitoria, etc.)
Q	87	871	8710	Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados de enfermería
		872	8720	Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedades mentales o drogodependencias
	88	881	8810	Actividades de servicios sociales para personas de edad avanzada y discapacitadas (sin alojamiento)

Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas (15).

2.4 Observaciones finales

El análisis comparativo del personal sanitario sólo resulta útil cuando la información disponible se basa en una definición y clasificación común de los trabajadores que lo integran. No existe una única delimitación operativa de lo que constituye el personal sanitario. En muchas evaluaciones se emplean definiciones y denominaciones específicas de países, o incluso de determinados instrumentos, que no siempre son comparables internacionalmente o a lo largo del tiempo. Sin embargo, cada vez son más numerosos los países que difunden datos del mercado de trabajo sanitario

que pueden hacerse corresponder con clasificaciones internacionales normalizadas como la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas. Estas clasificaciones ofrecen un marco coherente para categorizar las principales variables de la fuerza de trabajo (formación profesional, ocupación y sector de empleo, respectivamente) con arreglo a características comunes. Haciendo uso de esta tricotomía es posible identificar a las personas con formación sanitaria, a las que

trabajan en ocupaciones relacionadas con la salud y a las que trabajan en el sector sanitario.

Los análisis del personal sanitario pueden basarse en datos de diversas fuentes, incluidas fuentes ordinarias de estadísticas ajenas al sector sanitario (tradicional). La sección de manuales, directrices y material de formación del sitio web de la División de Estadística de las Naciones Unidas ofrece una selección de instrumentos para orientar la recopilación y codificación de información estadística sobre la actividad económica a partir de censos y encuestas de población (17) (véase también 18, 19). La División de Estadística de las Naciones Unidas (20) recomienda que se recopilen y procesen datos censales sobre formación, ocupación y sector de actividad que se hayan clasificado con arreglo a la última revisión disponible de la clasificación internacional que corresponda (es decir, la CINE, la CIUO o la CIIU, respectivamente) o en un formato que permita la correspondencia con ella. Recomienda, asimismo, que los países codifiquen las respuestas recopiladas en el nivel más detallado que permita la información suministrada. En particular, a fin de facilitar la codificación detallada y precisa de los datos sobre ocupaciones, en el cuestionario se le debe preguntar a cada persona en situación activa tanto la denominación (título) de su ocupación como una breve descripción de las principales tareas y funciones que desempeña en su puesto de trabajo. Está previsto que las posibilidades de análisis del personal sanitario se refuercen en la actual serie mundial de censos, que se conoce como ronda de 2010 (abarca el periodo comprendido entre 2005 y 2014) y tendrá amplias posibilidades de explotar la nueva revisión de la CIUO-08.

En el caso de algunos países, proyectos de investigación en colaboración orientados a armonizar variables y estructuras basadas en microdatos para uso público pueden facilitar los análisis de los recursos humanos para la salud en los que se prevea emplear datos de censos y encuestas de población. Entre los principales proveedores de microdatos se cuentan la Integrated Public Use Microdata Series (21), el African Census Analysis Project (22) y el Luxembourg Income Study (23). Estos proyectos procesan series de microdatos de censos y encuestas para numerosos países – haciendo corresponder en la medida de lo posible las variables de educación, ocupación y sector de actividad a la CINE, la CIUO y la CIIU, respectivamente– y ayudan a difundir documentación de interés para la investigación académica y de políticas. El capítulo 8 de este manual presenta un análisis multinacional de las estadísticas del personal sanitario haciendo uso de la Integrated Public Use Microdata Series (21). El análisis se basó en datos laborales de la ronda de censos de 2000 que se hicieron corresponder con la CIUO-88.

Pese a las continuas mejoras y revisiones, por su propia naturaleza, las clasificaciones normalizadas son generalizaciones y buscan simplificar un sistema muy complejo con fines estadísticos. Así, es probable que no siempre den cuenta de toda la complejidad y la dinámica del mercado laboral sanitario. La OMS, la OIT y otros asociados participan continuamente en iniciativas dirigidas a mejorar las clasificaciones internacionales de interés para el análisis del personal sanitario y a promover su uso. Ello incluye el inventario en curso de las diversas fuentes de datos y tipos de clasificaciones utilizados para el seguimiento de los trabajadores sanitarios (7). Dicho inventario puede facilitar la armonización de las definiciones del personal sanitario dentro de los países y entre ellos, y aplicarse a la formulación de orientaciones para mejorar las clasificaciones del personal sanitario a nivel nacional e internacional. Estas actividades siguen beneficiándose de los intercambios y las interacciones entre los que producen y utilizan esta información desde diversos puntos de vista, como administraciones públicas nacionales (ministerios de salud, trabajo y educación, y oficinas centrales de estadística), asociaciones de profesionales sanitarios, oficinas regionales y nacionales de la OMS, otros organismos internacionales con intereses de carácter sanitario y estadístico, organizaciones no gubernamentales y privadas que trabajan en el campo de la salud y la estadística, e instituciones académicas y de investigación.

Referencias

1. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 10 January 2009).
2. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):770–778 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf), accessed 10 January 2009).
3. Dal Poz MR, Varella TC, Galin P, Novick M. *Relaciones laborales en el sector salud: fuentes de información y métodos de análisis, v. 1*. Quito, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
4. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
5. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human resources for health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
6. Hoffmann E. International statistical comparisons of occupational and social structures: problems, possibilities and the role of ISCO-88. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, eds. *Advances in cross-national comparison*. New York, Kluwer Plenum Publishers, 2003.
7. Dal Poz MR, Kinu Y, Dräger S, Kunjumen T. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background paper prepared for *The world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf, accessed 10 January 2009).
8. *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: CINE 1997*. París, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_E.pdf, accessed 10 January 2009).
9. *Fields of training: manual*. Thessaloniki, European Centre for the Development of Vocational Training and Eurostat, 1999 (http://www.trainingvillage.gr/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/31/5092_en.pdf, accessed 10 January 2009).
10. *La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)*. Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>, accessed 11 January 2009).
11. *Options for the classification of health occupations in the updated International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)*. Background paper for the work to update ISCO-88. Geneva, International Labour Organization, 2006.
12. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them?* Follow-up paper to *The world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, accessed 11 January 2009).
13. *Cuestiones de metodología relacionadas con el desarrollo, utilización, mantenimiento y revisión de las clasificaciones estadísticas*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2004 (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/docs/intro5.htm>, accessed 11 January 2009).
14. Embury B. *Constructing a map of the world of work: how to develop the structure and contents of a national standard classification of occupations*. STAT Working Paper No. 95–2. Geneva, International Labour Office, 1997 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/papers/map.pdf>, accessed 11 January 2009).
15. *Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU), Revisión 4*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp>, accessed 11 January 2009).
16. *Sistema internacional de clasificaciones: clasificaciones disponibles*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regct.asp?Lg=3>, accessed 11 January 2009).
17. *Handbooks, guidelines and training manuals*. United Nations Statistics Division (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/>, accessed 11 January 2009).
18. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Encuestas de población económicamente activa, empleo, desempleo y subempleo: Manual de la OIT sobre conceptos y métodos*. Colección Informes OIT, No. 34. Madrid, MTSS, 1993.
19. *Handbook on measuring the economically active population and related characteristics in population censuses*. Studies in Methods Series F, No. 102. New York, United Nations and International Labour Organization, 2009 (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/Entire%20Handbook.pdf>, accessed 19 May 2009).
20. División de Estadística de las Naciones Unidas. *Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación: revisión 2*. Informes Estadísticos, serie M, Núm. 67. Nueva York, Naciones Unidas, 2008.
21. *Integrated Public Use Microdata Series*. Minnesota Population Center (<http://www.ipums.umn.edu/>, accessed 11 January 2009).
22. *African Census Analysis Project*. University of Pennsylvania (<http://www.acap.upenn.edu>, accessed 20 January 2009).
23. Luxembourg Income Study (<http://www.lisproject.org/>, accessed 11 January 2009).

Parte II: SEGUIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA LABORAL



3

Seguimiento de la fuerza laboral sanitaria activa: indicadores, fuentes de datos y análisis ilustrativo

FELIX RIGOLI, BOB POND, NEERU GUPTA, CHRISTOPHER H HERBST

3.1 Introducción

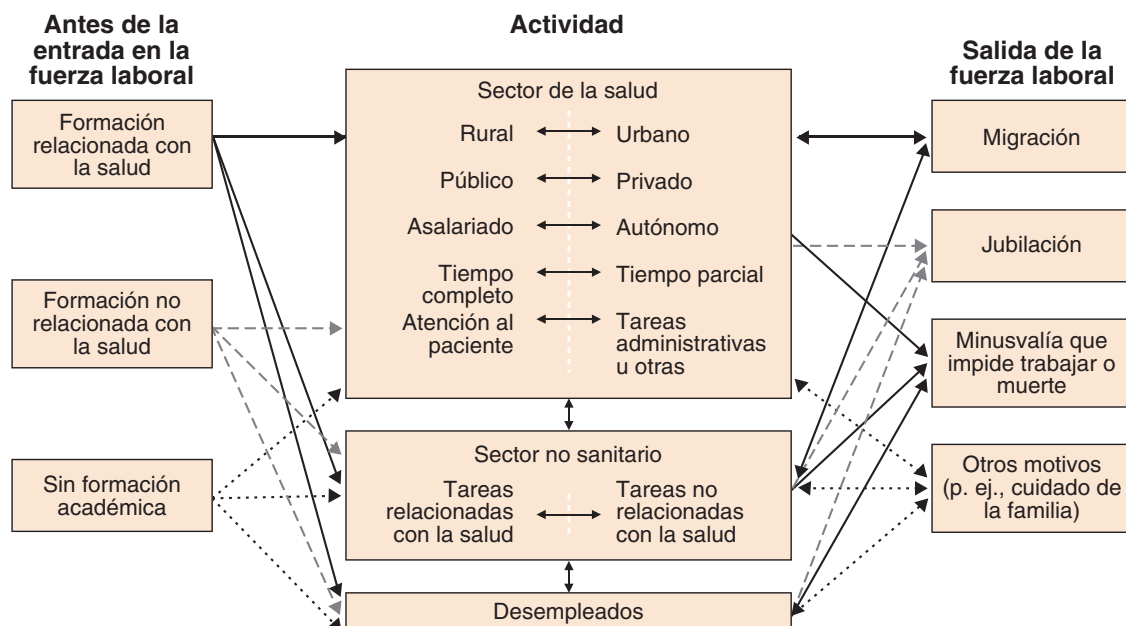
Hace mucho tiempo que a los recursos humanos para la salud (RHS) se les reconoce la condición de «piedra angular del sector [sanitario] para producir, dispensar y gestionar servicios» (1). Las evaluaciones de los RHS son necesarias para diversos fines, en particular para planificar, aplicar, supervisar y evaluar estrategias, programas e intervenciones en el sector sanitario. Pocos cuestionan la importancia de contar con pruebas empíricas sólidas que orienten la toma de decisiones y el seguimiento de los avances en el fortalecimiento del desarrollo y la gestión del personal sanitario. Describir con precisión los RHS puede ayudar a identificar oportunidades y limitaciones para la ampliación de intervenciones de salud.

El volumen y la distribución de la fuerza laboral sanitaria son el resultado de la entrada de los trabajadores en ella, de su salida de ella y de su circulación entre diferentes sectores institucionales (público o privado), ramas de actividad (servicios de salud o de otro tipo), regiones (rural o urbana), países o situaciones en el

empleo (empleado, desempleado o inactivo) (figura 3.1). Según las circunstancias y los medios de seguimiento de cada país, existen diversas permutaciones y combinaciones posibles de lo que constituye el personal sanitario; en el capítulo 2 del manual se presenta un marco para armonizar sus límites y su composición en diversos contextos. Es importante facilitar los procesos de recopilación y análisis de los datos centrándose en un número limitado y esencial de indicadores que sean comparables y mensurables regularmente a partir de fuentes de datos ordinarias (2); estas comprenden las fuentes poblacionales (censos y encuestas), las evaluaciones de establecimientos sanitarios y la documentación administrativa. Para llevar a cabo evaluaciones especializadas o detalladas de los RHS puede obtenerse más información de registros profesionales, cuentas nacionales de salud, documentos de las instituciones de formación sanitaria y estudios cualitativos, entre otros.

Para recopilar una base de datos empíricos muy completa suele ser necesario combinar información de

Figura 3.1 Efectivos y flujos del personal sanitario



diversos tipos que a menudo está dispersa en múltiples fuentes. En el presente capítulo se describen los instrumentos y los medios para hacer un seguimiento del personal sanitario activo, es decir, de todas las personas que participan en ese momento en el mercado laboral sanitario. En primer lugar se identifican los indicadores básicos para la caracterización de los RHS, haciendo hincapié en optimizar la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo. Seguidamente se examinan las principales fuentes potenciales de datos, tanto las de carácter primario como las fuentes estadísticas ordinarias, y se estudian las oportunidades que ofrecen y las dificultades que plantean para el análisis del personal sanitario. Se presentan ejemplos ilustrativos basados en estudios de casos de diversos países y fuentes. Por último, se discuten algunas enseñanzas extraídas, así como recomendaciones para el fortalecimiento de los sistemas de información y seguimiento de los RHS en los países. El capítulo está dedicado fundamentalmente al seguimiento de la actividad del personal sanitario en el mercado laboral; las mediciones relacionadas con la entrada (en particular, de la educación y la formación previas al empleo) y la salida (pérdida de efectivos debida a diversos factores, como emigración, jubilación y muerte) se abordarán, respectivamente, en los capítulos 4 y 5 de este manual.

3.2 Indicadores básicos para el análisis de los RHS: ¿qué debemos supervisar?

Para llevar a cabo eficazmente el seguimiento y la evaluación de los RHS en los países es preciso acordar un conjunto básico de indicadores a nivel subnacional, nacional e internacional que orienten la toma de decisiones por parte de las autoridades nacionales y otros interesados. Lo ideal es que los indicadores seleccionados reúnan las propiedades siguientes, conocidas por la sigla inglesa SMART: deben ser específicos (*specific*; miden el resultado con exactitud); mensurables (*measurable*; permiten rastrear el resultado); alcanzables (*attainable*; permiten comparar el resultado con una meta realista); pertinentes (*relevant*; son de interés para el resultado que se busca) y sujetos a plazos (*timebound*; están referidos a periodos de tiempo concretos). La medición continua y uniforme de estos indicadores permite hacer un seguimiento de la forma en que se están aplicando los programas y las políticas relacionados con los RHS. Una vez generados los datos que servirán de referencia, puede establecerse un marco de evaluación con metas periódicas para basar el análisis en las variaciones y los avances a lo largo del tiempo, es decir, en saber si las actividades se han aplicado en la dirección correcta con arreglo a los planes y objetivos estratégicos iniciales.

El cuadro 3.1 presenta una serie de indicadores que, cuando se miden de forma sistemática, pueden utilizarse para hacer un seguimiento del personal sanitario activo (2, 3). En el nivel más básico, es necesario saber cuántas personas están trabajando en el campo de la salud, sus características y su distribución. Al considerar el volumen de la fuerza laboral sanitaria de un país en un momento dado, es decir, al medir sus efectivos, es fundamental determinar si la instantánea incluye a los trabajadores empleados en establecimientos de atención de salud (distinguiendo entre los que figuran en la lista de turnos del establecimiento y los contabilizados individual y físicamente el día de la evaluación), a las personas que hayan recibido formación en un campo relacionado con la salud, independientemente del lugar en el que trabajen, o a las personas que hayan recibido formación en un campo relacionado con la salud, independientemente de su situación actual en la fuerza laboral.

Determinar la combinación de capacidades del personal sanitario permite evaluar la composición del personal por categorías en un determinado momento e identificar posibles desequilibrios debidos a disparidades en los efectivos de las diversas ocupaciones sanitarias. Las estadísticas sobre la combinación de capacidades pueden ayudar a orientar las estrategias para conseguir la composición de funciones y de personal más adecuada y eficaz con respecto al coste. Habida cuenta de que, en el caso del sector privado, cuando los recuentos de los trabajadores se basan en fuentes de datos administrativas tienden a ser menos precisos que en el sector público, y de que muchas veces los proveedores privados con fines de lucro son menos asequibles para las poblaciones de ingresos bajos, se recomienda utilizar también indicadores para el seguimiento del sector de empleo de los trabajadores (público, privado con fines de lucro o privado sin fines de lucro).

Como se detalló en el capítulo anterior, para llevar a cabo evaluaciones exhaustivas se necesita información exacta sobre la ocupación, el sector de actividad y la formación. Basándose en una combinación de estos tipos de información se podrá identificar, por ejemplo, el empleo en actividades no sanitarias entre las personas con formación relacionada con la salud, y el empleo en actividades sanitarias con puestos de trabajo que no requieren competencias clínicas (véase el capítulo 2). Otros indicadores de productividad laboral, desempleo y subempleo, y emigración, por ejemplo, permitirán hacer un seguimiento del despilfarro de personal o de la excesiva pérdida de utilidad debida a una disminución de efectivos o una baja productividad que podrían haberse evitado o corregido (4). Los parámetros del personal sanitario, o determinadas características del desempeño o la eficiencia de las estrategias de desarrollo de los RHS, pueden

evaluarse, además, mediante indicadores de la renovación y las migraciones de los RHS (2).

Puede mejorarse la comparabilidad de las estadísticas sobre RHS entre países y a lo largo del tiempo estableciendo y utilizando definiciones y clasificaciones comunes para el seguimiento del mercado de trabajo. Ello incluye recopilar, procesar y difundir los datos con arreglo a clasificaciones normalizadas internacionalmente, como la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU), la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) y la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE).

Según la fuente de datos que se utilice, podrán desagregarse los indicadores relativos a los RHS con arreglo a determinadas características para su posterior análisis. Este desglose permite hacer un seguimiento de los progresos en las políticas de formación, contratación y gestión del personal sanitario en las comunidades subatendidas u otros grupos de población considerados prioritarios a nivel nacional. Por ejemplo, desagregar la información sobre las rentas del trabajo del personal sanitario por sexos puede ser útil para el seguimiento de la disparidad entre hombres y mujeres en los ingresos por el trabajo. La estratificación de las estadísticas de la fuerza laboral por distrito, provincia o región es especialmente importante para el seguimiento de la equidad en el acceso geográfico a los servicios de salud. La renovación de los RHS puede evaluarse de forma indirecta a partir de la distribución por edades del personal sanitario activo, en particular del cociente entre los trabajadores jóvenes (menores de 30 años) y los cercanos a la edad de jubilación.

En función de la naturaleza del indicador y la fuente de datos, puede llevarse a cabo una evaluación de los programas y políticas relacionados con los RHS en el corto, mediano o largo plazo. Por ejemplo, es probable que algunos aspectos de la dinámica de los RHS sólo cambien significativamente a largo plazo, como la producción de médicos, que tardaría al menos una década, dada la larga formación previa al empleo que se exige a esta categoría de trabajadores sanitarios.

3.3 Panorámica general de las fuentes potenciales de datos

Las políticas y los programas destinados al sector sanitario deben basarse en datos puntuales, fiables y válidos. Pese a la opinión predominante de que las estadísticas sobre el personal sanitario son escasas, incluso en países de ingresos bajos existen diversas

fuentes que, en teoría, pueden generar información de interés, como los censos y encuestas de población, las evaluaciones de establecimientos sanitarios y la documentación administrativa ordinaria. Cada una de estas fuentes tiene puntos fuertes y limitaciones que es preciso evaluar (cuadro 3.2) (2, 5). Si se combinan varios de estos instrumentos complementarios, puede obtenerse información útil y abundante para el seguimiento y la evaluación del personal sanitario y su impacto en los sistemas de salud.

Todos los países recopilan al menos algunos datos sobre su población, principalmente por medio de censos demográficos periódicos y encuestas de hogares por muestreo que generan información estadística sobre las personas, sus hogares, sus condiciones socioeconómicas y otras características. En la mayoría de los censos y las encuestas de población activa se pregunta la ocupación del entrevistado (y de los demás adultos miembros del hogar), así como otras características demográficas, entre ellas la edad, el sexo y el nivel de instrucción. Por lo general, en las encuestas de población activa se piden más detalles, por ejemplo, sobre el lugar de trabajo, el sector de actividad, la remuneración, el tiempo trabajado y el empleo secundario (6). La tabulación de datos poblacionales sobre la actividad laboral permite obtener muchos resultados útiles para el análisis de los RHS. Otros tipos de encuestas nacionales de hogares pueden también aportar información de interés; por ejemplo, se han utilizado encuestas que contienen preguntas sobre los comportamientos de demanda de atención sanitaria para ayudar a entender de qué modo factores tales como la demografía, la cobertura del seguro médico y la distancia a un centro de salud no sólo influyen en la decisión de los clientes de recurrir a los servicios de un proveedor de atención sanitaria o no hacerlo, sino que contribuyen a determinar el tipo de proveedor que presta dichos servicios (por ejemplo, el sector público o el privado, un proveedor formal o informal).

Se pueden llevar a cabo evaluaciones de los establecimientos de salud utilizando diversos tipos de muestreo (censos de establecimientos o encuestas por muestreo) y métodos (cuestionarios que cumplimenta y remite el propio encuestado por correo, fax o Internet; entrevistas telefónicas o presenciales). Según el tipo de procedimientos e instrumentos de recopilación de datos utilizados, puede obtenerse información más o menos detallada sobre parámetros de la fuerza laboral sanitaria como la capacitación en el empleo y la productividad de los proveedores. Por otra parte, la naturaleza de las evaluaciones de establecimientos facilita la obtención de datos que permiten medir muchos otros indicadores relacionados con la evaluación del desempeño del sistema de salud, como las infraestructuras, la disponibilidad de suministros y los costes (7).

Cuadro 3.1 Algunos de los principales indicadores para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud

Indicador	Descripción	Numerador	Denominador	Cuestiones relacionadas con la medición o la comparabilidad
Indicadores básicos de los efectivos y la distribución de los RHS				
Efectivos (y densidad) de los RHS	Número total de recursos humanos para la salud (con respecto a la población)	Número total de trabajadores sanitarios en un determinado país	Población total del país	Definición y límites profesionales de los RHS, por ejemplo, por ocupación (p. ej., médicos, enfermeros, etc.), por sector de actividad o por formación –distinguiendo entre los recuentos de personal y los puestos de trabajo–
Combinación de capacidades	Distribución de los RHS por ocupación, especialización u otras características relacionadas con las capacidades	Número de médicos, enfermeros y parteros (u otras categorías de prestadores de servicios de salud)	Número total de trabajadores sanitarios	Clasificación ocupacional –distinguiendo entre los recuentos de personal y los puestos de trabajo (se ponderan estos según la equivalencia en tiempo completo de las horas de trabajo)
Distribución geográfica	Distribución de los RHS por ubicación geográfica	Número de trabajadores sanitarios en zonas rurales (u otras regiones epidemiológicas, administrativas o económicas)	Número total de trabajadores sanitarios	Definición de rural (u otra delimitación geográfica)
Distribución por edades	Distribución de los RHS por grupos etarios	Número de trabajadores sanitarios de un determinado grupo de edad	Número total de trabajadores sanitarios	
Distribución por sexos	Distribución de los RHS por sexos	Número de trabajadores sanitarios de sexo femenino (o masculino)	Número total de trabajadores sanitarios	
Indicadores de actividad de los RHS en la fuerza laboral				
Tasa de actividad	Proporción de los RHS que está actualmente activa en la fuerza laboral	Número de personas con capacidades relacionadas con la salud que están actualmente activas en la fuerza laboral	Número total de personas en edad de trabajar que tienen capacidades relacionadas con la salud	Clasificaciones ocupacionales o educativas, así como límites de edad para ser considerado parte de la fuerza laboral
Tasa de empleo/desempleo	Proporción de los RHS que está actualmente empleada (o desempleada)	Número de personas con capacidades relacionadas con la salud que están actualmente empleadas (o desempleadas)	Número total de personas con capacidades relacionadas con la atención de salud que están activas en la fuerza laboral	Definiciones de la participación en la fuerza laboral y la situación en el empleo
Sector de actividad	Distribución de los trabajadores por sector de actividad	Número de personas empleadas en el sector de los servicios de salud	Número total de personas empleadas en la actualidad	Clasificación industrial (sectores de actividad)

Continuado...

Indicador	Descripción	Numerador	Denominador	Cuestiones relacionadas con la medición o la comparabilidad
Sector institucional	Distribución de los trabajadores sanitarios por sector institucional	Número de trabajadores sanitarios empleados en el sector público (frente al privado o el no gubernamental)	Número total de trabajadores sanitarios	Definición del organismo responsable de la explotación del lugar de trabajo
Pluriempleo	Proporción de los RHS que en la actualidad está empleada en más de un lugar	Número de trabajadores sanitarios que en la actualidad están empleados en más de un lugar	Número total de trabajadores sanitarios	
Ingresos laborales	Ingresos laborales medios de los trabajadores sanitarios	Ingresos laborales totales de los trabajadores sanitarios a lo largo de un determinado período (salarios, honorarios por ejercicio o beneficios empresariales)	Número total de trabajadores sanitarios	Distinción entre ingresos netos y brutos, fuentes de ingresos, prestaciones no monetarias, y definición del período de referencia para la notificación de los ingresos
Indicadores de productividad de los RHS				
Absentismo	Días de absentismo entre los trabajadores sanitarios	Número de días de ausencia del conjunto de los empleados durante un período determinado en el lugar de trabajo (en el que se presta atención sanitaria)	Número total de días laborales previstos para el conjunto de los empleados durante ese mismo período y en ese mismo lugar de trabajo	Delimitación y notificación de las causas de absentismo (p. ej., ausencia por cumplimiento de deberes cívicos, baja por enfermedad u otro tipo de baja por motivos urgentes, baja por maternidad o permiso parental, ausencia no autorizada)
Productividad del proveedor	Número relativo de tareas concretas llevadas a cabo por los trabajadores sanitarios	Tareas concretas llevadas a cabo durante un determinado período (p. ej., consultas ambulatorias, vacunaciones, intervenciones quirúrgicas) por un determinado proveedor de servicios de atención sanitaria	Número total de tareas concretas llevadas a cabo durante ese mismo período por todos los proveedores de servicios de atención sanitaria	Delimitación de las tareas en cuanto a cantidad o calidad
Indicadores de salida y pérdida de los RHS				
Razón de generación de fuerza laboral	Razón de entrada en la fuerza laboral sanitaria	Número de graduados de instituciones de formación sanitaria en el último año	Número total de trabajadores sanitarios	Clasificación educativa y procesos de reconocimiento del título o distribución de los recién graduados
Autosuficiencia nacional en materia de RHS	Proporción de trabajadores sanitarios formados en el país	Número de trabajadores sanitarios que se han formado en el país de referencia	Número total de trabajadores sanitarios con formación que hay en el país	Clasificaciones ocupacionales/educativas en el país de origen y en el país receptor en el caso de los trabajadores formados en el extranjero
Razón de pérdida de fuerza laboral	Razón de salida de la fuerza laboral sanitaria	Número de trabajadores sanitarios que abandonaron la fuerza laboral activa durante el último año	Número total de trabajadores sanitarios	Delimitación y notificación de las razones de la salida (p. ej., jubilación, mortalidad, emigración, excedencia o cambio de profesión)

Fuentes: Adaptado de Diallo et al. (2) y OMS y University of Technology Sydney (3).

Cuadro 3.2 Fuentes potenciales de datos para el seguimiento del personal sanitario

Fuente	Ventajas	Limitaciones
Censos de población	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan datos representativos a nivel nacional sobre los efectivos de los RHS: recuento del personal de todas las ocupaciones (incluidos el sector privado, el personal administrativo y auxiliar, y las ocupaciones sanitarias en sectores no sanitarios) • Los datos pueden desglosarse en subgrupos (por ejemplo, por edad, sexo) y al nivel geográfico más detallado • El rigor en los procedimientos de recopilación y procesamiento ayuda a garantizar la calidad de los datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad: por lo general sólo una vez cada 10 años • La gestión de las bases de datos puede ser complicada desde el punto de vista informático • Con frecuencia se difunden datos que no son lo bastante precisos para el análisis de los RHS, pero en muchos casos no se notifican microdatos que ayudarían a un análisis detallado • Datos sincrónicos: no permiten el seguimiento de la entrada y la salida de la fuerza laboral • Por lo general, no ofrecen información sobre la productividad laboral o los ingresos
Encuestas de población activa	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan datos representativos a nivel nacional de todas las ocupaciones • Ofrecen información detallada sobre la actividad en la fuerza laboral (incluidos el lugar de trabajo, el desempleo y el subempleo, y los ingresos) • El rigor en los procedimientos de recopilación y procesamiento ayuda a garantizar la calidad de los datos • Necesitan menos recursos que los censos 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad variable entre los países: desde mensual a quinquenal o más • Con frecuencia se difunden datos que no son lo bastante precisos para el análisis de los RHS • El tamaño de la muestra suele ser demasiado pequeño para permitir el desglose • Datos sincrónicos: no permiten el seguimiento de la entrada y la salida de la fuerza laboral
Evaluaciones de establecimientos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan información sobre el personal de establecimientos de salud, incluido el personal administrativo y auxiliar (recuentos de personal y equivalentes de tiempo completo) • Los datos pueden desglosarse por tipo de establecimiento, características demográficas del personal (edad, sexo) y zona geográfica • Pueden utilizarse para hacer un seguimiento de los salarios y las indemnizaciones, la capacitación en el empleo, la productividad de los proveedores, el absentismo, la supervisión y las capacidades disponibles para intervenciones concretas • Por lo general necesitan menos recursos que las evaluaciones basadas en los hogares • Pueden complementarse con la notificación sistemática (por ejemplo, mensual) de la dotación de personal de cada establecimiento (estas estadísticas se citan a menudo en publicaciones oficiales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suelen llevarse a cabo con poca frecuencia y ad hoc • Es frecuente que en el muestreo se omitan establecimientos y consultorios privados • Es posible que se omita a los agentes de salud comunitarios • Puede que se contabilice por partida doble a personas que trabajan en más de un establecimiento • Datos sincrónicos: no permiten el seguimiento de la entrada y la salida de la fuerza laboral • No ofrecen información sobre el desempleo o las ocupaciones sanitarias en el sector de los servicios no relacionados con la salud (por ejemplo, la enseñanza o la investigación) • La calidad de los datos varía de unos países a otros y a lo largo del tiempo
Registros de nóminas de la administración pública	<ul style="list-style-type: none"> • Aportan información sobre los empleados del sector público (recuentos y equivalentes de tiempo completo) • En general, los datos son exactos y se actualizan con regularidad (dado el importante aliciente económico que tiene la administración pública para obtener información de calidad, que también puede ser validada mediante auditorías periódicas de personal) • Los datos pueden a veces ser desglosados por edad, sexo, lugar de trabajo, denominación del empleo y categoría salarial 	<ul style="list-style-type: none"> • No incluyen a las personas que trabajan exclusivamente en el sector privado (salvo que reciban una remuneración pública) • Según la naturaleza del registro, puede contabilizar por partida doble a personas pluriempleadas o excluir a trabajadores contratados localmente que no figuran en la nómina central • Muchos países tienen problemas persistentes para suprimir los «trabajadores fantasmas»^a y los pagos a personal que ya no está activo

Continuado...

Fuente	Ventajas	Limitaciones
Registros de los organismos de reglamentación profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan recuentos de todos los profesionales sanitarios inscritos • Los datos de entrada al mercado laboral sanitario del país se actualizan sistemáticamente • En general, los datos pueden desglosarse por edad, sexo y, en ocasiones, lugar de trabajo • Según las características del registro, se podría hacer un seguimiento de la trayectoria profesional y la salida de los trabajadores sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura y la calidad de los datos varían de unos países a otros y a lo largo del tiempo, según las características y las capacidades de las autoridades de reglamentación • Por lo general se limitan a profesionales sanitarios muy calificados

a. Los «trabajadores fantasmas» son trabajadores que figuran formalmente en nómina, pero no prestan servicio (se trata de una estrategia que suele emplear el personal sanitario para afrontar unas condiciones salariales o laborales insatisfactorias).

Fuentes: Adaptado de Diallo et al. (2) y Pond y Kinfu (5).

En muchos países, la informatización de la documentación administrativa –lo que incluye documentos de gasto público, dotación de personal y nóminas, permisos de trabajo, afiliación sindical y seguridad social– está facilitando enormemente las posibilidades de análisis de los RHS. Muchos proveedores de atención sanitaria calificados necesitan una formación académica, el reconocimiento del título y una autorización para ejercer su profesión; en consecuencia, la documentación administrativa de las instituciones de formación sanitaria y los organismos de reglamentación profesional pueden ser valiosas fuentes para el seguimiento del personal sanitario. Ofrecen la ventaja de generar estadísticas que se actualizan permanentemente. Además, según las características de los registros, y especialmente si estos asignan a cada individuo un identificador único, puede llevarse a cabo un seguimiento de la entrada de los trabajadores en la fuerza laboral, su trayectoria profesional y su salida.

A la hora de recopilar, analizar y utilizar datos, las principales dificultades radican en identificar las fuentes adecuadas y en lograr acceder puntualmente a la información (2). También debe sopesarse si se complementarán o no las fuentes existentes con nuevas actividades de recopilación de datos, por ejemplo, con un estudio especializado (cuantitativo o cualitativo) de los recursos humanos para la salud. En particular, las encuestas periódicas de población activa específicas del sector sanitario pueden aportar información más detallada que generalmente es desglosable hasta niveles más específicos para cada categoría de trabajadores sanitarios que la obtenida en las encuestas de población activa generales. En muchos casos resulta difícil movilizar los recursos necesarios (humanos, técnicos y económicos) para actividades especializadas de recopilación de datos sobre RHS, especialmente en

los países de ingresos bajos, pero pueden adaptarse los instrumentos para obtener información detallada sobre casi cualquier variable de interés. Una estrategia global de cotejo o triangulación de diversas fuentes de datos utilizando métodos distintos permite supervisar la coherencia y la validez de los resultados, optimizar la información y las pruebas obtenidas y, en definitiva, ofrecer unas mediciones de mejor calidad de las características del personal sanitario (véase también el capítulo 11). Dada la multiplicidad de fuentes de información, es particularmente importante que al difundir los datos se incluyan los metadatos, es decir, los detalles sobre la definición, la elaboración y la cobertura de cada dato (literalmente: los datos sobre los datos), para ayudar a conocer los fundamentos de esa información y juzgar su idoneidad para la decisión de que se trate (8).

3.4 Análisis ilustrativo

La forma de percibir un reto sanitario influye en la manera de organizar y presentar los datos para apoyar la toma de decisiones. Incluso los resultados de los estudios más sólidos pueden no llegar hasta las instancias de formulación de políticas y toma de decisiones si no se presentan de modo que puedan comprenderse y utilizarse. En la evaluación de los RHS son etapas cruciales la identificación y el examen crítico de los datos de las fuentes más adecuadas, y su síntesis y presentación basándose en la elaboración de un pequeño número de indicadores pertinentes. En la presentación definitiva de los datos, el nivel de detalle y la especificidad técnica dependerán de las necesidades de los usuarios. Se ha señalado que los gráficos y los mapas podrían mostrar la información de una forma más fácil de entender para el público no especializado (9, 10).

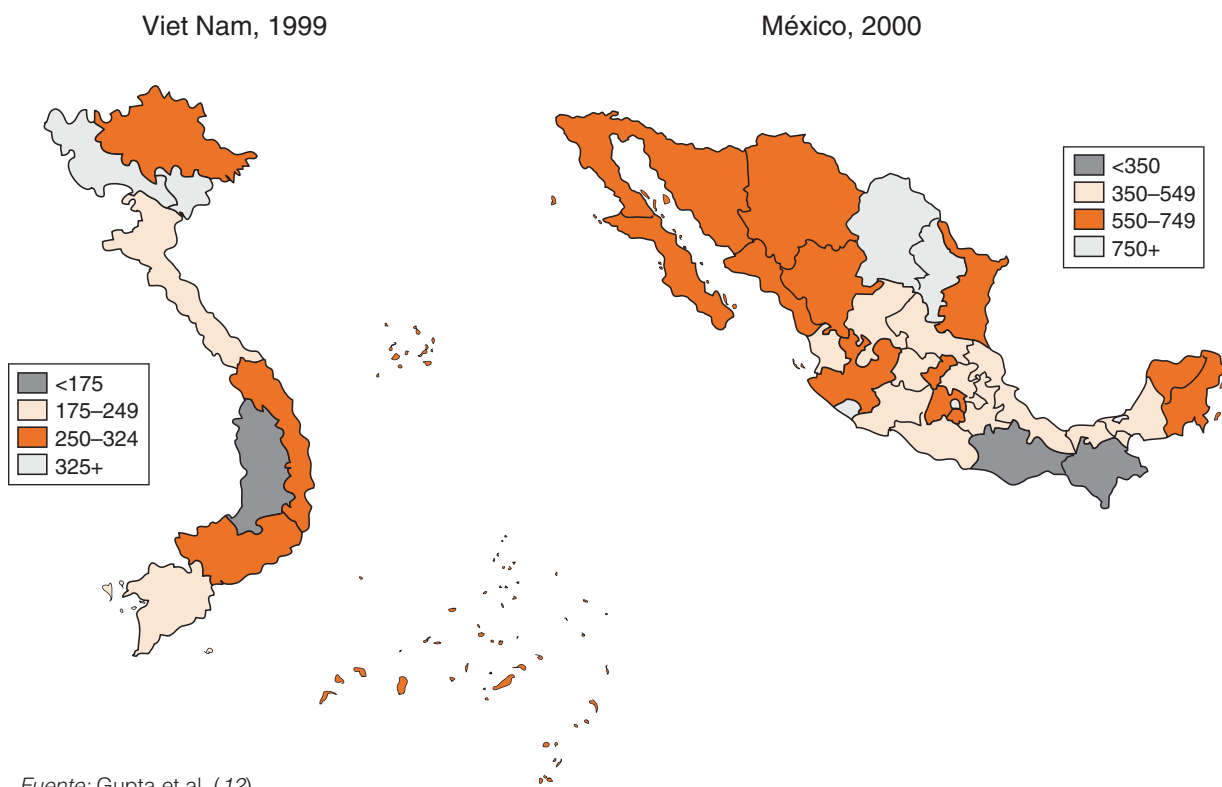
Por ejemplo, si el desequilibrio de la distribución geográfica del personal sanitario se considera un obstáculo para el fortalecimiento de los sistemas de salud –como ocurre en casi todos los países (11)– la información debe mostrar los matices de dicha distribución, por ejemplo, destacando las regiones del país con mayores densidades de trabajadores sanitarios frente a las de densidades más bajas. Además de ser una fuente de datos representativa a nivel nacional, los censos de población tienen la ventaja de que el tamaño de las muestras permite el desglose a nivel subnacional. Pueden utilizarse datos censales sobre ocupaciones para cartografiar la mala distribución del personal sanitario, como se ilustra en la figura 3.2 para dos países. Estos datos permiten, asimismo, estimar una serie de indicadores sintéticos del desequilibrio de la fuerza laboral, como el coeficiente de Gini u otros índices de desigualdad relativa (12, 13).

Dada la relativamente larga periodicidad de los censos (en general, una vez cada diez años), si lo que se desea es analizar la dinámica de la fuerza laboral con miras a un seguimiento a más corto plazo de la planificación y las políticas relacionadas con los RHS, puede que sea más útil basarse en datos de encuestas. La figura 3.3 presenta la evolución de la combinación de trabajadores de los servicios de salud de Namibia por grandes grupos ocupacionales, basada en datos de sucesivas encuestas de población activa (14). Las

encuestas de población activa y de empleo ofrecen la ventaja de ser capaces de identificar al personal administrativo y auxiliar, grupo que a menudo se deja fuera de los análisis de los RHS pese a ser esencial para el funcionamiento de los sistemas de salud. Por otra parte, el desglose por subgrupos específicos podría verse limitado por el tamaño demasiado reducido de la muestra, sobre todo en muchos países de ingresos bajos que se enfrentan a la más grave escasez de trabajadores sanitarios. Basándose en estadísticas del *Global atlas of the health workforce* (15), incluso una encuesta de mayor escala (por ejemplo, con una muestra cercana al 0,6% de la población total) identificaría sólo un pequeño número de los profesionales de la salud en la mayoría de los 50 países con la menor densidad de personal médico: menos de 20 médicos en las tres cuartas partes de esos países, y menos de 20 enfermeros en la mitad de ellos.

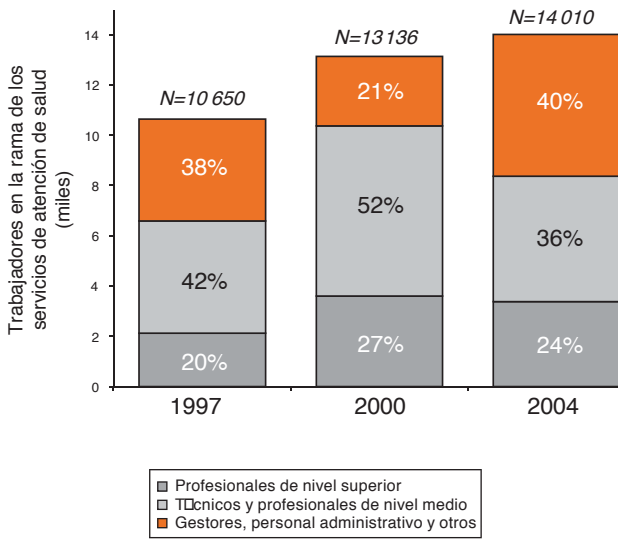
Cuando los datos existentes siguen siendo insuficientes (sobre todo los de fuentes ajenas al sector sanitario), una evaluación de establecimientos de salud correctamente diseñada y realizada puede obtener datos más detallados para un análisis de la situación de los RHS. Las evaluaciones que recopilan información a nivel del establecimiento y del trabajador ofrecen una oportunidad única de medir determinados indicadores del mercado de trabajo. En el ejemplo dado (figura 3.4), una evaluación de establecimientos sanitarios de Rwanda

Figura 3.2 Distribución geográfica de los efectivos del personal sanitario (por 100 000 habitantes), censos de Viet Nam y México



Fuente: Gupta et al. (12).

Figura 3.3 Evolución de la distribución de los trabajadores en los servicios de salud por principales grupos profesionales, 1997–2004

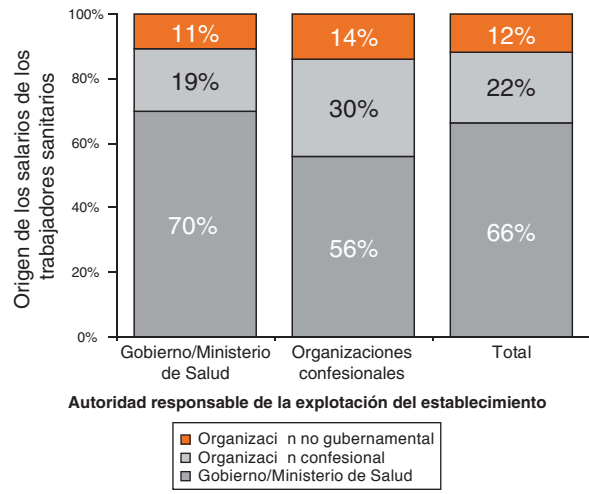


Fuente: Institute for Public Policy Research (14).

recopiló datos sobre la propiedad del centro y la procedencia de los salarios de los empleados, lo que permitió cruzarlos con la proporción del personal que trabaja en establecimientos clasificados en un determinado sector, pero está en la nómina de otro. Es frecuente que se obvие esta distinción, pese a que es crucial para hacer afirmaciones correctas sobre indicadores cuantitativos del mercado laboral sanitario; por ejemplo, es frecuente que trabajadores de establecimientos del sector público se contabilicen (incorrectamente) como asalariados del sector público (16).

Por último, la figura 3.5 presenta una síntesis de los resultados sobre demografía y capacidad de la fuerza laboral de enfermería, aprovechando para ello el desarrollo de una base de datos electrónica del personal enfermero de Kenya. La base de datos contiene unos 40 000 documentos administrativos que abarcan un periodo de 45 años, y procede del organismo nacional de reglamentación de la enfermería (17). Los análisis de los datos ponen de manifiesto el predominio de enfermeros habilitados frente a sus homólogos titulados que han recibido una formación más especializada, así como la feminización de la profesión –excepto en el nivel de máxima calificación, es decir, entre los profesionales con el grado de *Bachelor of Science* en enfermería–. Al mismo tiempo, debe ponerse en tela de juicio la calidad de la información derivada de esta fuente; en Kenya, tanto en el sector público como en el privado es obligatorio obtener la autorización para ejercer la enfermería y renovarla periódicamente, pero la base de datos no hace un seguimiento de las

Figura 3.4 Distribución de los salarios de los trabajadores sanitarios según su origen y la autoridad responsable de operar el establecimiento, evaluación de establecimientos sanitarios de Rwanda, 2006



Fuente: Herbst y Gijsbrechts (16).

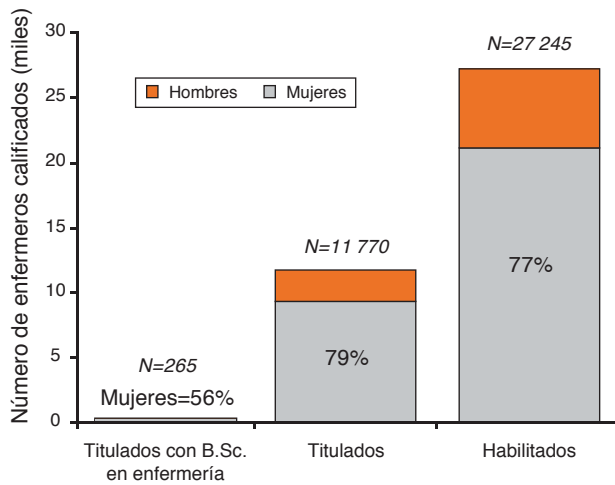
salidas por fallecimiento, emigración o jubilación. En casi todos los sistemas de información sobre RHS es patente la necesidad de mejorar la exhaustividad y la puntualidad de los datos disponibles, en particular para el seguimiento de los efectivos y los flujos de trabajadores sanitarios, y puede ser aún más urgente en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, dada la situación de su fuerza laboral.

3.5 Aspectos prácticos: gestión y uso de las fuentes de información sobre RHS

Se está prestando cada vez más atención a nivel nacional e internacional a la necesidad de disponer de datos nuevos y mejores para planificar y supervisar el desarrollo de los RHS en su calidad de parámetro básico del fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, en muchos países, la información sobre el personal sanitario está fragmentada, es insuficiente y no llega con puntualidad. Las estadísticas generadas por diversas fuentes son objeto de una difusión pública limitada y en general se infrutilizan. Además, incluso en países en los que se dispone de datos fiables y de calidad, no siempre se emplea esta información para la toma de decisiones.

A menudo, unos recursos humanos, técnicos y económicos limitados contribuyen al mal estado actual de la información y los datos sobre la situación del personal sanitario. En la mayoría de los países de ingresos

Figura 3.5 Composición del personal de enfermería de Kenia por sexos y capacidades, base de datos del Consejo de Enfermería de Kenia, 1960–2005



Fuente: Riley et al. (17).

bajos y medianos hay una lamentable penuria de tecnologías de la información y las comunicaciones (por ejemplo, de ordenadores y programas informáticos para procesar y comunicar la información) necesarias para la puesta en marcha de un sistema integral de información sobre los RHS. Al mismo tiempo, el fortalecimiento de los sistemas de información sobre los RHS supone prestar atención a cada uno de sus componentes, es decir, no sólo a la infraestructura y la tecnología, sino también a las personas necesarias para capturar y utilizar los datos. Hace falta personal dedicado específicamente a la información sanitaria a nivel nacional y subnacional (e incluso en los establecimientos de salud de gran tamaño) para recopilar, procesar, notificar y analizar los datos. Probablemente haya que adiestrar a las personas que aportan información a las instancias decisorias para reforzar sus competencias en materia de análisis y presentación. También la formación de los responsables de políticas y su personal auxiliar podría ayudarlos a identificar y utilizar mejor las investigaciones de alta calidad.

Apoyar el desarrollo de una base de datos nacional centralizada de RHS (por ejemplo, en el ministerio de salud) es una de las medidas potencialmente eficaces para mejorar el seguimiento y la evaluación del desempeño en los países (18). Lo ideal es que el mecanismo de coordinación de esta unidad tenga las competencias siguientes: evaluación permanente de la disponibilidad y la calidad de los datos; gestión, análisis y síntesis de los datos; generación de estimaciones de los indicadores nacionales; difusión de la información y la investigación; promoción y comunicación de

las labores de seguimiento y evaluación de los RHS; coordinación, supervisión de apoyo y fortalecimiento de las capacidades en las oficinas de seguimiento y evaluación de ámbito estatal o de provincias y distritos; y coordinación con los asociados internacionales y otros interesados. La unidad puede intervenir en la preparación y la determinación del coste de la estrategia nacional de seguimiento y evaluación de los RHS, así como en la redacción de las condiciones del asesoramiento técnico. En el nivel descentralizado, las actividades de los funcionarios responsables del seguimiento y la evaluación en las regiones y los distritos pueden consistir en mantener un registro actualizado de todos los establecimientos sanitarios y los proveedores de servicios de salud; recopilar sistemáticamente datos sobre trabajadores de salud a partir de diversas fuentes sanitarias y no sanitarias; llevar a cabo análisis básicos de los datos, y notificar los datos y facilitar su uso para la toma de decisiones.

Aunque no existe un modelo óptimo de lo que debería ser un sistema de información y seguimiento del personal sanitario, depende en gran medida de las principales razones para desarrollarlo. Es importante planificar y supervisar el propio sistema de seguimiento (19). Ello supone delimitar, como parte del proceso de configuración y uso del sistema, no sólo su contenido, sino también su pertenencia y su accesibilidad, así como los mecanismos para mantener la seguridad de los datos y su actualización regular. Uno de los principales retos es lograr que se cubran las necesidades de todos los interesados en materia de información, desde el nivel internacional hasta el de distrito, sin dejar de ser realista en cuanto a la capacidad de poner en marcha el sistema. El conjunto de indicadores propuesto en el cuadro 3.1 no es ni exhaustivo ni absoluto. Se trata más bien de un intento de crear un marco para el seguimiento y la evaluación de los RHS centrándose en áreas consideradas en todo el mundo como importantes para el desarrollo de la fuerza laboral. Puede ser útil recopilar e intercambiar datos sobre este tipo de indicadores normalizados para llevar a cabo análisis internacionales que permitan a los ministerios de salud comparar el desempeño nacional con el regional y mundial y cotejar, por ejemplo, los niveles de servicio y los resultados de salud de su país con los que logran alcanzar otros países con recursos humanos similares. Será indispensable revisar esta selección a nivel nacional y subnacional, sobre todo en lo que respecta a la viabilidad y el coste de la medición, y durante el establecimiento de las referencias y las metas adecuadas para cada país.

Se han identificado una serie de requisitos indispensables para desarrollar y mantener un sistema completo de información sobre el personal sanitario, a saber:

- la decisión política de situar el seguimiento de la situación de los RHS en un lugar destacado de la agenda nacional;
- el establecimiento de una serie de referencias y metas explícitas en el plan estratégico nacional de RHS, cada una de ellas vinculada a los indicadores pertinentes y a un conjunto mínimo de datos para su medición;
- la preparación de un entorno laboral que propicie el fortalecimiento del sistema de información sobre personal sanitario;
- la contratación y formación de personal suficiente para desarrollar, aplicar y gestionar el sistema de información;
- la participación en el proceso de todos los principales interesados desde las primeras etapas de la planificación.

En el cuadro 3.3 se presentan algunos indicadores que podrían servir para supervisar la aplicación del sistema de información y seguimiento de los RHS, junto con posibles medios de verificación (10, 20–22). Puede que estos indicadores no necesiten una respuesta numérica concreta, pero son básicos para determinar en qué medida, en el ámbito de los RHS, dicho sistema de información sirve de respaldo a la formulación de políticas, la toma de decisiones presupuestarias, la gestión y la rendición de cuentas basadas en pruebas científicas, y para llevarlo a cabo por vías abiertas y transparentes que optimicen la participación de los interesados. El empleo regular del sistema de información para la toma de decisiones, unido a la aceptación de su contenido como fiable y válido por la mayoría de los interesados nacionales e internacionales, sería la medida definitiva para evaluar su desempeño.

3.6 Resumen y conclusiones

Crece en todo el mundo la preocupación por la disponibilidad presente y futura de trabajadores sanitarios para mantener unos sistemas de salud eficaces (23). La falta de información fiable y actualizada sobre numerosos aspectos de la situación de los RHS –como la combinación de capacidades, las fuentes y los niveles de remuneración, la feminización de la fuerza laboral e incluso los efectivos básicos– limita enormemente la capacidad de formular estrategias basadas en pruebas científicas a nivel nacional e internacional para hacer frente a la crisis de personal sanitario.

Hacen falta datos y pruebas científicas para orientar la discusión, la fijación de prioridades y la toma de decisiones por parte de los países y otros interesados. Incluso los países de ingresos bajos disponen en muchos casos de varias fuentes potenciales de información, pero estas siguen estando infrutilizadas en la

investigación sanitaria. Toda labor investigadora sobre la situación de los RHS debería comenzar por una revisión rigurosa de las fuentes estadísticas ordinarias, incluidas las ajenas al sector sanitario: estadísticas de población generadas por las oficinas del censo y las oficinas centrales de estadística, permisos de trabajo expedidos por los ministerios de trabajo, documentación tributaria de los ministerios de hacienda sobre ingresos del trabajo, y otras fuentes poco explotadas por los planificadores y gestores de los sistemas sanitarios. La toma de decisiones debería basarse en un metanálisis o un estudio de los resultados de varias fuentes de información. Lo ideal sería que todas las fuentes de datos sobre los RHS se integraran en un sistema de información global en el que la documentación administrativa ordinaria se complementara con censos y encuestas de población y de establecimientos de salud llevados a cabo regularmente.

Sin embargo, la dicotomía existente a menudo entre los proveedores de los datos y los potenciales usuarios puede dificultar el uso óptimo de esas fuentes. En particular, aunque las variables relativas a la ocupación y el lugar de trabajo suelen formar parte de los censos de población y las encuestas de población activa, es frecuente que los resultados definitivos no se difundan utilizando una categorización que permita identificar a las personas que tienen una ocupación relacionada con la salud o trabajan en el sector de los servicios de salud. E incluso cuando dicha categorización se aplica, ocurre a menudo que los resultados no son comparables entre países o a lo largo del tiempo debido a diferencias en la clasificación ocupacional, industrial o educativa utilizada.

Por todo ello, el seguimiento y la evaluación de los RHS exige una colaboración eficaz entre el ministerio de salud y otros sectores que puedan ser fuentes de información fiables, en particular la oficina central de estadística, el ministerio de educación, el ministerio de trabajo, los organismos que reconocen los títulos académicos o expiden las autorizaciones para el ejercicio profesional, y los establecimientos de atención de salud y las instituciones de formación en profesiones sanitarias. Lo ideal sería llegar de antemano al compromiso de investigar maneras útiles de aplicar los datos. Se recomienda que desde un principio haya contactos entre los representantes del ministerio de salud, la oficina central de estadística y otros interesados, como las asociaciones profesionales y los asociados para el desarrollo, con miras a elaborar un programa de armonización, publicación y utilización de los datos que tenga presentes el calendario para recopilar y procesar éstos y la información que se necesita para la formulación de políticas y la planificación en materia de RHS.

Cuadro 3.3 Algunos indicadores y medios de verificación para supervisar la aplicación y el uso del sistema nacional de información y seguimiento de los RHS en la toma de decisiones

Indicador	Descripción	Plazo	Posibles medios de verificación
Indicadores de buena gobernanza del sistema de información sobre RHS			
Existencia de una estrategia operacional nacional con objetivos, indicadores y metas explícitos para abordar la planificación y la gestión de los RHS	Formulación de una estrategia nacional de planificación y gestión de los RHS que comprende un conjunto de indicadores y metas SMART ^a y un plan de trabajo priorizado y presupuestado para la aplicación y el seguimiento a nivel nacional y subnacional	Desde las fases iniciales de planificación de la estrategia nacional de RHS	Estrategia nacional de RHS, informantes clave (p. ej., ministerio de salud, ministerio de planificación)
Existencia de un órgano consultivo para supervisar la aplicación del sistema de información y seguimiento de los RHS con arreglo a la estrategia nacional	Reuniones y consultas periódicas de los interesados nacionales e internacionales en el ámbito de la salud, el desarrollo y la gestión de la información para dirigir y supervisar la puesta en marcha del sistema de información y seguimiento de los RHS	Desde las fases iniciales de planificación de la estrategia nacional de RHS	Informes de evolución de la estrategia nacional de RHS, informes y actas de las reuniones de los órganos consultivos, informantes clave (p. ej., ministerios, organismos, instituciones, asociaciones, ONG, iniciativas privadas)
Existencia de un mecanismo nacional funcional de coordinación para el sistema de información y seguimiento de los RHS	Existencia de un mecanismo nacional de coordinación con una unidad específica dotada de recursos (humanos, económicos y técnicos) suficientes para desarrollar, poner en marcha y supervisar el sistema de información	Desde las fases iniciales de planificación del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de evolución de la estrategia nacional de planificación y gestión de los RHS, actas de las reuniones del mecanismo coordinador, informantes clave
Existencia de un sistema de información sobre RHS que se utiliza para la toma de decisiones en esta materia a todos los niveles	Utilización regular de los contenidos del sistema de información sobre RHS por parte de las autoridades sanitarias para orientar la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional (p. ej., exámenes anuales de la planificación y la gestión)	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de evolución de la estrategia nacional de RHS, informantes clave
Indicadores de un sistema de información de los RHS reforzado			
Puntualidad del sistema de información y seguimiento de los RHS	El sistema nacional de información y seguimiento de los RHS se alimenta regularmente con datos a nivel subnacional y nacional (p. ej., trimestral o anualmente)	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de difusión, informantes clave (p. ej., ministerio de salud, gestores sanitarios de distrito, órganos y asociaciones profesionales, proveedores privados)
Validación del sistema de información y seguimiento de los RHS	Se lleva a cabo un examen exhaustivo de todas las fuentes disponibles de datos sobre RHS y se utiliza para actualizar y calibrar el sistema nacional de información y seguimiento de los RHS con regularidad (p. ej., cada dos o cada cinco años)	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de difusión, informantes clave (p. ej., ministerio de salud, ministerio de trabajo, ministerio de educación, oficina central de estadística)
Coherencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Todos los indicadores y datos que se manejan en el sistema de información y seguimiento de los RHS utilizan un conjunto común de definiciones y clasificaciones que permite realizar comparaciones coherentes a lo largo del tiempo, entre distintas fuentes y a escala internacional	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de difusión, clasificaciones internacionales uniformes (CIUO, CINE, etc.)
Desglose de los datos en el sistema de información y seguimiento de los RHS	Todos los indicadores y datos de interés dentro del sistema de información y seguimiento de los RHS pueden desglosarse por estamento profesional, sexo, zona geográfica, sector u otras características	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RHS	Informes de difusión

a. SMART = sigla inglesa alusiva a las propiedades de los indicadores y las metas: específicos (*specific*), mensurables (*measurable*), alcanzables (*attainable*), pertinentes (*relevant*) y sujetos a plazos (*timebound*).

Fuentes: Adaptado de Red de Sanimetría (10), Organización Mundial de la Salud (20), Capacity Project (21) e Islam (22).

Referencias

1. Chankova S, Kombe G, Muchiri S et al. *Rising to the challenges of human resources for health in Kenya: developing empirical evidence for policy making*. Bethesda, MD, Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., 2006 (<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1654>, accessed 11 January 2009).
2. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human resources for health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
3. World Health Organization and University of Technology Sydney. *WHO human resources for health minimum data set*. Manila, WHO Western Pacific and South-East Asia Regional Offices, 2008 (http://www.who.int/hrh/documents/hrh_minimum_data_set.pdf, accessed 11 January 2009).
4. Dovlo D. Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 2005, 3:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/6>, accessed 11 January 2009).
5. Pond B, Kinfu Y. *Health workforce statistics: summary on data sources*. Presented at the World Health Organization/Health Metrics Network Technical Working Group Meeting on Health Workforce Statistics, Geneva, 11–13 July 2006.
6. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Encuestas de población económicamente activa, empleo, desempleo y subempleo: Manual de la OIT sobre conceptos y métodos*. Colección Informes OIT, No. 34. Madrid, MTSS, 1993.
7. Lindelow M, Wagstaff A. Assessment of health facility performance: an introduction to data and measurement issues. In: Amin S, Das J, Goldstein M, eds. *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/F6KIIC0700>, accessed 11 January 2009).
8. Pencheon D. *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>, accessed 11 January 2009).
9. MEASURE Program Dissemination Working Group. *Connecting people to useful information: guidelines for effective data presentations*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD41/OD41LG.pdf>, accessed 11 January 2009).
10. *Strengthening country health information systems: assessment and monitoring tool (version 2.00)*. Geneva, Health Metrics Network, 2007 (<http://www.who.int/healthmetrics/support/tools>, accessed 11 January 2009).
11. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, accessed 11 January 2009).
12. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11 (<http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11>, accessed 11 January 2009).
13. Anand S, Fan VY, Zhang J et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *Lancet*, 2008, 372:1774–1781.
14. *Economic database*. Windhoek, Institute for Public Policy Research, 2007 (<http://www.ippr.org.na/database.php>, accessed 11 January 2009).
15. *Global atlas of the health workforce: August 2007 revision*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp, accessed 11 January 2009).
16. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Rwanda: analysis of the 2005/06 health worker census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
17. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J et al. Developing a nursing database system in Kenya. *Health Services Research*, 2007, 42(3):1389–1405.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Monitoring and evaluation capacity building for program improvement: field guide*. Atlanta, GA, United States Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program, 2003.
19. Mackay K. *How to build M&E systems to support better government*. Washington, DC, World Bank, 2007 (http://www.worldbank.org/oed/ecd/better_government.html, accessed 11 January 2009).
20. *Establishing and monitoring benchmarks for scaling up health workforce education and training*. Report prepared for the Global Health Workforce Alliance/ Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva, World Health Organization, 2007.
21. *Marco de acción de RHS*. Capacity Project (<http://www.capacityproject.org/framework/es/acerca/>, accessed 10 January 2009).
22. Islam M, ed. *Health systems assessment approach: a how-to manual*. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2007 (<http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/>, accessed 11 January 2009).
23. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).

4

Marco y mediciones para el seguimiento de la entrada en la fuerza laboral sanitaria

KATE TULENKO, GILLES DUSSAULT, HUGO MERCER

4.1 Introducción

Una de las principales razones de que un país sufra de escasez o mala distribución del personal sanitario es que a su mercado de trabajo no entre un número suficiente de personas con la formación teórica y práctica adecuada. En la mayoría de los países, el sistema educativo y el ministerio de salud cuentan con pocos datos sobre la entrada de profesionales sanitarios, lo que menoscaba la capacidad del sistema sanitario de dar respuesta a las tensiones del mercado laboral o de formular estrategias eficaces en relación con el personal sanitario. Para poder planificar, gestionar y supervisar la calidad del personal sanitario de un país es fundamental medir la entrada y hacer un seguimiento de la ulterior vida laboral (1). La recopilación de información puntual, exacta y completa sobre la incorporación de trabajadores sanitarios es crucial para planificar la prestación de servicios de salud y reformar las políticas sanitarias. Además del simple aunque muy citado indicador del número de graduados de los centros de formación en ciencias de la salud (véase también el capítulo 3 de este manual), es importante conocer bien los factores que rodean la incorporación al mercado de trabajo de un país. Disponer de datos iniciales de referencia y de datos ulteriores recopilados de forma sistemática permite a las instancias decisorias seguir los progresos de las intervenciones y hacer ajustes periódicos. Esto es fundamental, toda vez que en muchos casos se tarda años en aplicar dichos ajustes, cuyos efectos pueden durar incluso décadas, y cabe que haya que hacer importantes reasignaciones o ampliaciones de fondos. Por otra parte, dado que la planificación de los recursos humanos para la salud (RHS) implica a otros sectores además del ministerio de salud (como los ministerios de educación, trabajo y finanzas, los organismos de reglamentación profesional y del funcionariado, y el sector privado), se necesitan unos sistemas de información y seguimiento reforzados para registrar las tendencias en materia de formación, empleo y reglamentación de la fuerza laboral sanitaria, orientar las decisiones de los gestores y los responsables de políticas, y crear una sólida base de pruebas científicas sobre la cual fundar

el diálogo de políticas con las asociaciones profesionales y los asociados para el desarrollo.

En este capítulo se exploran métodos de seguimiento y evaluación de la entrada en la fuerza laboral sanitaria y cauces por los que unos datos adecuados pueden conducir a formular y evaluar políticas y programas orientados a corregir la escasez y la mala distribución del personal sanitario. Se identifican un conjunto de indicadores básicos y se analizan las fuentes de datos, nuevas o ya existentes, que permitirían medirlos. El objetivo es ayudar a los investigadores, los gestores, los responsables de políticas y otros actores a localizar, obtener y utilizar los datos esenciales para analizar y planificar la fuerza laboral sanitaria sobre bases sólidas, y ello por el procedimiento de plantear dos preguntas: ¿Qué hay que medir, y cómo?

En el presente capítulo se entiende por «entrada» la incorporación al conjunto de trabajadores disponibles para el empleo en el sector sanitario de un país. Entrar no supone necesariamente tener un empleo, sino solo que se desea tenerlo y se reúnen las condiciones para ello. Se contabilizan todos los proveedores de servicios de salud a los que se les exige una formación profesional teórica y práctica en un campo relacionado con la salud para ser contratados en un puesto de trabajo, como los estamentos clínicos, los trabajadores de salud pública o de laboratorio y los agentes de salud comunitarios. Quedan excluidas del recuento las personas que se declaran curanderos tradicionales, vendedores de medicamentos, etc. y que carecen de formación académica y trabajan en el sector sanitario informal o lo hacen al margen de la ley; las personas que trabajan en un sector no sanitario, y los proveedores calificados de servicios de salud que no habían trabajado con anterioridad, pero ahora están reincorporándose al mercado laboral sanitario. Algunas de estas cuestiones se abordarán en el capítulo 5.

Es importante tener presente que la repercusión de las decisiones relativas a la entrada de trabajadores sanitarios va más allá de las cifras totales de estos. La mala

distribución geográfica del personal de salud (que en general favorece a las zonas urbanas respecto a las rurales y a las comunidades ricas respecto a las pobres) puede atribuirse en parte a factores ligados a la formación teoricopráctica previa al ejercicio profesional. Comprenden el reclutamiento insuficiente de estudiantes con características que los inclinarían a trabajar para comunidades subatendidas, la formación de tipos de profesionales cuyas capacidades no se corresponden con las necesidades de dichas comunidades, la falta de contacto de los estudiantes en formación con poblaciones o servicios clínicos subatendidos, y el hecho de que no se les inculque la conciencia de la obligación profesional para con dichas poblaciones y no se contrarresten sus percepciones de que el trabajo con ellas se asocia a menos prestigio y peores perspectivas de ingresos (2–5). La ubicación de las instituciones de formación también parece estar relacionada con la elección del lugar de ejercicio por parte de los graduados (6–8). Además, las decisiones relativas al ingreso pueden afectar al coste total de los salarios sanitarios: por ejemplo, formar a más profesionales sanitarios de atención primaria y agentes de salud comunitarios que médicos especialistas puede suponer un menor coste salarial por unidad de servicio de salud prestado.

Tras esta introducción, el capítulo se organiza en tres partes: el marco para el seguimiento de la entrada en la fuerza laboral; las cuestiones relacionadas con la medición; y el resumen y las conclusiones.

4.2 Marco para el seguimiento de la entrada

En esta sección se propone un marco conceptual que divide el proceso de incorporación en siete componentes distintos, pero interrelacionados. Se explora cada uno de ellos y se discuten las implicaciones en materia de políticas. El marco es una ampliación de las vías de formación e inmigración de los RHS incluidas en el marco del ciclo de vida laboral elaborado por la Organización Mundial de la Salud (9) y presentado en el primer capítulo del presente manual (v. la sección 1.4). La producción de trabajadores sanitarios y su disponibilidad pueden concebirse como una línea de producción que sigue los procesos relacionados con la formación de trabajadores sanitarios y el desarrollo de las instituciones que la imparten, y en la que los productos de cada componente son recursos que se aportan al componente siguiente (figura 4.1) (9–11). Analizaremos aquí de qué forma puede medirse, supervisarse y evaluarse cada uno de los componentes de la línea de producción.

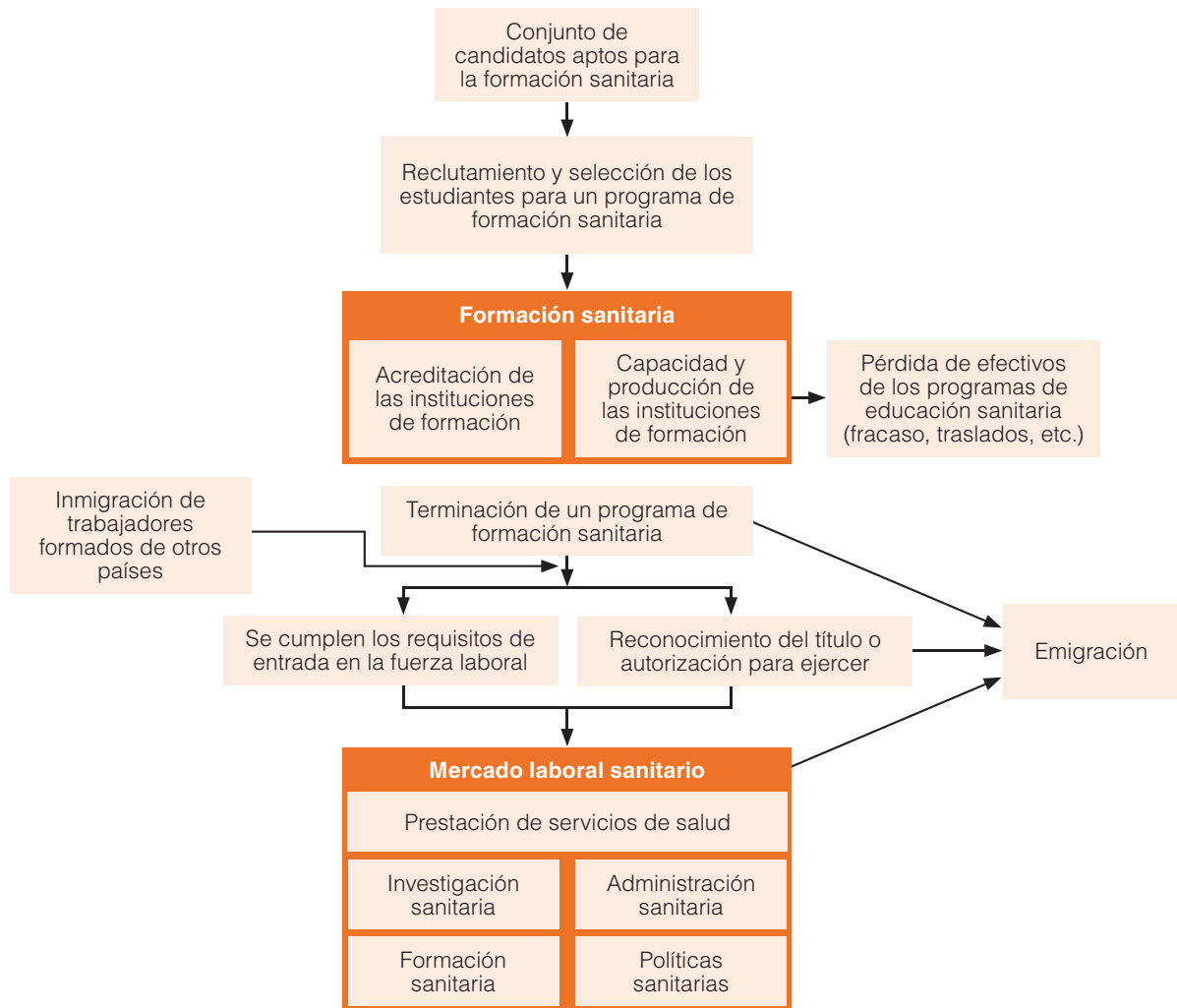
Los siete componentes son: (i) el conjunto de candidatos aptos para la formación sanitaria teoricopráctica; (ii)

el reclutamiento y la selección de los estudiantes; (iii) la acreditación de las instituciones de formación sanitaria; (iv) la capacidad y la producción de las instituciones de formación sanitaria; (v) la inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países; (vi) el reconocimiento del título y la expedición de la autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud regulados (formados en el país o en el extranjero); y (vii) la contratación en el mercado laboral sanitario. En el contexto de este capítulo, se entiende por formación de los trabajadores sanitarios la formación sanitaria teórica y práctica previa al empleo, distinta de la capacitación en el empleo, cuyo objetivo es mejorar las competencias de quienes ya trabajan en el sector sanitario. En el capítulo 7 se presentará un ejemplo ilustrativo del seguimiento de la capacitación en el empleo.

4.2.1 Conjunto de candidatos aptos para la formación sanitaria

Dentro de cada país, el volumen del conjunto de personas aptas en el que las instituciones de formación sanitaria reclutan a sus estudiantes depende fundamentalmente de los criterios de admisión de cada programa de formación y de la solidez del sistema de enseñanza primaria y secundaria. En el caso de los programas de enseñanza terciaria que producen proveedores de servicios de salud de la máxima calificación, este colectivo se compone tradicionalmente de estudiantes que han terminado la enseñanza secundaria superior –equivalente al nivel 3 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (12)– y tienen una sólida base científica.

Con la creciente insistencia en la necesidad de contratar localmente a profesionales que presten servicios de atención preventiva y curativa básica y de derivación de casos, especialmente en las comunidades subatendidas, algunos países han reconocido que sus requisitos de admisión en determinados tipos de programas de formación sanitaria eran innecesariamente estrictos y los han adaptado mejor a las responsabilidades de los diversos tipos de profesionales. El conjunto de personas aptas se ha ampliado para incluir a aquellas que no tienen título de enseñanza secundaria superior o una buena base científica. Por ejemplo, para mejorar las tasas de retención del personal de enfermería en las zonas rurales del Pakistán, la Escuela de Enfermería Aga Khan puso en marcha un programa que contrataba a mujeres jóvenes salidas de las escuelas secundarias rurales, pero que en su mayoría, y debido a la escasez de recursos de esos centros, sólo habían cursado la enseñanza secundaria inferior. El programa de recuperación elevaba rápidamente el nivel de conocimientos de las jóvenes hasta el exigido para ingresar en la escuela de enfermería, tras lo cual se incorporaban al programa ordinario de

Figura 4.1 Marco para el seguimiento de la entrada en el personal sanitario

Fuentes: Adaptado de OMS (9), Allen et al. (10) y Dussault et al. (11).

formación en enfermería junto con sus compañeros procedentes de escuelas secundarias urbanas (13).

El conjunto de personas aptas es una de las cuestiones de políticas más infravaloradas en el ámbito de los RHS y, en consecuencia, son pocos los ministerios de salud que cuentan con datos exactos o políticas eficaces en relación con esta población. Disponer de los datos y los análisis adecuados permite formular políticas relativas a los requisitos de ingreso de los estudiantes o modificar las existentes para que sean más acordes al contexto del país; en la enseñanza secundaria superior pueden ponerse en marcha programas de divulgación para despertar en los alumnos de estos cursos o en otras personas el interés por ser trabajadores sanitarios, así como programas de formación. O puede que el análisis revele que hacen falta cambios más radicales en el plan de estudios de primaria y secundaria para preparar adecuadamente a los estudiantes para las carreras sanitarias.

4.2.2 Reclutamiento y selección de los estudiantes

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, y especialmente en aquellos que dependen exclusivamente de centros de formación públicos, el reclutamiento de estudiantes sigue siendo un proceso pasivo. Aunque las instituciones educativas anuncien públicamente en su tablón la apertura del plazo de aceptación de solicitudes, en general, la oferta se difunde poco entre el colectivo de personas aptas. Desde el punto de vista de las políticas, debe estudiarse la conveniencia de pasar a un reclutamiento activo para corregir los diversos desequilibrios: económicos, étnicos, regionales, entre zonas urbanas y rurales, y entre sexos. También se debe pensar en ayudar a los potenciales estudiantes en la elección del centro de formación y en la cumplimentación de los formularios de solicitud, tareas que pueden resultar particularmente arduas para las personas que proceden de grupos socioeconómicos desfavorecidos o

comunidades subatendidas y que quizá son los primeros miembros de sus familias en solicitar el ingreso en la enseñanza superior.

Reclutar a los estudiantes basándose en sus motivaciones para ejercer una profesión sanitaria puede ayudar a mejorar las tasas de retención de los trabajadores. Según un estudio observacional llevado a cabo entre enfermeros y médicos de Etiopía, los estudiantes con mayores tasas de altruismo (medido como la voluntad de ayudar a los pobres) estaban dispuestos a trabajar en zonas rurales por una prima rural más baja y era más probable que en el seguimiento llevado a cabo dos años después siguieran ejerciendo en una zona rural (4). En un estudio sobre la migración de los trabajadores sanitarios de Ghana al Reino Unido y los Estados Unidos de América se constató que muchos enfermeros y médicos habían ingresado en el campo de la salud con la intención de emigrar, y que una profesión sanitaria se consideraba a menudo como un «billete» para salir de Ghana (14).

4.2.3 Acreditación de las instituciones de formación sanitaria

Todas las instituciones públicas y privadas de formación en profesiones sanitarias han de estar acreditadas, para así garantizar que los trabajadores sanitarios y sus capacidades se corresponden con las necesidades del país en materia de atención de salud, y velar por la calidad de la enseñanza impartida. El proceso de acreditación debería estar impulsado por la política sanitaria nacional y llevarse a cabo de manera socialmente responsable, sin lesionar la independencia del organismo encargado (15, 16). El mecanismo consiste en un primer reconocimiento oficial por parte de un órgano representativo (por lo general a nivel nacional o a veces subregional) de que la institución de formación cumple determinados requisitos educativos –que abarcan aspectos tales como las calificaciones del personal docente, el plan de estudios y las rotaciones clínicas–, seguido de evaluaciones periódicas para confirmar que se mantienen los niveles de calidad. Un proceso adecuado de acreditación y control de la calidad de las instituciones de formación sanitaria consta de los elementos siguientes: otorgamiento de autoridad y capacidad de decisión a un organismo de acreditación, responsabilización ante la sociedad, independencia respecto a los poderes públicos y los proveedores, transparencia, criterios generales y específicos predefinidos para la calidad de la formación, procedimientos basados en una combinación de autoevaluaciones del propio centro y visitas de inspectores externos, y publicación de informes y decisiones (17).

Entre los posibles usos de los datos sobre acreditaciones en el proceso de apoyo a la toma de decisiones se cuenta la identificación de las prácticas de las instituciones de formación con muy buen desempeño que podrían aplicarse también en otros centros, y de las instituciones con un desempeño deficiente a las que hay que prestar mayor atención. La existencia de un gran número de instituciones que no cumplen los criterios para obtener o renovar la acreditación podría ser indicio de que es preciso mejorar la gestión de esas instituciones, de que los criterios son demasiado estrictos o de que los centros no tienen suficientes recursos.

Son varios los obstáculos para un uso eficaz de los datos sobre acreditaciones. En Ghana se ha constatado que las instituciones de formación en ciencias de la salud no recibían copias de sus informes de acreditación y estos no estaban a disposición del público (18). Otro obstáculo es el hecho de que muchos países no tengan un organismo de acreditación o el que existe no disponga de suficientes recursos. Es preciso promover políticas nacionales y regionales orientadas a mejorar la acreditación de las instituciones de formación sanitaria como una manera de garantizar la calidad de la prestación de servicios de salud.

4.2.4 Capacidad y producción de las instituciones de formación sanitaria

En la formación previa al empleo, la capacidad comprende las infraestructuras físicas (como aulas, laboratorios, bibliotecas, centros sanitarios para la formación de residentes, residencias en campus), los recursos humanos (número y calidad del personal docente y auxiliar), los recursos financieros, los medios organizativos y operacionales (estructura y procesos de gestión) y otros recursos físicos no infraestructurales (instrumentos pedagógicos, libros y revistas de referencia, equipos informáticos) (11). Las instituciones de formación de los trabajadores sanitarios, acreditadas o no, pueden diferir notablemente en su capacidad, y en muchos casos no son conscientes de la que poseen o podrían poseer.

Los diversos componentes de la capacidad determinan la capacidad de producción global: el número, el tipo y la calidad de los profesionales que se gradúan en el centro. Pueden combinarse los datos de la producción con los de la financiación para calcular cuánto cuesta formar a cada tipo de trabajador sanitario y estimar cuánto costaría formar a más trabajadores basándose en la capacidad actual.

Con miras a la elaboración de políticas, es fundamental hacer un seguimiento de todos los componentes de la capacidad y la producción. Basándose en evaluaciones del exceso o la escasez de oferta de diversos

tipos de profesionales de la fuerza laboral activa se puede reducir o aumentar la capacidad institucional de producir nuevos tipos de trabajadores sanitarios, o elaborar programas de formación para nuevos profesionales. Esta información permite identificar los cuellos de botella de la capacidad para poder aumentarla lo más rápidamente posible en caso de que urja elevar la producción.

4.2.5 Inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países

Los países con mejores salarios, condiciones de trabajo y calidad de vida tienden a atraer a los trabajadores sanitarios de otros países. Para ejercer su profesión legalmente en el país de destino, los inmigrantes deben recibir visados de trabajo y, en el caso de determinados proveedores calificados de servicios de salud, contar con una autorización de ejercicio o un reconocimiento del título expedidos por el organismo de reglamentación pertinente.

Desde el punto de vista de las políticas sobre migración, los países de destino o receptores tienen la posibilidad de regular el número de visados que se reservan para trabajadores sanitarios, el grado en que se facilitan y agilizan las solicitudes de visado de estos, y la diligencia con la que el Estado le permite al sector público o privado contratar personal en el mercado internacional (19). Las políticas y las prácticas pueden ser activas, como cuando el Estado publica ofertas en el extranjero, envía a personas encargadas de contratar personal o negocia acuerdos bilaterales con otros países; o pasivas, como cuando se limita a considerar a los trabajadores sanitarios iguales a todas las demás personas que solicitan visados por decisión propia.

En el caso de los países exportadores, las opciones pueden consistir en un aumento de los fondos destinados a la producción de trabajadores sanitarios con miras a cubrir la demanda internacional y en políticas de retorno (20). Es de destacar la política filipina de asistencia a la migración internacional de su personal de enfermería hacia muchos países receptores. Como parte de su estrategia de migración gestionada, Filipinas negocia el número de trabajadores que recibirán los países de destino y las condiciones del servicio que van a prestar (los acuerdos firmados con el Reino Unido en 2003 y con Japón en 2006 son ejemplos de ello). Este proceso puede considerarse ventajoso para ambos países, ya que permite tanto a Filipinas como al país receptor llevar a cabo una planificación de largo alcance de la fuerza laboral enfermera y minimizar los impactos repentinos (21). Sin embargo, entraña un riesgo de efectos secundarios imprevistos (y negativos); por ejemplo, cabe que la estrategia anime al personal

docente de las escuelas de enfermería a abandonar el país, o a los médicos y otros profesionales sanitarios a reconvertirse a la enfermería para mejorar sus posibilidades de emigrar (22), y que ello debilite el sistema sanitario, sobre todo en las zonas rurales.

Se está prestando cada vez más atención a la implantación de códigos deontológicos para regir el ejercicio profesional en los países (20). En materia de políticas, las opciones que un país esté estudiando deberían reconocer el derecho de cada trabajador a migrar, y condenar las prácticas de contratación poco éticas que explotan a los trabajadores sanitarios o los inducen a aceptar responsabilidades y condiciones laborales incompatibles con sus calificaciones, capacidades y experiencia (23, 24). En cuanto a los países receptores, deberían reconocer que los flujos migratorios internacionales de profesionales sanitarios calificados se producen generalmente de los países pobres hacia los países ricos, los cuales obtienen unos recursos valiosos sin pagar el coste de la formación teoricopráctica.

4.2.6 Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud

Los países emplean el reconocimiento del título y la autorización para ejercer como medios de control de la calidad de los trabajadores de la salud que ejercen en ellos y del tamaño del mercado laboral sanitario. Ambos procesos tienen la finalidad concreta de depurar a los trabajadores no calificados, ya que aquellos cuyos conocimientos y capacidades no cumplen los requisitos mínimos de su estamento profesional pueden causar más perjuicio que beneficio a la salud de sus pacientes y menoscabar la confianza que la población tiene en el sistema de salud, y en particular en los servicios prestados por la sanidad pública. Las instancias que reconocen los títulos y conceden las autorizaciones para ejercer pueden tener distintas ubicaciones según los estamentos profesionales y los países, lo que afecta a la forma en que pueden recopilarse los datos. Para determinados grupos profesionales, el control de la calidad de cada trabajador se basa en el hecho de haberse graduado en una institución docente acreditada, mientras que para otros el requisito es aprobar un examen nacional de competencia profesional. Las posibles labores de seguimiento y evaluación también se ven afectadas por el hecho de que no suele ser necesario renovar el reconocimiento del título para ejercer una profesión, mientras que, en general, la autorización para ejercer debe renovarse periódicamente según criterios tales como aprobar un examen, demostrar un aprendizaje continuo, estar empleado en el sector, o simplemente pagar una cuota (25).

Seguir la evolución del número de reconocimientos de títulos y autorizaciones de ejercicio expedidos y de las tasas de aprobados puede ayudar a identificar una serie de problemas en el proceso de entrada. Por ejemplo, un aumento de la proporción de suspensos en el examen para obtener la autorización para ejercer puede ser signo de que el plan de estudios es deficiente o de que los exámenes están desfasados respecto a los cambios e innovaciones de la práctica clínica. Otra cuestión de políticas que quizá haya que abordar es si hay discordancias entre los criterios de control de calidad de la administración pública, las instituciones de formación y los organismos de reglamentación profesional. Se dan casos en los que los graduados aprueban los exámenes de competencia de las instituciones, pero suspenden la prueba de reconocimiento de título de una asociación profesional, lo que indica un desajuste entre el nivel de competencia previsto en el ámbito docente y el previsto en el de las asociaciones profesionales. Este hecho pone de relieve la necesidad de fijar y aplicar unos criterios comunes dentro de cada país, y de adaptar los planes de estudios a las necesidades del ámbito profesional en cuanto a conocimientos teorico-prácticos.

Se prevé un aumento mundial de la producción de profesionales de primera línea que en general están sujetos al reconocimiento del título, no a la autorización para ejercer, como los agentes de salud comunitarios y el personal auxiliar de enfermería, por lo que es crucial supervisar mejor dicho reconocimiento. El aumento se producirá porque muchos países con extrema escasez o mala distribución de los proveedores de servicios de salud muy calificados, sobre todo médicos y enfermeros, se están planteando o ya han emprendido la producción rápida de gran número de trabajadores menos calificados para cubrir las necesidades inmediatas de servicios básicos de salud en las comunidades subatendidas, principalmente las rurales. Dado que estos profesionales serán en muchos casos el primer punto de contacto con el sistema sanitario formal y, por consiguiente, representarán a dicho sistema en el nivel comunitario, es de suma importancia velar por su calidad mediante un proceso adecuado de reconocimiento del título.

En el caso de los inmigrantes, los requisitos para obtener el reconocimiento del título o la autorización para ejercer en el país de acogida varían mucho. La mayoría de los países exigen haberse graduado en un centro de formación reconocido por el país receptor (por ejemplo, porque cumpla los criterios de garantía de calidad de la Federación Mundial de Educación Médica) y haber obtenido el reconocimiento del título o la autorización para ejercer en el país de formación. En la mayoría de los países, los consejos médicos o el

ministerio de salud cuentan con personal que documenta el reconocimiento del título o la autorización para ejercer de los trabajadores, así como su historia laboral. Algunos países han simplificado el proceso y acordado procedimientos de reconocimiento mutuo con otros países. Entre los trabajadores sanitarios inmigrantes cobra especial importancia la cuestión de la competencia lingüística y cultural. Algunos países exigen aprobar un examen de aptitud para el idioma más utilizado en la comunicación profesional a nivel nacional. Sin embargo, los requisitos suelen ser mínimos o nulos en cuanto a conocimiento de las lenguas y las culturas locales, lo que no favorece la retención de los trabajadores sanitarios inmigrantes en las zonas rurales. El hecho de que un proveedor de atención de salud no tenga un idioma en común con sus pacientes puede también afectar a la aceptabilidad cultural del sistema de salud y repercutir negativamente en las conductas de demanda de atención sanitaria y en el cumplimiento del tratamiento (26).

En cualquier caso, el reconocimiento del título y la autorización para ejercer pueden documentar la calidad de los trabajadores sanitarios en el momento de su entrada, pero no reflejan necesariamente la calidad de la atención que estos prestan. Dicha calidad depende de muchos factores, como el volumen de trabajo, la motivación, la supervisión, los recursos disponibles (por ejemplo, equipos, suministros, personal de apoyo) y el aprendizaje permanente.

4.2.7 Contratación en el mercado laboral sanitario

Es fundamental hacer un seguimiento de la contratación de los trabajadores sanitarios recién formados en el mercado laboral del sector sanitario nacional a fin de reducir las ineficiencias del sistema de contratación, identificar los posibles desfases entre oferta y demanda de trabajadores sanitarios, y supervisar los logros de la planificación del personal de salud. Las políticas y estrategias de distribución de los trabajadores varían según el contexto y la dinámica de los mercados nacionales sanitario, educativo y laboral. Los países que sólo disponen de instituciones de formación públicas y pocos empleos sanitarios en el sector privado tienen mercados laborales sanitarios sencillos; no se necesita reclutar activamente trabajadores para los servicios de atención de salud porque todos los graduados pasan directamente a ser empleados de la sanidad pública, o bien no trabajan si no hay puestos disponibles. Sin embargo, en los países con instituciones de formación privadas o un sector sanitario privado formal y de envergadura, el mercado laboral sanitario es más complejo y se necesita una contratación activa para cubrir las vacantes.

Entre las cuestiones de políticas se incluye velar por que el proceso de solicitud y asignación de puesto de trabajo sea lo más transparente y puntual posible. Los trabajadores sanitarios deben tener la posibilidad de solicitar puestos específicos y los criterios de selección han de ser claros. Los gobiernos pueden mejorar la eficiencia del mercado laboral sanitario creando portales de empleo gratuitos y de fácil acceso que permitan anunciarse a todos los que demandan u ofertan trabajo. En algunos contextos se hace necesario ofrecer incentivos (monetarios y de otro tipo) para animar a los trabajadores a solicitar destinos en zonas subatendidas. El establecimiento de vínculos tempranos entre posibles empleadores e instituciones de formación es otra opción que amplía los conocimientos de los estudiantes acerca de su futura trayectoria laboral.

Si un país importa o exporta trabajadores sanitarios, se plantean preguntas como las siguientes: ¿Cuáles son las normas de contratación que hay que cumplir? ¿Cuántos trabajadores sanitarios inmigran o emigran cada año? ¿Debe el país de acogida reembolsar al país exportador para compensarlo por los trabajadores sanitarios formados con fondos públicos? ¿Cómo ha de llevarse a cabo esta contratación? Por ejemplo, en algunos países africanos se ha autorizado a los responsables de contratar personal para sistemas sanitarios de otros países a instalar mesas en las ceremonias de graduación de los estudiantes de

enfermería y reclutar directamente a los nuevos profesionales (27).

4.3 Cuestiones relacionadas con la medición

Cada sección del marco de entrada en la fuerza laboral sanitaria puede supervisarse mediante su propio conjunto de indicadores. En el cuadro 4.1 se presentan una serie de ellos relativos a la entrada, junto a sus posibles medios de verificación; la lista no es en absoluto exhaustiva y probablemente haya que añadir otros. La cuestión del conjunto mínimo de indicadores esenciales es compleja, y puede haber conflictos de prioridades respecto a los datos que se necesitan a nivel nacional e internacional. Cada país y cada región tienen una situación única en lo relativo a los RHS, y tendrá que recopilar y analizar la información que mejor se adecue a las necesidades, objetivos y metas de su sistema de salud (recuadro 4.1) (28). A lo largo de toda esta discusión es importante tener presente que, siempre que sea posible, se compilarán, analizarán y utilizarán sistemáticamente datos recopilados a través de los procesos administrativos nacionales existentes (recuadro 4.2) (12, 29). Esta recopilación sistemática de datos puede luego complementarse y validarse mediante encuestas periódicas o ad hoc y otras fuentes estadísticas ordinarias (como censos de población o encuestas de población activa).

Recuadro 4.1 Ejemplo ilustrativo del establecimiento de objetivos y metas en materia de educación y formación de los profesionales sanitarios: región de las Américas, 2007–2015

Un plan estratégico de desarrollo de los RHS de las Américas propuso una serie de objetivos, metas e indicadores para los países de la región en varias esferas de la educación y la formación. En el marco del objetivo «adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población», se incluyeron las metas siguientes para el año 2015:

- El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional;
- El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas;
- Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%;
- El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (28).

Cuadro 4.1 Principales indicadores y medios de verificación para medir la entrada en la fuerza laboral sanitaria

Indicadores	Fuentes potenciales de datos	Dimensiones complementarias
<p>Conjunto de candidatos aptos para la formación sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de estudiantes que completan la enseñanza primaria, p. ej., expresado como % de todos los niños en edad de cursar la enseñanza primaria Número de estudiantes que completan la enseñanza secundaria, p. ej., expresado como % de todos los niños en edad de cursar la enseñanza secundaria Número y % de estudiantes que completan la enseñanza secundaria con preparación preferente en ciencias (u otros requisitos para el ingreso en la formación profesional sanitaria) 	<p>Lo ideal es medirlos a partir de documentos administrativos ordinarios presentados por los centros de enseñanza primaria y secundaria (ministerio de educación). También pueden determinarse mediante entrevistas con informantes clave (por ejemplo, directores de centros escolares de distrito).</p> <p>La información sobre el número total de niños pertenecientes a los grupos de edad que corresponden oficialmente a la enseñanza primaria y la secundaria debe validarse de forma periódica cotejándola con los datos de un censo de población u otra fuente representativa a nivel nacional (oficina central de estadística).</p>	<p>Lo ideal es que los datos sobre los estudiantes aptos se desglosen por edad, sexo, zona urbana o rural, u otras características que los inclinarían a trabajar para comunidades subatendidas.</p> <p>Puede que se necesite más información cualitativa sobre la calidad y la adecuación del currículo de ciencias de la enseñanza secundaria.</p> <p>También puede que se necesite más información sobre los requisitos para incorporarse a la formación para ocupaciones menos calificadas (como la de agentes de salud comunitarios).</p>
<p>Reclutamiento y selección de los estudiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de solicitantes por puesto de formación y estamento profesional Número y % de solicitantes que cumplen los requisitos de ingreso por puesto de formación y estamento profesional Número y % de solicitantes admitidos en los programas de formación por estamento profesional Número y % de solicitantes admitidos que se matriculan para recibir formación por estamento profesional 	<p>Lo ideal es medirlos a partir de documentos administrativos ordinarios presentados por las instituciones de formación sanitaria (ministerio de salud, ministerio de educación). También pueden determinarse mediante una encuesta cuantitativa de las instituciones de formación o entrevistas con informantes clave (como directores de programas de formación).</p>	<p>Lo ideal es que los datos sobre los solicitantes se desglosen por edad, sexo, zona urbana o rural, u otras características que los inclinarían a trabajar para comunidades subatendidas.</p> <p>Puede ser útil disponer de más información cualitativa sobre las estrategias de contratación (especialmente las dirigidas a determinados grupos de población), las razones por las que los solicitantes no cumplen las condiciones para recibir formación, y las razones por las que los solicitantes aceptados no se matricularon finalmente en el programa.</p>
<p>Acreditación de las instituciones de formación sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de un organismo de acreditación de las instituciones de formación sanitaria Número y % de instituciones de formación sanitaria que cumplen los criterios de acreditación y de renovación de esta 	<p>Pueden determinarse a partir de revisiones de documentos (p. ej., informes de evaluación) o entrevistas con informantes clave (ministerio de salud, ministerio de educación, expertos nacionales o subregionales de los procesos de acreditación y los criterios de calidad de la formación).</p>	<p>Lo ideal es que los datos sobre los resultados de la acreditación se desglosen por tipo de institución (pública o privada) y región.</p> <p>Puede que se necesite más información cualitativa sobre la autoridad del organismo de acreditación y sus recursos, y sobre los principales obstáculos para lograr la acreditación de las instituciones (p. ej., motivos de fracaso en la obtención de la acreditación, criterios que se incumplen con mayor frecuencia).</p>

Continuado...

Indicadores	Fuentes potenciales de datos	Dimensiones complementarias
<p>Capacidad y producción de las instituciones de formación sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de plazas de formación por estamento profesional Número de plazas de residente clínico o en laboratorios por estamento profesional Número de estudiantes por instructor calificado, por estamento profesional Número de estudiantes por ordenador personal, por estamento profesional Número de libros y revistas de biblioteca por estudiante, por estamento profesional Tasa de disminución de efectivos (por abandono) por cohorte de estudiantes, por estamento profesional Tasa de disminución de efectivos (por rotación) entre el personal docente por estamento profesional Número de estudiantes que se gradúan cada año por estamento profesional Gasto público en formación profesional sanitaria por estamento profesional Gasto privado en formación profesional sanitaria por estamento profesional Coste total por graduado de la formación profesional sanitaria, por estamento profesional 	<p>Lo ideal es medirlos a partir de documentos administrativos ordinarios presentados por las instituciones de formación sanitaria (ministerio de salud, ministerio de educación). También pueden determinarse mediante una encuesta cuantitativa de las instituciones de formación.</p> <p>Lo ideal es que los datos sobre gasto público procedan del ministerio de finanzas. Se necesitan más datos sobre los costes de la formación para registrar también el gasto privado (p. ej., derechos de matrícula, presupuesto de instituciones privadas, encuesta de gasto de los hogares)</p>	<p>Los datos sobre capacidad de formación, tasas de disminución de efectivos, producción, gastos y costes se desglosan por tipo de institución (pública o privada) y región. Los datos sobre los graduados deben desglosarse por edad, sexo, zona urbana o rural, u otras características sociodemográficas.</p> <p>Puede que sea necesario disponer de información cualitativa adicional sobre los principales cuellos de botella de la capacidad de formación (p. ej., la contratación, las calificaciones y la retención de los instructores), las opiniones sobre la accesibilidad a los entornos clínicos y otros recursos, las expectativas profesionales (tanto para los instructores como para los estudiantes), los programas de asesoramiento profesional o mentoría para los estudiantes, y las razones de la disminución de efectivos estudiantiles (p. ej., fracaso en los exámenes, transferencia a programas no sanitarios, emigración).</p>
<p>Inmigración de trabajadores sanitarios formados de otros países</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de trabajadores sanitarios de otros países que solicitan visados de entrada por estamento profesional Número de visados de entrada concedidos a trabajadores sanitarios de otros países por estamento profesional 	<p>Lo ideal es medirlos a partir de documentos administrativos ordinarios (ministerio de asuntos exteriores).</p>	<p>Lo ideal es que los datos sobre los inmigrantes se desglosen por edad, sexo y país de origen. Podrían ser de utilidad datos adicionales de seguimiento, como el lugar de destino (urbano o rural) y la duración de la estancia en el país de acogida.</p> <p>Puede que también se necesite información cualitativa sobre los programas especiales de concesión de visados para trabajadores sanitarios capacitados y los acuerdos bilaterales sobre migración gestionada.</p>
<p>Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Número y % de nuevos trabajadores sanitarios formados en el país que reciben el reconocimiento del título o la autorización para ejercer, por estamento profesional Número y % de nuevos trabajadores sanitarios formados en otros países que reciben el reconocimiento del título o la autorización para ejercer, por estamento profesional 	<p>Lo ideal es medirlos a partir de documentos administrativos ordinarios (organismos de reglamentación profesional).</p>	<p>Puede que se necesite información cualitativa adicional sobre las principales razones del fracaso en la obtención del reconocimiento del título o la autorización para ejercer.</p>
<p>Contratación en el mercado laboral sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de portales de empleo que facilitan la contratación de trabajadores sanitarios de reciente formación Número de trabajadores sanitarios recién graduados que obtienen un empleo en el mercado laboral sanitario en los tres meses posteriores a la graduación (u otro plazo definido a nivel nacional), por estamento profesional Número de trabajadores sanitarios que acaban de graduarse o de recibir la autorización para ejercer y se apartan del mercado laboral sanitario nacional (p. ej., están desempleados, emigran, deciden no trabajar o tienen un empleo no sanitario), por estamento profesional 	<p>Lo ideal es determinarlos a partir de documentos administrativos ordinarios (ministerio de salud, ministerio de trabajo, ministerio de asuntos exteriores, organismos de reglamentación profesional, asociaciones de proveedores privados).</p> <p>La información sobre la participación en el mercado laboral debe validarse periódicamente coteándola con datos de una encuesta nacional de población activa.</p>	<p>Lo ideal es que los datos sobre las nuevas incorporaciones al mercado laboral sanitario se desglosen por edad, sexo, zona urbana o rural, y lugar de trabajo (público o privado).</p> <p>Puede que se necesite información cualitativa adicional sobre los reglamentos y las prácticas de contratación interna y externa, como la transparencia de las actuaciones de la administración pública, la oferta de incentivos para prestar servicio en zonas rurales, y la contratación ética de trabajadores extranjeros.</p>

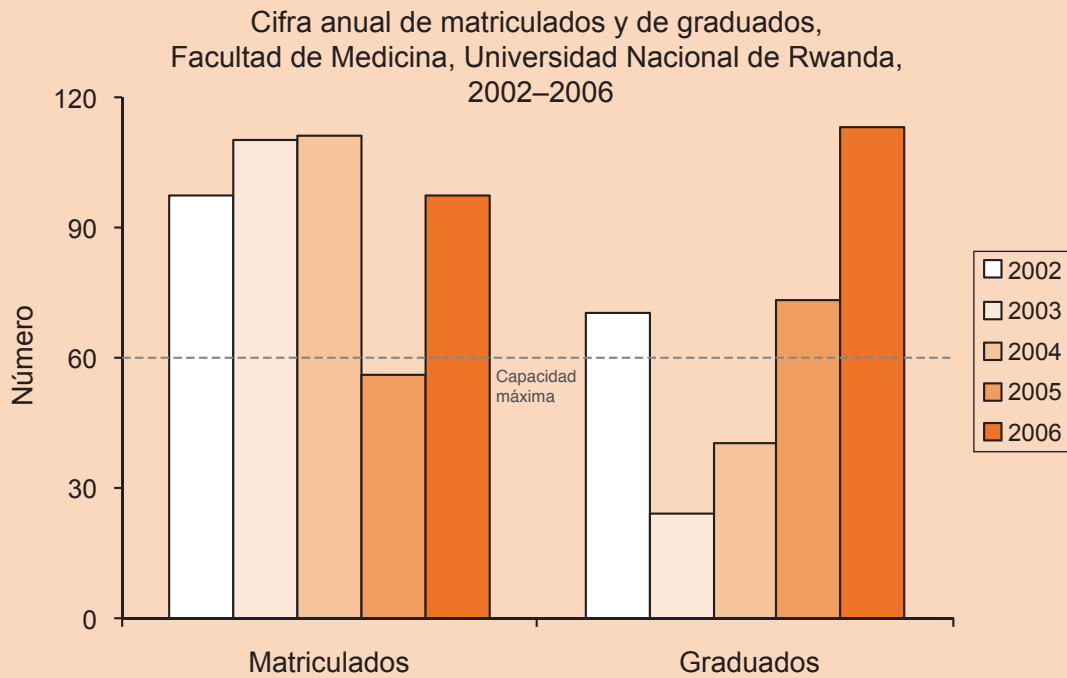
Recuadro 4.2 Observaciones sobre la recopilación, el procesamiento y el uso de los datos

- Entre las medidas recomendadas para reforzar la recopilación, el procesamiento, el análisis y el uso de los datos sobre producción de RHS se cuenta la sustitución de los documentos y registros administrativos en papel por sistemas electrónicos de procesamiento de datos. Ello supone allegar los recursos humanos, económicos y técnicos necesarios para el desarrollo y fortalecimiento del sistema de información, que recopilará datos a distintos niveles (como la formación básica, la formación en instituciones y la formación en la comunidad) para hacer un seguimiento continuo de los avances. Sin embargo, en determinadas condiciones locales, como cuando el suministro eléctrico sea deficiente, haya problemas de polvo, o el acceso a servicios de reparación de computadoras deje que desear, probablemente convenga más contar con un robusto sistema basado en el papel que con uno informatizado, pero poco fiable.
- Se puede mejorar la comparabilidad de las estadísticas sobre formación de los RHS en los países, entre ellos y a lo largo del tiempo estableciendo y utilizando definiciones y clasificaciones comunes. Ello supone recopilar, procesar y difundir datos con arreglo a la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (12) (o su equivalente nacional) o en un formato que permita la correspondencia con esta.
- Es probable que se necesite un permiso especial para acceder a determinados tipos de datos que se desee utilizar en investigaciones o en la formulación de políticas, como resultados de los exámenes de competencia profesional de los estudiantes o de las acreditaciones de centros. A la documentación individual sólo deberían tener acceso las personas que necesiten trabajar directamente con ella, y todos los identificadores (como el nombre y el número de identificación único) deben ser eliminados de la base de datos antes de su distribución y su uso en análisis. En algunos casos quizá haya que modificar el nivel de precisión de algunas variables que pueden no ser comunes a varias personas (como la edad, el distrito de residencia o la especialización clínica) para reducir el riesgo de identificación personal indirecta. Existen diversas técnicas para convertir en anónimos los microdatos de fuentes administrativas y de encuestas, como las desarrolladas por la Red Internacional de Encuestas de Hogares (29).

Dentro de este marco, es en el área de capacidad y producción de las instituciones de formación en la que se propone un mayor número de indicadores. Probablemente también sea ella la que albergue el mayor potencial de cambios a corto plazo en respuesta a intervenciones programáticas o de políticas. Un indicador de la entrada que todos los países deberían medir, analizar y difundir de manera sistemática es la producción anual (o número de graduados) de las instituciones de formación sanitaria (véase un ejemplo ilustrativo en el recuadro 4.3) (11). Es la suma de múltiples elementos de información que dependen del número de estamentos profesionales que integran el sistema de salud. En todos los lugares interesa conocer el número y el tipo de trabajadores sanitarios que acaban de terminar su formación: en los países que necesitan aumentar la producción de profesionales de todos los estamentos, en los que necesitan formar a más trabajadores adaptados a las zonas rurales y subatendidas, y en los países de acogida que aspiran a la autosuficiencia nacional en lo que se refiere a la entrada de trabajadores sanitarios en la fuerza laboral.

A nivel internacional y regional es importante contar con definiciones, indicadores y medidas normalizados que puedan agregarse y compararse entre países para el seguimiento de la fuerza laboral sanitaria mundial. Las medidas más notificadas en relación con la entrada son la producción de médicos, enfermeros y parteros (9). Sin embargo, para reflejar la vital importancia de todos los recursos humanos en los sistemas de salud debe obtenerse información sobre otras categorías de trabajadores sanitarios, por ejemplo, los farmacéuticos, los trabajadores de la salud pública o los agentes de salud comunitarios. Como se comentó en el capítulo 2, dadas las diferencias entre países en lo relativo a las denominaciones, los requisitos de formación y las responsabilidades de las ocupaciones, los datos deben procesarse y difundirse de manera que se favorezca la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo, en particular haciéndolos corresponder con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación.

Recuadro 4.3 Ejemplo ilustrativo de la evolución de la capacidad institucional en materia de formación médica, reclutamiento y producción: Rwanda, 2002–2006



Fuente: Dussault et al. (11).

También reviste especial importancia la información sobre el gasto público y la financiación destinados a la formación profesional sanitaria. Estos datos permiten calcular los costes actuales de producción de profesionales sanitarios y los planificadores los necesitan para proyectar los gastos futuros. Asociar la información sobre gastos a los datos sobre tasas de abandono de los estudiantes o de aprobados en el examen de obtención de la autorización para ejercer permitirá identificar sistemas de formación más eficientes y mejorar o incluso eliminar los programas que supongan un despilfarro.

Los países disponen ya de muchos datos sobre la producción de trabajadores sanitarios, pero a menudo es difícil acceder a esa información y analizarla. En general está fragmentada, no se comparte, y se almacena de forma que es difícil compararla con datos de otras fuentes. Puede que los documentos administrativos no estén informatizados ni archivados, y las estadísticas sobre los diversos componentes de la producción e ingreso de los RHS no se compilan, actualizan o analizan sistemáticamente. A ello se añade el inconveniente de que muchos sistemas de información sólo contienen datos del sector público. En consecuencia, la utilidad de los datos para los responsables de políticas y los

investigadores dependerá de la integridad, fiabilidad y puntualidad del sistema de información y seguimiento, que a su vez están en función del grado de colaboración entre los principales interesados, como el ministerio de salud, el ministerio de educación, el ministerio de finanzas, las instituciones de formación, los organismos de reglamentación profesional y el sector privado (por ejemplo, asociaciones de proveedores privados y organizaciones no gubernamentales o confesionales que prestan servicios de salud). Lo ideal sería que el sistema de información se basara en el uso de números de identificación personal únicos, lo que permitiría hacer un seguimiento de cada trabajador desde su entrada en la formación previa al empleo y durante toda su vida profesional; esta cuestión se abordará con más detalle en el capítulo 9.

La entrada puede ser una cuestión políticamente delicada: los actores políticos se valen de los criterios de admisión a los programas de formación sanitaria y los procesos de acreditación y reglamentación para negociar sus intereses respectivos. En muchos países de ingresos bajos y medianos, las profesiones sanitarias, en particular las de médico y enfermero, se encuentran entre las más respetadas, remuneradas y codiciadas. Son muchos los interesados que vigilan atentamente la

entrada en ellas; si no se comprenden ni se atienden sus intereses, puede que estos actores se opongan a las reformas de la fuerza laboral sanitaria. Por otra parte, en muchos países, el conjunto de candidatos aptos para recibir formación sanitaria avanzada limita las posibilidades de contratación, y la búsqueda de alternativas ha conducido a adoptar medidas populistas (y no necesariamente sostenibles) para ampliar la fuerza laboral sanitaria, como la incorporación de voluntarios o la importación de trabajadores sanitarios de otros países. Otras cuestiones delicadas son la división de tareas entre los diversos estamentos profesionales del equipo de atención de salud –por ejemplo, quiénes pueden recetar medicamentos o practicar una cesárea– y la creación de nuevos estamentos, como los paramédicos (a veces llamados auxiliares médicos o clínicos) o los agentes de salud comunitarios, la cual suele suscitar resistencias entre los grupos profesionales establecidos. En algunos contextos, la entrada en la fuerza laboral sanitaria puede suponer también una forma de impulsar cambios culturales y sociales tales como un aumento de la proporción de mujeres o de estudiantes de zonas rurales o de otras comunidades subatendidas que reciben formación para una carrera profesional en este sector.

4.4 Resumen y conclusiones

Como se ha comentado en este capítulo, es fundamental disponer de datos puntuales y exactos sobre la entrada en el mercado laboral sanitario para posibilitar una planificación y gestión de los sistemas sanitarios basada en pruebas científicas. Durante la aplicación de los planes y estrategias nacionales relacionados con los RHS es indispensable supervisar, gestionar y, en caso necesario, adaptar las políticas y las intervenciones. El mercado laboral y el educativo pueden cambiar rápidamente en respuesta a los cambios económicos, con el consiguiente efecto positivo o negativo sobre la calidad de los candidatos a ocupaciones sanitarias. Y también pueden hacerlo el tamaño y la estructura de la población, los patrones de inmigración y la carga de morbilidad, lo que a su vez exigiría modificar los planes de formación, el tamaño de la fuerza laboral o la combinación de capacidades de esta. Todos estos cambios han de tenerse en cuenta en la formulación de políticas. Los actores del sector sanitario deben seguir activamente el curso de la situación en su conjunto para poder responder adecuadamente y calibrar el éxito de las intervenciones.

Se han identificado siete componentes en la línea de producción de trabajadores sanitarios sobre los cuales es preciso recopilar datos. Son los siguientes: (i) el conjunto de candidatos aptos para la formación

sanitaria teoricopráctica; (ii) el reclutamiento y la selección de los estudiantes; (iii) la acreditación de las instituciones de formación sanitaria; (iv) la capacidad y la producción de las instituciones de formación sanitaria; (v) la inmigración de trabajadores sanitarios formados de otros países; (vi) el reconocimiento del título y la expedición de la autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud (formados en el país o en el extranjero); y (vii) la contratación en el mercado laboral sanitario. En consecuencia, la medición y el seguimiento de la entrada exigen contar con datos muy completos sobre la educación y la formación a diversos niveles, incluida la enseñanza básica.

Los planificadores de políticas tienen la responsabilidad de analizar los datos de interés y formular políticas sobre el conjunto de los siete componentes de la entrada en la fuerza laboral. El proceso de recopilación, análisis y utilización de estos datos sobre la entrada no es un hecho aislado, sino que debería constituir una actividad permanente del ministerio de salud (o de otro organismo designado por los poderes públicos para tal fin). Puede que en determinados momentos críticos de la planificación y el seguimiento de los RHS hagan falta estudios o encuestas especiales para validar o recopilar datos adicionales sobre la entrada que no sea posible reunir de forma sistemática. Es importante que el ministerio de salud se asocie con otros ministerios responsables, instituciones de educación y formación, e interesados para trabajar de consuno en dotar al país del número adecuado de trabajadores sanitarios correctamente formados.

Referencias

1. Pan American Health Organization. *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action*. Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2002.
2. Dunbabin J, Levitt L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health*, 2003, 3:212 (<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=212>, accessed 12 January 2009).
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, accessed 11 January 2009).
4. Serneels P, Lindelow M, Montalvo JG, Barr A. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. *Health Policy and Planning*, 2007, 22(3):128–138.
5. Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved? *Human Resources Development Journal*, 1999, 3:1 (<http://www.who.int/hrh/hrdj/en/index4.html>, accessed 12 January 2009).
6. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94–98.
7. Salafsky B, Glasser M, Ha J. Addressing issues of maldistribution of health care workers. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 2005, 34(8):520–525 (<http://www.annals.edu.sg/pdf/34VolNo8200509/V34N8p520.pdf>, accessed 12 January 2009).
8. Smucny J, Beatty P, Grant W et al. An evaluation of the rural medical education program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003. *Academic Medicine*, 2005, 80(8):733–738.
9. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
10. Allen MK, Ceolin R, Ouellette S et al. *Educating health workers: a statistical portrait, 2000 to 2004*. Ottawa, Statistics Canada, 2007 (<http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2007049-eng.pdf>, accessed 13 January 2009).
11. Dussault G, Codjia L, Kantengwa K, Tulenko K. Assessing the capacity to produce health personnel in Rwanda. *Leadership in Health Services*, 2008, 21(4):290–306 (<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/17511870810910092>, accessed 13 January 2009).
12. *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: CINE 1997*. Paris, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/iscd/ISCED_E.pdf, accessed 10 January 2009).
13. Bryant NH, ed. *Women in nursing in Islamic countries*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
14. Ozden C. *Migration of nurses and physicians from Ghana*. World Bank Working Paper. Washington, DC, World Bank, 2008.
15. Hennen, B. Demonstrating social accountability in medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 1997, 156(3):365–367 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1226958&blobtype=pdf>, accessed 13 January 2009).
16. Boelen C. Building a socially accountable health professions school: towards unity for health. *Education for Health*, 2004, 17(2):223–231.
17. Karle H and World Federation for Medical Education Executive Council. International recognition of basic medical education programmes. *Medical Education*, 2008, 42(1):12–17.
18. Beciu H, personal communication. Washington, DC, World Bank, 2008.
19. Aluwihare APR. Physician migration: donor country impact. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2005, 25(1):15–21.
20. Bach S. *International migration of health workers: labour and social issues*. Sectoral Activities Programme Working Paper No. 29. Geneva, International Labour Office, 2001 (<http://www.ilo.ch/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>, accessed 13 January 2009).
21. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2):1406–1418.
22. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 2007, 8(1):37–46.
23. *Ethical nurse recruitment*. Geneva, International Council of Nurses, 2001.
24. *The World Medical Association statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians*. Ferney-Voltaire, World Medical Association, 2003.
25. Schuwirth L. The need for national licensing examinations. *Medical Education*, 2007, 41(11):1022–1023.
26. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97–109.
27. Xu Y, Zhang J. One size doesn't fit all: ethics of international nurse recruitment from the conceptual framework of stakeholder interests. *Nursing Ethics*, 2005, 12(6):571–581.
28. Organización Panamericana de la Salud. *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007–2015*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-10-s.pdf>, accessed 12 January 2009).
29. International Household Survey Network (<http://www.internationalsurveynetwork.org/home/>, accessed 13 January 2009).

5

Seguimiento de las transiciones y salidas del personal sanitario

PASCAL ZURN, KHASSOUM DIALLO, YOHANNES KINFU

5.1 Introducción

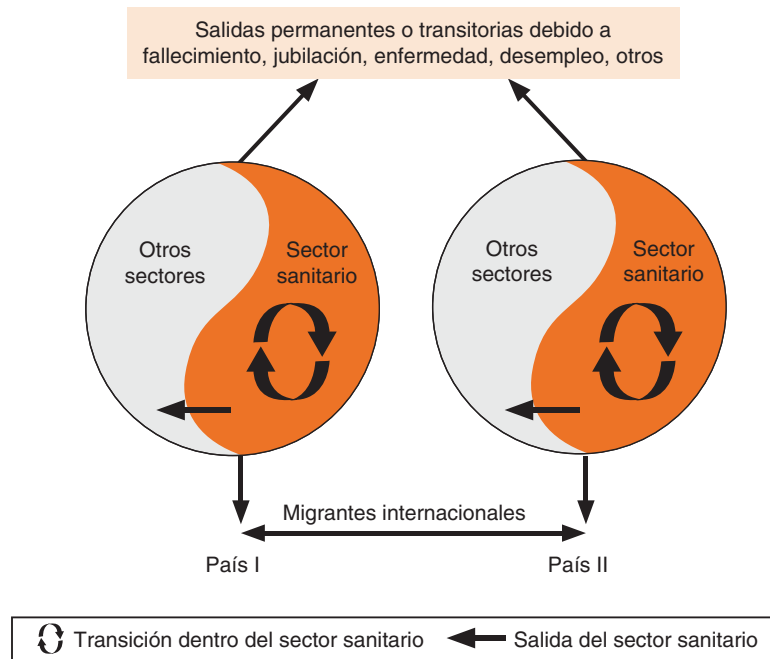
El *Informe sobre la salud en el mundo 2006*, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), atrajo la atención mundial hacia la crisis de los recursos humanos para la salud (RHS), manifestada por penurias y desequilibrios del personal sanitario que deterioran el desempeño de los sistemas sanitarios y repercuten negativamente en la capacidad de muchos países para promover y mejorar la salud de sus poblaciones (1). Las causas y consecuencias de esta crisis de los RHS son numerosas. En muchos países de ingresos bajos y medianos, además de la pasada y presente insuficiencia de la inversión en educación y formación previa al empleo, las migraciones internacionales de los trabajadores sanitarios capacitados y su salida temprana del mercado laboral sanitario debido a cambios de la trayectoria profesional, jubilaciones anticipadas, dolencias que limitan la capacidad de trabajar y mortalidad prematura, son algunos de los principales factores responsables. Sin embargo, en muchos países se conoce mal la dinámica de los movimientos dentro de la fuerza de trabajo sanitaria y de las salidas de ella, lo que limita la capacidad de gobiernos e interesados de elaborar y aplicar programas de intervención eficaces, equitativos y eficientes respecto al coste para mejorar la retención de la fuerza laboral. El problema obedece, en parte, a la ausencia de datos e informaciones puntuales y pertinentes sobre los flujos de entrada y salida de los trabajadores sanitarios, pero también a la falta de indicadores normalizados y mayoritariamente aceptados que permitan medir dichos flujos.

El seguimiento de las dimensiones de la fuerza laboral sanitaria se ha limitado por lo general a dos indicadores: los efectivos actuales de personal sanitario (número de trabajadores que participan en el mercado laboral sanitario en un momento dado) y el número de proveedores de servicios de salud recién formados (número de graduados de programas de formación sanitaria en un determinado periodo de referencia) (como se detalla en los capítulos 3 y 4 del presente

manual, respectivamente). Sin embargo, conocer bien la dinámica de la fuerza laboral sanitaria exige analizar no sólo las nuevas entradas y los efectivos actuales, sino también los flujos internos y las salidas. En este capítulo se ofrece un marco para identificar y analizar las principales transiciones del personal sanitario y los factores asociados a la salida de la fuerza laboral activa, se propone un conjunto muy completo de indicadores que podrían medirse a partir de fuentes estadísticas ordinarias, y se especifican los requisitos en materia de datos. Se presentan, asimismo, análisis ilustrativos de diversos contextos y se comentan las implicaciones de los patrones observados para la formulación de políticas y la planificación.

5.2 Marco para el análisis de las transiciones internas y las salidas de la fuerza laboral sanitaria

Lograr una oferta suficiente de personal, capaz de cubrir las necesidades de la población en materia de salud, comienza por la formación y distribución de trabajadores sanitarios calificados. Una vez que ingresan en el sistema de salud, pasan por diversas transiciones a lo largo del ciclo de vida laboral. Cada vez son más numerosos los estudios que muestran que la rotación del personal sanitario está directamente influida por las remuneraciones insuficientes, las malas condiciones de trabajo (como falta de equipamientos médicos y deficiencias de la seguridad en el lugar de trabajo) y la insatisfacción laboral (debida a diversas razones, como una escasa autonomía laboral, unas oportunidades limitadas para el desarrollo profesional y unos horarios laborales rígidos), a lo que se suman unas mejores opciones laborales en otros lugares, además de factores exógenos al sistema de salud (por ejemplo, mejores condiciones de vida y oportunidades educativas para los hijos) (2–4). Comprende movimientos geográficos intranacionales e internacionales de los trabajadores sanitarios, movimientos profesionales dentro del sector sanitario y fuera de él, y otros tipos de

Figura 5.1 Transiciones dentro de la fuerza laboral y salidas de ella: marco para el análisis

movimientos. En el presente capítulo, todos los movimientos de la fuerza laboral que se producen dentro del sector sanitario nacional se consideran «transiciones» (movilidad intrasectorial), y los que suponen un movimiento hacia otro sector (movilidad intersectorial) u otro país (emigración internacional) se consideran «salidas» de la fuerza laboral sanitaria. Estas dinámicas se resumen en la figura 5.1.

Las transiciones dentro del mercado laboral sanitario del país pueden implicar cambios en los patrones, los lugares y los puestos de trabajo. El flujo de trabajadores sanitarios de las zonas rurales y remotas a las regiones urbanas más prósperas, conocido como transición geográfica, es probablemente el tipo de transición más frecuente. También tiene importancia el movimiento de los trabajadores entre sectores (por ejemplo, del sector público al privado) o de un tipo de punto de prestación de servicios a otro (por ejemplo, de un centro de atención primaria a un hospital de nivel terciario). Dada la importancia social y política de garantizar el acceso universal a servicios de salud esenciales y asequibles, principalmente por medio del fortalecimiento de la atención primaria, en muchos países de ingresos bajos y medianos las instancias decisorias y los interesados consideran importante seguir los movimientos de los trabajadores afuera de los establecimientos públicos de salud.

Otro tipo de transición que es preciso tener en cuenta es la ocupacional: los trabajadores sanitarios pueden pasar de una ocupación sanitaria a otra, o a una ocupación no sanitaria dentro del sector de la salud. A

menudo, estas transiciones obedecen a avances en la trayectoria profesional, como el caso de un proveedor de atención de enfermería que es ascendido a director de servicios de enfermería. Como se comentó en el capítulo 4, un ejemplo que ha despertado mucho interés en los últimos años es el del reciclaje de los médicos de Filipinas como enfermeros para tener más oportunidades de emigrar a otros países. En algunos contextos inquieta el éxodo de trabajadores sanitarios de nivel superior que hasta ahora prestaban atención directa a pacientes (generalmente en puestos mal remunerados de establecimientos del sector público) hacia puestos de gestión de proyectos dentro del sector no gubernamental financiado por donantes, que se halla en expansión (5, 6). Otros tipos de transiciones que afectan a los patrones de trabajo –como el paso de un empleo de jornada completa a otro a tiempo parcial– pueden obedecer a cambios en las circunstancias individuales o las condiciones económicas generales del país. Es fundamental hacer un seguimiento de estas tendencias para conocer la dinámica de los RHS dentro de cada ocupación y entre ocupaciones, y las posibles implicaciones para la combinación de competencias de la fuerza laboral en su conjunto y la capacidad de esta de prestar servicios de calidad.

Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta que tales transiciones no son necesariamente excluyentes entre sí: de hecho, un solo movimiento podría combinar distintos tipos de transiciones. Por ejemplo, el traslado de un enfermero que trabaja en un centro de salud del sector público en una zona rural a un puesto de director de servicios de enfermería en un hospital privado

de la capital supone transiciones simultáneas de tipo ocupacional, sectorial, institucional y geográfico.

En lo que respecta a las salidas del sistema sanitario nacional, comprenden movimientos que son de carácter voluntario o involuntario, y permanentes o temporales. Las salidas temporales se definen como aquellas en las que se supone que el trabajador sanitario tiene la oportunidad de reincorporarse al sistema en algún momento futuro, por lo general en el corto plazo. Los permisos de maternidad o para el cuidado de familiares, las bajas por enfermedad u otras causas urgentes, el desempleo y el retorno a los estudios son algunas de las causas más frecuentes de salida temporal de la fuerza laboral económicamente productiva. La jubilación, la muerte, las minusvalías crónicas que limitan la capacidad de trabajar y la emigración internacional son ejemplos de salidas «permanentes» (aunque persiste la posibilidad de que un trabajador que se haya jubilado prematuramente o haya emigrado al extranjero decida regresar al mercado laboral sanitario nacional).

5.3 Indicadores y estrategias de medición

Sigue siendo complejo medir y hacer un seguimiento de las transiciones de la fuerza laboral sanitaria, y ello por diversas razones, como la escasez de datos (por ejemplo, casi ningún país tiene datos fiables sobre emigración internacional), la infrautilización de los datos disponibles, la ausencia de desgloses (las fuentes de información a menudo mezclan los factores de transición y los de salida, lo que limita la capacidad de estimar índices para cada indicador por separado), y la falta de normalización de las técnicas de medición (pueden utilizarse varios métodos y obtener estimaciones distintas de los indicadores, lo que dificulta o impide las comparaciones entre fuentes de información).

Una complejidad inherente al análisis de las transiciones y salidas de la fuerza laboral es que los indicadores de mayor interés pueden medirse de dos formas distintas: siguiendo todos los movimientos que se han producido en un determinado grupo de personas a lo largo de un periodo definido (análisis longitudinal o diacrónico) u observando el estado de todos los individuos de la población estudiada en un momento determinado (análisis transversal o sincrónico). Por ejemplo, en lo que respecta a los movimientos sectoriales, pueden evaluarse ya sea contabilizando todos los movimientos del personal clínico del sector público al privado en los últimos cinco años (o, desde la perspectiva del seguimiento de la retención, el número de trabajadores que han permanecido en sus empleos del sector

público durante el mismo periodo) o captando sendas instantáneas de la distribución del personal clínico del sector público y el privado en dos momentos separados por cinco años. Dicho de otro modo, cuando se miden transiciones y salidas, pueden utilizarse indicadores basados en los flujos o basados en los efectivos. Los primeros suelen expresarse como tasas y los últimos como proporciones o razones.¹

La decisión de analizar estimaciones basadas en los flujos o basadas en los efectivos depende en general de la naturaleza de la fuente de información. Por consiguiente, aprehender toda la complejidad de los patrones de salida y de transición exige analizar los datos de múltiples fuentes. El cuadro 5.1 ofrece una panorámica general de las fuentes de datos que pueden utilizarse para medir diversos indicadores de las transiciones y salidas de la fuerza laboral. Como se aprecia, ninguna fuente, por sí sola, ofrece toda la información necesaria; existen muy diversas técnicas de recopilación de datos –como los censos de población, las encuestas de población activa y otras encuestas de hogares, las evaluaciones de establecimientos de salud, la documentación administrativa ordinaria y los estudios cuantitativos o cualitativos especializados sobre los RHS– que, utilizadas de forma complementaria, pueden ofrecer un panorama más completo de la dinámica. En el capítulo 3 se presenta una revisión general de las fuentes estadísticas ordinarias y sus ventajas y limitaciones para el análisis de los RHS.

Para poner un ejemplo, una forma de medir las transiciones profesionales desde un planteamiento basado en los efectivos consiste en emplear los datos de las encuestas de población activa para calcular qué proporción de las personas que, en el país, tienen formación en un determinado campo de la salud están trabajando en ese momento en una ocupación diferente (con independencia del momento en que pasaron de estar calificados para una ocupación a ejercer otra). Esa misma dinámica puede medirse desde un planteamiento basado en los flujos – por ejemplo, para calcular la tasa anual de movimiento de una ocupación sanitaria a otra – utilizando los registros de profesionales sanitarios, siempre y cuando estos se actualicen permanentemente para dar cuenta de las actividades laborales del momento. También es posible estimar los flujos ocupacionales mediante evaluaciones de

¹ La tasa general de transición y salida de la fuerza laboral puede representarse mediante la siguiente fórmula algebraica:

$$M_{ij}(t, n) = \frac{T_{ij}(t, n)}{W_i}, \text{ en la que } M_{ij}(t, n) \text{ representa la tasa observada}$$

de transferencia del estado de origen i al estado de destino j entre los momentos t y $t+n$; $T_{ij}(t, n)$ es el número observado de movimientos (salidas o transiciones) del estado i al estado j entre los momentos t y $t+n$; y W_i es el número de trabajadores sanitarios en estado i en el punto medio entre t y $t+n$.

Cuadro 5.1 Fuentes potenciales de datos sobre transiciones y salidas del personal sanitario

Indicadores	Fuentes potenciales de datos	
	Medidas basadas en los flujos	Medidas basadas en los efectivos
Indicadores de las transiciones		
<ul style="list-style-type: none"> • Entre sectores (público/privado) • Entre ocupaciones • Entre áreas/regiones • Entre instituciones • De jornada completa a tiempo parcial (o viceversa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación administrativa ordinaria, como nóminas y registros de profesionales sanitarios • Evaluaciones especiales de los RHS (diseño longitudinal o preguntas retrospectivas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Censos de población o encuestas de población activa (con preguntas sobre ocupación, lugar de trabajo, horas de trabajo) • Evaluación de establecimientos sanitarios (módulo sobre dotación de personal)
Indicadores de las salidas		
<ul style="list-style-type: none"> • Desempleo/pérdida del empleo • Permiso para ampliar la formación teoricopráctica • Baja de maternidad o permiso para cuidar de un familiar • Baja por enfermedad u otra causa urgente • Emigración al extranjero • Jubilación • Minusvalía crónica que limita la capacidad de trabajar • Fallecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación administrativa ordinaria, como nóminas, registros de profesionales sanitarios, registros de la seguridad social • Evaluaciones especiales de los RHS (diseño longitudinal o preguntas retrospectivas) • Registro civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Censos de población o encuestas de población activa (con preguntas sobre educación y formación, actividad en el mercado laboral, ocupación y razones de la inactividad) • Evaluación de establecimientos sanitarios (módulo sobre dotación de personal)

los RHS concebidas especialmente para recopilar historias y trayectorias laborales de los trabajadores sanitarios, ya sea volviendo a entrevistar a la misma cohorte a intervalos regulares durante un periodo prolongado o realizando entrevistas únicas en profundidad con preguntas sobre las actividades laborales en algún momento del pasado.

Del mismo modo, el desempleo entre los trabajadores sanitarios calificados puede expresarse de diversas maneras según la fuente de datos. Los datos de encuestas y censos de población sobre educación, participación en el mercado laboral y motivos de la inactividad pueden servir para estimar los efectivos (por ejemplo, el número de personas formadas para ejercer una determinada ocupación sanitaria que están desempleadas en ese momento, respecto al número de trabajadores sanitarios con esa misma ocupación que tienen empleo). En teoría, los datos recopilados sistemáticamente por los registros de profesionales sanitarios podrían ofrecer información sobre las cifras de trabajadores sanitarios calificados que estuvieron desempleados en algún momento del último año. Las evaluaciones de establecimientos de salud

con módulos sobre niveles y patrones de dotación de personal pueden arrojar luz sobre la magnitud del problema porque contabilizan el número de proveedores de servicios de salud que perdieron su empleo el año anterior. Estos resultados pueden luego analizarse en el contexto de un marco de seguimiento y evaluación, por ejemplo, para determinar tendencias a lo largo del tiempo o por grupos ocupacionales, o compararlas entre regiones.

También es posible estimar las transiciones geográficas dentro de un país con una serie de medidas. Una evaluación basada en los efectivos y para la que se utilizaran datos censales periódicos permitiría comparar, por ejemplo, la densidad de trabajadores sanitarios de una determinada región en el momento del recuento con la registrada en el censo anterior. Una medida similar basada en los flujos podría obtenerse a partir de documentación administrativa ideada para posibilitar el seguimiento de los individuos, lo que permitiría determinar el número de trabajadores sanitarios que se desplazan de una región a otra durante el período de tiempo especificado. También pueden obtenerse estimaciones de los flujos indirectamente a partir de un

censo o una encuesta si se les pregunta a los entrevistados dónde residían cinco o diez años antes (dando por supuesto que no han cambiado de ocupación desde entonces).

Para medir los movimientos migratorios internacionales lo ideal sería adoptar el mismo enfoque. En realidad, pocos países disponen de datos exactos y puntuales sobre el número de nacionales que viven en el extranjero o abandonan el país. En los últimos años, la inquietud por los efectos negativos de la emigración de los profesionales de la salud, especialmente de los países más pobres a los más ricos, ha propulsado el problema al primer plano de la agenda mundial de políticas de salud y desarrollo (1). Sin embargo, las pruebas científicas necesarias para el seguimiento y la evaluación del fenómeno siguen faltando o son de escasa entidad (7, 8). La mayoría de los análisis disponibles dependen en exceso de estimaciones indirectas, basadas en gran medida en la extrapolación de medidas compiladas y difundidas en los países de destino: (i) estimaciones de la migración a lo largo de la vida basadas en el censo (por país de nacimiento de las personas que ejercen una profesión sanitaria en el país de destino en el momento del recuento, con independencia del lugar de formación), (ii) estimaciones, basadas en registros, de los trabajadores formados en el extranjero que han obtenido recientemente la autorización para ejercer (no se contabilizan los trabajadores calificados que no cumplen las normas nacionales relativas al ejercicio profesional), y (iii) número de permisos de residencia o de trabajo concedidos a extranjeros de acuerdo con la ocupación que, según información de los propios trabajadores, tenían en su país de origen (con independencia de la actividad laboral que finalmente desempeñen en el país de destino). En este contexto reviste especial importancia garantizar la comparabilidad de tales medidas –lo que incluye las definiciones de las ocupaciones, las equivalencias educativas y las normas que rigen el ejercicio profesional en los países de origen y de destino–.

Otra área que plantea dificultades es la determinación de la mortalidad entre los trabajadores sanitarios: incluso en países en los que la cobertura del registro civil es muy alta o completa, rara vez se tabulan y difunden datos de mortalidad por ocupación. Una vez más, la mayoría de las medidas disponibles emplean técnicas de estimación indirecta. Ello incluye examinar los registros de dotación de personal de los establecimientos en busca de datos sobre fallecimientos de empleados, o el uso de tablas modelo de mortalidad en las que se apliquen cocientes de supervivencia por edad y sexo frente a la distribución demográfica de la fuerza laboral sanitaria activa para estimar el número de muertes prematuras.

Por el contrario, medir las salidas de la fuerza de trabajo debidas a jubilación es relativamente sencillo. Las estimaciones pueden obtenerse en muchos casos a partir de nóminas o registros de la seguridad social. En ausencia de datos fiables procedentes de fuentes administrativas, los censos y encuestas poblacionales son otra opción si incluyen datos sobre el nivel de instrucción por campo (o en la anterior ocupación) y los motivos de la inactividad en la fuerza laboral. En muchos casos puede utilizarse la edad legal de jubilación como medida indirecta y dar por supuesto que todos los trabajadores sanitarios que siguen vivos y en el país se jubilarán a esa edad.

5.4 Análisis ilustrativos

En este apartado se presentan análisis ilustrativos de varios tipos de transiciones de la fuerza laboral procedentes de diversos contextos y para los cuales se han empleado métodos y fuentes de datos diferentes, como se ha descrito en el apartado anterior.

5.4.1 Transiciones dentro del mercado laboral sanitario nacional

Como se ha comentado anteriormente, pueden utilizarse diversos métodos para recopilar información sobre las transiciones dentro de la fuerza laboral sanitaria, condicionados en gran medida por la disponibilidad, la pertinencia y la calidad de los datos. Puede extraerse un ejemplo de las transiciones sectoriales a partir de una encuesta especial sobre RHS llevada a cabo en Sri Lanka y que incluyó entrevistas a una muestra de trabajadores sanitarios empleados en establecimientos de salud de todo el país (9). Según las preguntas retrospectivas sobre el lugar de trabajo anterior al del momento de la entrevista, la gran mayoría (96%) de los trabajadores sanitarios empleados en hospitales del sector público citaron también un hospital público como su anterior lugar de trabajo. Entre el personal de los hospitales privados, el 62% de los que habían trabajado anteriormente en otro lugar dijeron proceder de un hospital público. En total, menos del 0,5% de los trabajadores empleados en establecimientos de salud informaron de que su anterior lugar de trabajo no pertenecía al sector sanitario.

En otro ejemplo basado en una encuesta especial sobre RHS llevada a cabo en Lesotho, se observaron mayores tasas de transiciones ocupacionales –es decir, de movimientos de una ocupación a otra sin salir del sector sanitario– entre los practicantes médicos que entre el personal de enfermería. La tasa de rotación alcanzaba las cifras más altas entre los médicos especialistas (16,7%) y era notablemente inferior entre los enfermeros jefes (4,4%) (10).

Otra posible forma de medir y seguir las transiciones ocupacionales consiste en utilizar los registros profesionales y académicos. En Filipinas (probablemente el mayor exportador mundial de personal de enfermería) se calculó que de los estudiantes que se presentaban a los exámenes nacionales para obtener la autorización para ejercer como enfermeros, más de 4000 eran ya médicos, cifra que representaba alrededor del 10% de todos los médicos del país (11).

5.4.2 Migraciones internacionales

Los flujos de salida internacionales de los trabajadores sanitarios rara vez se miden directamente a nivel de los países. Pueden hacerse algunas inferencias, por ejemplo, mediante estudios cualitativos sobre la intención de emigrar. Los resultados de unas encuestas especiales sobre RHS llevadas a cabo en seis países africanos revelaron una elevada proporción de profesionales sanitarios –del 26% de Uganda al 68% de Zimbabwé– que declaraban su intención de emigrar, en su mayoría a países de ingresos altos de Europa y América del Norte, pero también a algunos otros países africanos (12). Otra medida indirecta la ofrecen las cifras de certificaciones de la autorización

para ejercer expedidas por los organismos de reglamentación nacionales. Por ejemplo, los potenciales empleadores extranjeros del personal de enfermería que está buscando trabajo fuera del país pueden solicitarle al consejo de enfermería del país de origen que certifique la autorización para ejercer. En Kenya, los datos del Consejo Nacional de Enfermería señalaban a los Estados Unidos de América como uno de los países de acogida más solicitados por los enfermeros que deseaban ejercer en el extranjero (13). En ambos casos, aunque los datos resultan útiles para ponderar tendencias generales, sólo se refieren a las intenciones de emigrar, y no confirman que un trabajador sanitario ha emigrado realmente (o que lo hará alguna vez).

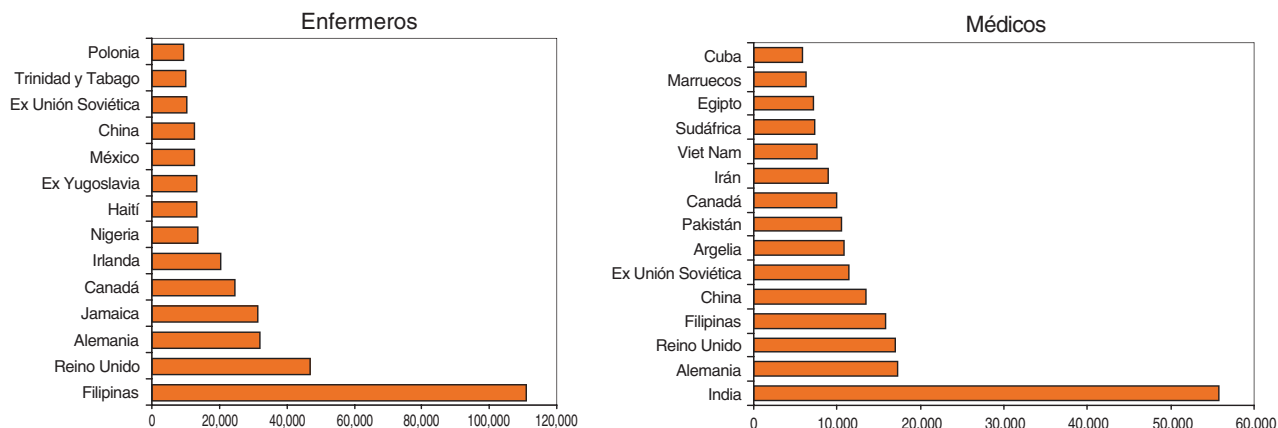
El principal medio de evaluar los niveles de migración internacional consiste en analizar los datos en el país de destino según el país de origen del trabajador migrante (en lo relativo a nacimiento, ciudadanía o formación profesional). Por ejemplo, los datos del Consejo de Enfermería y Partería del Reino Unido (14) permiten estimar las tendencias de la salida de enfermeros de los países de origen (cuadro 5.2). Se constatan grandes cambios entre 1998 y 2007 en la distribución de los enfermeros formados en el extranjero que trabajan

Cuadro 5.2 Cifras anuales de enfermeros formados en el extranjero que obtienen la autorización nacional para ejercer en el Reino Unido, 1998–2007 (principales países de origen fuera del área económica europea)

País de formación en enfermería	Año de obtención de la autorización para ejercer en el Reino Unido								
	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
India	30	96	289	994	1830	3073	3690	3551	2436
Filipinas	52	1052	3396	7235	5593	4338	2521	1541	673
Australia	1335	1209	1046	1342	920	1326	981	751	299
Nigeria	179	208	347	432	509	511	466	381	258
Pakistán	3	13	44	207	172	140	205	200	154
Nepal	0	0	0	0	71	43	73	75	148
Zimbabwé	52	221	382	473	485	391	311	161	90
China	0	0	0	0	0	0	60	66	80
Nueva Zelanda	527	461	393	443	282	348	289	215	74
Ghana	40	74	140	195	254	354	272	154	66
Zambia	15	40	88	183	133	169	162	110	53
Sudáfrica	599	1460	1086	2114	1368	1639	933	378	39
Kenya	19	29	50	155	152	146	99	41	37
Canadá	196	130	89	79	52	89	88	75	31

Fuente: United Kingdom Nursing and Midwifery Council (14).

Figura 5.2 Número de enfermeros y médicos de origen extranjero en 24 países de la OCDE por principales países de origen (datos del censo de población, circa 2000)



Fuente: Dumont y Zurn (8).

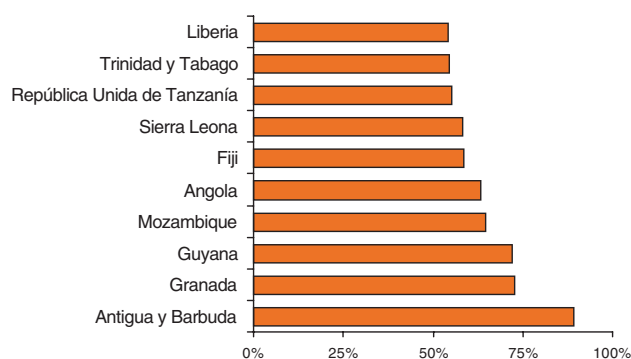
en el Reino Unido: se ha pasado de un predominio del personal de países de ingresos altos al principio del periodo de observación (Australia y Nueva Zelanda) a una población cada vez más numerosa de enfermeros de países de ingresos bajos y medianos (sobre todo de la India y Filipinas). Algunos países como Nepal y el Pakistán, que anteriormente tenían una emigración escasa o nula hacia el Reino Unido, están ahora entre los principales exportadores. En algunos países africanos la emigración parece haber alcanzado su máximo nivel en torno a 2002–2003, en particular en Sudáfrica. Asimismo, cabe señalar que, a su vez, este país acoge a muchos profesionales sanitarios que se han formado en el extranjero: según los datos del Consejo de Profesiones Sanitarias de Sudáfrica, representarían una cuarta parte (24%) de los médicos inscritos (15).

Combinar los datos de migración de varios países de destino puede ayudar a presentar un panorama más amplio. En este contexto, a menudo resultan útiles los datos del censo de población, ya que los instrumentos de medición censales tienden a ser más uniformes y ello permite las comparaciones internacionales. La figura 5.2 presenta algunos resultados obtenidos utilizando datos censales combinados de profesionales sanitarios nacidos en el extranjero que viven en 24 países de altos ingresos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), entre ellos Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Aunque los patrones migratorios pueden variar considerablemente de unos países a otros, destaca un dato clave: el personal de enfermería nacido en Filipinas (unas 110 000 personas) y los médicos nacidos en la India (56 000) representan una proporción importante del personal sanitario inmigrante de

los países de la OCDE (aproximadamente el 15% de los efectivos totales en cada caso) (8).

Ampliar este tipo de análisis combinando los datos sobre los inmigrantes en los países de destino con información sobre la fuerza laboral sanitaria activa en los países de origen puede ayudar a tener una idea más aproximada de la magnitud de la emigración internacional. Así se ilustra en la figura 5.3, en la que los datos censales de los médicos nacidos en el extranjero y residentes en países de la OCDE en el momento del recuento se comparan con las estadísticas oficiales de la fuerza laboral nacional de sus respectivos

Figura 5.3 Estimaciones de la tasa de emigración a lo largo de la vida de médicos nacidos en algunos países no pertenecientes a la OCDE y que trabajaban en países de la OCDE en el momento del censo



Fuente: Dumont y Zurn (8).

países de origen. A algunos países –en particular las pequeñas naciones insulares en desarrollo del Caribe y del Pacífico Sur y determinados países del África subsahariana con grave escasez de personal médico– les afecta desproporcionadamente la emigración. Son países con unas tasas de emigración a lo largo de la vida estimadas en más del 50% (lo que significa que hay tantos médicos nacidos en esos países que trabajan en la región de la OCDE como médicos que trabajan en el país de origen) (8).

5.4.3 Salidas de la fuerza laboral por mortalidad

En varios países de África meridional, especialmente en los de alta prevalencia del VIH/SIDA, la muerte está emergiendo como una de las causas más importantes de salida de la fuerza laboral sanitaria (16). Sus efectos comprenden la pérdida permanente de trabajadores individuales y el aumento transitorio del absentismo laboral para asistir a los funerales. Sin embargo, falta una recopilación sistemática de datos sobre este problema: pocos países recopilan y difunden sistemáticamente datos de mortalidad por ocupaciones a través de su sistema de registro civil (que suele ser la principal fuente de información sobre defunciones y nacimientos en un país).

En muchos casos, la medición y el seguimiento de la magnitud y los efectos de la mortalidad prematura entre los trabajadores sanitarios exigen instrumentos y estrategias especiales. En un estudio piloto llevado a cabo en Zambia se estimaron las tendencias temporales en dos hospitales basándose en el número de certificados de defunción archivados correspondientes a enfermeras comparado con el número de años de servicio-persona (17). Los resultados indicaban que la mortalidad del personal de enfermería femenino se multiplicó por más de diez entre 1980 y 1991, de 2,0 a 26,7 por 1000, incremento que se atribuyó en su mayor parte al VIH.

Con frecuencia es preciso estimar indirectamente la mortalidad mediante tablas modelo de mortalidad y otras técnicas de proyección demográficas y epidemiológicas. En el cuadro 5.3 se muestra un ejemplo de la aplicación de dichas técnicas en 12 países africanos. Los resultados se obtuvieron dividiendo la cifra anual prevista de muertes prematuras entre los trabajadores sanitarios en activo (basada en los cocientes de mortalidad por edad y por sexo extraídos de las tablas de mortalidad nacionales) por el número total de referencia de trabajadores sanitarios (de acuerdo con las estadísticas oficiales de la fuerza de trabajo compiladas por la OMS). Las muertes prematuras se definieron como las ocurridas por debajo de los 60 años. En general, se prevé que cada año estos países

Cuadro 5.3 Estimaciones de las pérdidas anuales debidas a la mortalidad de trabajadores sanitarios menores de 60 años en algunos países de la Región de África de la OMS, basadas en un análisis de tabla de mortalidad

País	Tasa de mortalidad prematura por 1000 trabajadores	
	Médicos	Personal de enfermería y partería
República Centroafricana	25	21
República Democrática del Congo	23	19
Côte d'Ivoire	25	22
Etiopía	23	20
Kenya	23	23
Liberia	24	20
Madagascar	21	20
Rwanda	25	19
Sierra Leona	26	22
Uganda	26	22
República Unida de Tanzania	24	22
Zambia	28	22
Total	24	21

Fuente: Los autores.

pierdan alrededor del 2% de su personal médico, de enfermería y de partería por muerte prematura. Como cabía esperar (dado que se supuso que los perfiles de mortalidad de los trabajadores sanitarios eran similares a los de la población total), las estimaciones de mortalidad algo más bajas entre el personal de enfermería y de partería que entre los médicos se explicarían porque en los dos primeros colectivos es más alta la proporción de mujeres, cuyas tasas de mortalidad por edades tienden a ser más bajas que las de sus homólogos masculinos.

5.4.4 Salidas de la fuerza laboral por jubilación u otros motivos

En general, se utilizan tres tipos de datos para arrojar luz sobre la jubilación de los trabajadores sanitarios: (i) las cifras de individuos que se jubilan de la fuerza laboral sanitaria, compiladas sistemáticamente a partir de nóminas, documentos de la seguridad social o registros profesionales, (ii) las cifras de jubilados entre las

personas con la formación académica adecuada para ejercer una ocupación sanitaria, según lo registrado en censos o encuestas de población, y (iii) en ausencia de medidas directas, los datos de encuestas cualitativas sobre la intención de jubilarse entre los trabajadores sanitarios. Es habitual que en los modelos de proyección de la fuerza laboral se utilicen gráficas de datos de jubilación frente a la distribución de la fuerza laboral activa por edades para estimar la oferta futura.

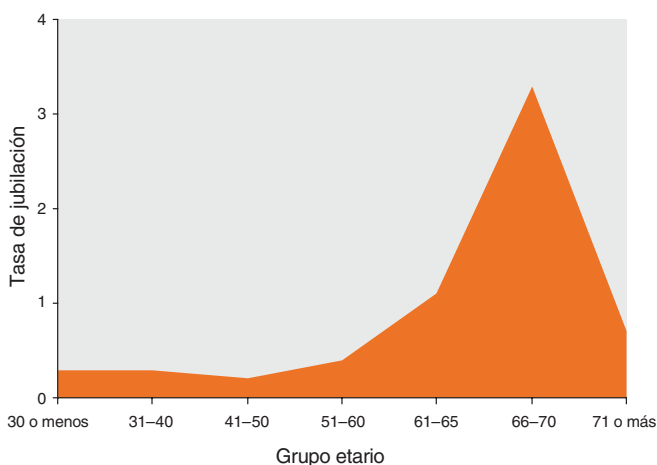
Sea cual sea la fuente de información, un problema que complica el seguimiento de las tendencias de la jubilación es la ausencia de una definición universal de lo que significa realmente «jubilación». Algunos análisis pueden considerarla el periodo inmediatamente posterior a un empleo remunerado, o el periodo de la vida a partir de cierta edad. En el caso del Canadá, donde muchas zonas del país no tienen jubilación obligatoria, la asociación médica nacional registra a todo médico que sale de la fuerza laboral médica como «jubilado», sean cuales sean la edad y la causa (18). En este contexto, como se aprecia en la figura 5.4, incluso trabajadores de apenas 30 años se consideran jubilados.

La mayoría de las bases de datos sobre RHS no permiten distinguir entre jubilación, defunción y abandono de la fuerza laboral por otras razones, ya sea a corto o a largo plazo. En lo que respecta a las salidas de carácter temporal, las encuestas especiales sobre absentismo que comprenden visitas sin previo aviso pueden recabar datos sobre la proporción de trabajadores de establecimientos que no estaban en sus

puestos de trabajo. En Bangladesh, una de estas encuestas mostró que más de la tercera parte (35%) de los trabajadores sanitarios estaban temporalmente ausentes el día de la visita (justificada o injustificada). Se determinó que los principales correlatos de los patrones de absentismo eran la proximidad del lugar de residencia del trabajador al establecimiento sanitario, el coste de oportunidad del tiempo del trabajador y otros indicadores de las condiciones socioeconómicas generales (accesos por carretera, electrificación rural) (19).

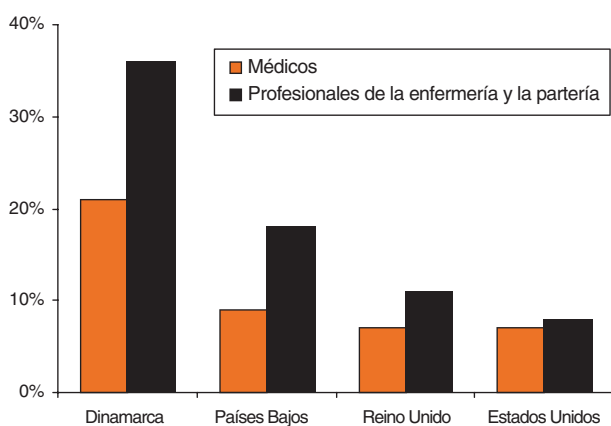
Es posible que algunas salidas prolongadas de la fuerza laboral se deban a un cambio de ocupación, y en particular a otra ajena al sector de la salud. Las encuestas de población activa –que incluyen datos de todas las ramas de la actividad económica nacional– pueden arrojar algo de luz sobre este punto, aunque la posibilidad de efectuar comparaciones entre países o a lo largo del tiempo dependerá del cuestionario y del tipo de muestreo de la fuente original. Por ejemplo, un análisis de los datos de la encuesta de población activa de cuatro países mostró grandes diferencias entre ellos en cuanto a la proporción de encuestados que dijo tener una ocupación médica o enfermera, pero no trabajaba en un punto de prestación de servicios de salud (y por lo tanto podría no constar en las fuentes de datos basadas en registros de establecimientos o en nóminas) (figura 5.5). La proporción más alta se registró en la muestra de Dinamarca, que incluía a los trabajadores desempleados o que habían regresado a la formación académica en el momento de la encuesta (20).

Figura 5.4 Tasa de jubilación de los médicos por edades, según el registro de la Canadian Medical Association, Canadá 2005



Fuente: Pong, Lemire y Tepper (18).

Figure 5.5 Proporción de los encuestados que dijeron tener una ocupación sanitaria, pero no trabajaban en el sector de la salud en el momento de la entrevista, algunos países



Fuente: Gupta et al. (20).

5.5 Reflexiones finales: implicaciones para la formulación de políticas y la planificación

En este capítulo se ha analizado el estado actual de los conocimientos sobre medición y seguimiento de las transiciones y salidas del personal sanitario para su aplicación a la formulación de políticas y la planificación. Conocer estas dinámicas de la fuerza laboral podría ayudar a identificar los desequilibrios en la distribución de los trabajadores sanitarios a nivel nacional e internacional y a aplicar políticas de retención de personal que animen a los trabajadores a permanecer (o a regresar) allí donde sus capacidades y servicios son más necesarios. Asimismo, cada vez son más los que piensan que para mantener un personal suficiente que permita lograr los objetivos de los sistemas de salud la clave es formar, contratar y retener a profesionales sanitarios jóvenes al tiempo que se reinvierte en la fuerza laboral madura. En este contexto, es crucial disponer de datos adecuados de diversas fuentes y utilizarlos para supervisar y afrontar los retos que plantean los RHS en todo el ciclo de vida laboral.

Hace falta información sobre los movimientos pasados y proyectados de la fuerza laboral para elaborar proyecciones de la oferta futura de personal que servirán de base a una planificación de los RHS basada en pruebas científicas y a una toma de decisiones racionalizada. Dada su naturaleza, pocos tipos de transiciones y salidas (con la excepción, quizás, de la jubilación) pueden predecirse con exactitud; aun así, deben tenerse presentes todos al planear las estrategias nacionales de desarrollo de los RHS. Es probable que en la mayoría de los países las transiciones dentro de la fuerza laboral –como el cambio de sector de empleo o la migración rural–urbana sin abandonar los servicios de salud– sean una dinámica importante de la fuerza laboral, pero suele haber pocos datos puntuales y fiables. En muchos casos, los formuladores de políticas y los decisores han de fundarse en información procedente de evaluaciones especiales de los RHS (de carácter ad hoc) o de evaluaciones periódicas basadas en estimaciones de la situación de los efectivos en ese momento (y hacer luego inferencias acerca de los flujos ocurridos realmente entre los dos puntos). En el caso del seguimiento de las salidas del mercado laboral sanitario nacional, muchas veces hay que recopilar los datos de fuentes ajenas al sector sanitario, o incluso de fuera del país.

En muchos países es notoria la ausencia de una recopilación sistemática de datos sobre morbilidad y mortalidad del personal sanitario, que son fundamentales para el seguimiento de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo –factor que a menudo influye

mucho en la pérdida de efectivos del sector sanitario–. Conocer las causas de las pérdidas de personal puede ayudar a orientar, por ejemplo, estrategias dirigidas a prevenir el VIH/SIDA y otras enfermedades entre los trabajadores sanitarios para reducir la mortalidad prematura a largo plazo, y a administrar el tratamiento adecuado a los que lo necesitan para permitirles trabajar durante más tiempo (21).

Incluso los datos sobre jubilación del personal sanitario, cuestión cada vez más importante habida cuenta de los patrones de envejecimiento de la fuerza laboral, son deficientes en muchos casos. Probablemente no baste con basarse en una edad determinada (por ejemplo, la reglamentaria de jubilación) para proyectar la cifra de jubilados, ya que es frecuente observar diferencias en la edad real de jubilación entre las diversas ocupaciones, o entre los sexos. Conocer con bastante exactitud las tasas de jubilación es muy útil para planificar la oferta futura de personal sanitario, y también puede servir para elaborar políticas laborales flexibles que animen a retrasar el retiro. Por ejemplo, en el Reino Unido, una iniciativa de jubilación flexible permitió a los médicos a punto de retirarse pasar a trabajar a tiempo parcial sin perder sus derechos de pensión (22).

Contratar de nuevo a personas formadas en la prestación de servicios de salud, pero que trabajan fuera del sector sanitario o bien son económicamente inactivas, puede constituir una opción atractiva para aumentar la capacidad del sistema de salud. Llevarlo adelante exige determinar el número de personas que podrían encontrarse en esa situación a fin de evaluar la oportunidad y el posible impacto de una iniciativa de ese tipo. En los Estados Unidos de América, el año 2004, casi el 17% (unos 488 000) de los enfermeros encuestados incluidos en el registro profesional del país no trabajaban en puestos de enfermería (23). Aunque muchos eran personas de edad y por lo tanto era poco probable que retomaran el ejercicio de la enfermería, el número de menores de 50 años sumaba unos 160 000 enfermeros potencialmente empleables. Teniendo en cuenta que los hospitales de los Estados Unidos han notificado en torno a 116 000 puestos vacantes de enfermería (24), las políticas y estrategias para atraer de vuelta a personal de enfermería calificado podrían reportar muchos beneficios.

La emigración internacional de personal sanitario de nivel superior desde países de ingresos bajos y medianos a países más ricos es otra cuestión a la que se está prestando cada vez más atención en todo el mundo. Los médicos y el personal de enfermería representan una pequeña proporción de todos los trabajadores muy calificados que emigran, pero en los países en desarrollo la pérdida de RHS puede mermar

la capacidad del sistema sanitario para prestar servicios de salud de manera equitativa (25). Muchos países desarrollados que antes contrataban activamente trabajadores sanitarios en el extranjero como solución (real o percibida) a la escasez de personal nacional han reconocido ahora la necesidad de corregir los efectos adversos de esta política en algunos de los principales países exportadores, en particular en el África subsahariana (26, 27). Desde el punto de vista de las políticas, una posibilidad es que los países de acogida dicten unas normas éticas para la contratación internacional de personal sanitario. Por ejemplo, en 2001, el Departamento de Salud del Reino Unido adoptó un código deontológico para los empleadores del sistema nacional de salud con el que se pretende, entre otras cosas, evitar la contratación selectiva en países en desarrollo que padezcan una grave escasez de personal sanitario. Aunque la multitud de factores que rigen la migración laboral hacen difícil evaluar el impacto de dicho código, cabe señalar que la migración hacia el Reino Unido de personal de enfermería procedente de África parece haber disminuido sustancialmente en el período posterior a su adopción (como se ilustra en el cuadro 5.2).

Al mismo tiempo, se debe reconocer que los movimientos y migraciones de los trabajadores sanitarios son bidireccionales. Se trasladan de países ricos a países más pobres y de zonas urbanas a zonas rurales por diversas razones y a través de una serie de mecanismos, aunque en mucho menor número –y de manera aún peor documentada–. En muchos casos, emigran al extranjero durante períodos más cortos y regresan a sus países de origen, lo cual puede ser beneficioso para estos, ya que vuelven con más experiencia, capacidades y recursos personales que cuando se fueron (3). Por consiguiente, desde el punto de vista de las políticas, los países de origen deben estudiar si hay que apoyar o alentar la emigración de los trabajadores sanitarios (por ejemplo, para estimular los ingresos por remesas o hacer frente a una oferta excesiva para la capacidad de absorción del mercado de trabajo nacional) o limitarla o reducirla (a fin de contrarrestar la fuga de cerebros) (26). En cualquier caso, para evaluar la eficacia de las políticas es indispensable hacer un seguimiento de los flujos internacionales.

Las fuentes de datos existentes y los enfoques analíticos están contribuyendo cada vez más al seguimiento de las transiciones y las salidas de la fuerza laboral sanitaria, y a respaldar la formulación de políticas relativas a los RHS a nivel nacional e internacional, pero es preciso abordar con más detenimiento algunas áreas. Uno de los principales factores que limitan ese análisis en profundidad es la ausencia general de datos desagregados sobre los diversos tipos de salidas de

la fuerza laboral, responsable de que a los decisores les resulte difícil afrontar problemas concretos de retención del personal de la forma más pertinente. Fortalecer las labores en pro de la recolección sistemática de datos y lograr una mejor coordinación de los interesados que intervienen en la recopilación y el uso de los datos en los diversos sectores y países debería catalizar una mejora de la disponibilidad, la calidad y la comparabilidad de los datos sobre los RHS, lo que reforzaría la base de pruebas científicas necesaria para promover opciones en materia de políticas y guiar la toma de decisiones.

Referencias

1. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
2. Coomber B, Bariball L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital based nurses: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 44(2):297–314.
3. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D et al. *Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain*. EQUINET Discussion Paper No. 3. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, Health Systems Trust and MEDACT, 2003 (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS3hres.pdf>, accessed 15 January 2009).
4. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. ICN Issue Paper No. 4. Geneva, International Council of Nurses, 2005 (<http://www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf>, accessed 15 January 2009).
5. Davey G, Fekade D, Parry E. Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals? *Lancet*, 2006, 367(9511):629–631.
6. McCoy D, Bennett S, Witter S et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2008, 371(9613):675–681.
7. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):601–607 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/601.pdf>, accessed 15 January 2009).
8. Dumont JC, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: *International migration outlook: SOPEMI 2007 edition*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007 (<http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>, accessed 15 January 2009).
9. *Assessment of human resources for health: country profile*. Geneva, Ministry of Health of Sri Lanka and World Health Organization, 2002.
10. Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K. *Health sector human resources needs assessment*. Silver Spring, MD, Medical Care Development International, 2004.
11. Lorenzo FME, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health Services Research*, 2007, 42(3p2):1406–1418.
12. Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/researchpolicies/migration_en.pdf, accessed 15 January 2009).
13. Riley PL, Vindigni SM, Arudo J et al. Developing a nursing database system in Kenya. *Health Services Research*, 2007, 42(3):1389–1405.
14. *Statistical analysis of the register: 1 April 2006 to 31 March 2007*. London, Nursing and Midwifery Council, 2008 (<http://www.nmc-uk.org/aArticle.aspx?ArticleID=36>, accessed 15 January 2009).
15. *South Africa yearbook 2002/03*. Pretoria, Government of South Africa Communication and Information System, 2003.
16. Cohen D. *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work, Working Paper No. 2. Geneva, International Labour Organization, 2002 (http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/wp2_humancapital.pdf, accessed 15 January 2009).
17. Buve A, Foaster S, Mbwili C et al. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. *AIDS*, 1994, 8(3):396.
18. Pong RW, Lemire F, Tepper J. *Physician retirement in Canada: what is known and what needs to be done*. Presented at the 10th International Medical Workforce Conference, Vancouver, Canada, 20–24 March 2007 (http://www.cranhr.ca/pdf/10_retCAN.pdf, accessed 15 January 2009).
19. Chaudhury N, Hammer JS. Ghost doctors: absenteeism in rural Bangladeshi health facilities. *World Bank Economic Review*, 2004, 18(3):423–441.
20. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
21. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Health Working Papers, No. 21. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2006 (<http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>, accessed 15 January 2009).
22. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(3):225–230 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/08-051599.pdf>, accessed 20 February 2009).
23. *The registered nurse population: national sample survey of registered nurses, March 2004 – preliminary findings*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2005.
24. *Research and trends: health and hospital trends 2007 – AHA survey of hospital leaders*. Washington, DC, American Hospital Association, 2007 (<http://www.aha.org/aha/research-and-trends/health-and-hospital-trends/2007.html>, accessed 15 January 2009).
25. Stilwell B, Diallo K, Zurn P et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8>, accessed 15 January 2009).

26. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_epb_10.pdf, accessed 19 January 2009).
27. Robinson M, Clark P. Forging solutions to health worker migration. *Lancet*, 2008, 371(9613):691–693.

Parte III: ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN Y ESTUDIOS DE CASOS



6

Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos

PATRICIA HERNÁNDEZ, TESSA TAN-TORRES, DAVID B EVANS

6.1 Introducción

Se ha determinado que los pagos a los trabajadores son la principal partida de gastos de las cuentas nacionales y, en los casos en los que se han medido, de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, en muchos países no se dispone sistemáticamente de datos sobre la magnitud y la naturaleza del gasto en personal sanitario, y a menudo la información está dispersa en múltiples fuentes. La recopilación de datos, cuando existe, puede tener sólo una cobertura parcial, y rara vez se utiliza para la formulación de políticas y la planificación. Ofrecer a las instancias decisorias y a los interesados la posibilidad de acceder puntualmente a información sobre el gasto en personal sanitario exigirá una labor sistemática de consolidación y armonización, con modificaciones del modo en que se registran los datos. Como es obvio, la naturaleza y la intensidad de esta tarea variarían de unos países a otros.

Pese a la importancia de los recursos humanos para la salud (RHS) en el gasto sanitario general, no hay métodos de contabilidad sanitaria específicamente relacionados con el personal de salud que estén plenamente documentados. Otros enfoques describen cómo medir el gasto en personal en general, particularmente la prestación de servicios de atención de salud en el sistema de cuentas nacionales –es decir, en un marco conceptual que establece la norma estadística internacional para la medición de la economía de mercado– y en métodos utilizados para orientar la determinación del gasto en servicios de salud financiados por el gobierno.

En general, la construcción de un sistema completo, fiable e integrado de medidas del gasto en RHS exige compilar datos a partir de documentación administrativa ordinaria y encuestas periódicas. Algunos países están empezando a almacenar en un único repositorio todas las encuestas relacionadas con el mundo laboral. En muchos casos se necesita llevar a cabo otras nuevas que complementen las fuentes existentes, para así cubrir adecuadamente todo el campo.

El principal objetivo de este capítulo es animar a un mayor número de países a hacer un seguimiento del gasto en recursos humanos en los sistemas de salud a fin de orientar la toma de decisiones. Conocer los recursos financieros destinados a los RHS puede facilitar el seguimiento de los recursos necesarios para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el plan estratégico nacional de reducción de la pobreza y otras iniciativas. Separar el gasto en RHS dentro de los marcos existentes centrados en el uso de los recursos ayuda a proporcionar esa información. Si se aplican con regularidad, los sistemas contables pueden dar cuenta de las tendencias del gasto en personal sanitario, un elemento esencial del seguimiento y la evaluación de los RHS.

Presentamos aquí varias líneas de acción concebidas como una guía operativa para las personas que llevan a cabo en la práctica el seguimiento de dicho gasto. Después de esta introducción, el capítulo presenta brevemente la finalidad del ejercicio y los indicadores básicos propuestos, y pasa luego a describir la manera de empezar a elaborar y mantener una base de datos mínima sobre gasto en RHS. Se discuten cuestiones relacionadas con la recopilación y el uso de los datos a nivel nacional, complementadas con estudios de casos que ilustran diversos procedimientos y recomendaciones para mejorar la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo.

Reconociendo que muchos países tienen pocas probabilidades de desarrollar complejos sistemas integrados de recopilación de datos en el corto plazo, en este capítulo se indica cómo pueden utilizarse las diversas fuentes de datos de las que suelen disponer los países para establecer el orden de magnitud de los gastos en RHS. El método propuesto no posee los atributos de una verdadera cuenta de RHS vinculada a las cuentas oficiales de salud y con unos límites estrictamente iguales a los de estas. Se ofrece como una solución a corto plazo a la espera de que se perfeccionen y actualicen algunos de los principales métodos de estimación acordados internacionalmente –en particular las actualizaciones, previstas para 2012, de las

actuales versiones de Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 (en adelante, SCN93) (1), el Sistema de Cuentas de Salud (o SCS1.0) (2) y la *Guía del productor de cuentas nacionales de salud* (3).

6.2 Qué hay que medir

Antes de abordar las cuestiones relacionadas con la medición y las fuentes de datos es importante dejar claro qué hay que medir y por qué. La elección de los indicadores del gasto en RHS debe guiarse por las necesidades en materia de políticas, aunque también es importante tener en cuenta la viabilidad y los costes de la recopilación y el procesamiento de los datos.

6.2.1 Definición de un conjunto básico de indicadores

Un primer paso consiste en definir un conjunto mínimo de indicadores adecuados. Los objetivos son dos: ofrecerles a los países un medio de desarrollar un sistema de notificación práctico para sus propios fines en materia de políticas y facilitar las comparaciones en el tiempo y entre contextos. Una información normalizada

y armonizada permite a los países seguir el impacto de los cambios y brinda oportunidades de aprender de las experiencias de otros países y regiones.

En el recuadro 6.1 se resume la propuesta del conjunto mínimo de indicadores. Se enumeran seis indicadores básicos referidos al monto total del gasto en personal sanitario, al monto relativo y a su distribución. El total se presenta en cifras absolutas y per cápita, especificando unas unidades monetarias de utilidad para las comparaciones internacionales (4, 5).

Los países que carecen de datos fiables del sector privado pueden utilizar como punto de partida los datos del gobierno general o del sector público. Se entiende por gasto del gobierno general el efectuado por las autoridades gubernamentales centrales, estatales o regionales, y locales, y por los planes de seguridad social y las instituciones sin fines de lucro controlados por unidades gubernamentales y financiados principalmente por ellas. El seguimiento del gasto público guarda relación con la pregunta de cuánta financiación se obtiene para el desarrollo de los RHS y puede considerarse asimismo que refleja el compromiso del gobierno.

Recuadro 6.1 Propuesta de un conjunto mínimo de indicadores para el seguimiento del gasto en recursos humanos para la salud

1. Gasto en RHS, total y per cápita (en unidades monetarias nacionales, en dólares estadounidenses y en dólares internacionales)^a
 2. Gasto en RHS como proporción del gasto total en salud^b
 3. Gasto en RHS como proporción del producto interior bruto o el ingreso nacional bruto
 4. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto del gobierno general en salud
 5. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto renovable del gobierno general en salud
 6. Desglose del gasto en RHS por:
 - a. lugar de trabajo: hospitales, centros de atención ambulatoria, oficinas de salud pública, etc.
 - b. sector: público, privado con fines de lucro, privado sin fines de lucro
 - c. situación en el empleo: asalariados regulares, trabajadores autónomos
 - d. función ocupacional: proveedores de servicios de salud (atención directa a los pacientes), personal administrativo y auxiliar del sistema de salud.
- a. Las cifras del gasto per cápita se basan generalmente en estimaciones de la población a mediados de año. Los dólares internacionales se calculan dividiendo las unidades monetarias nacionales por una estimación de su paridad del poder adquisitivo comparada con el dólar estadounidense, es decir, una medida que reduce al mínimo las consecuencias de las diferencias de precios entre países. Pueden consultarse las definiciones de algunos términos de financiación sanitaria en la sección *National health accounts* [Cuentas Nacionales de Salud] del Sistema de Información Estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4).
- b. Con fines comparativos, pueden consultarse gratuitamente en la página *National health accounts* de la OMS los datos compilados por este organismo sobre el gasto total en salud por países, y en los cuales se utilizan cifras de las cuentas de salud cuando se ha dispuesto de ellas (5).

La finalidad del sexto indicador propuesto es ofrecer información más detallada mediante el desglose de los datos del gasto en varios componentes de utilidad para la formulación de políticas, como el lugar y el sector de trabajo, la situación en el empleo o la función ocupacional.

6.2.2 Conjunto ampliado de indicadores

Puede que algunos gobiernos deseen, además, medir un conjunto de indicadores adicionales, por ejemplo, para supervisar la equidad y la eficiencia del gasto en RHS, detallar el gasto en personal para determinadas áreas de servicios o programas, o identificar dónde se originan escaladas de costes. Entre una amplia gama de posibilidades, a menudo complementadas con otros tipos de datos sobre el desempeño del sistema de salud, las más comunes podrían ser las siguientes:

- gasto en RHS por nivel de capacitación y especialización de los trabajadores sanitarios, por ejemplo, médicos, enfermeros, parteros, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud, conductores de ambulancia;
- gasto en RHS por áreas de servicios o tipos de intervenciones sanitarias, como trabajadores que prestan servicios de salud mental o que asisten partos;
- ingresos medios de los trabajadores sanitarios, es decir, ingresos por hora, semanales o mensuales por salarios, honorarios por ejercicio o beneficios empresariales.

El último de estos indicadores puede ser especialmente útil para el seguimiento de la equidad en la fuerza laboral sanitaria (por ejemplo, la equidad de género). Proponerlo aquí es coherente con la recomendación de la Organización Internacional del Trabajo de mantener y actualizar regularmente las estadísticas sobre ingresos medios y horas de trabajo (útiles para calcular los equivalentes de tiempo completo de los puestos de trabajo), que deberían cubrir todas las categorías importantes de trabajadores asalariados, incluidos los de la rama sanitaria de la economía (6).

6.3 Métodos de medición del gasto en RHS

Por lo general, la información sobre el gasto total en RHS, que es el componente más importante del conjunto mínimo de indicadores expuesto en el recuadro 6.1, se encuentra en las cuentas nacionales y las cuentas de salud nacionales. Estos sistemas consisten en un conjunto integrado de cuentas macroeconómicas, balances y cuadros basados en un conjunto de conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas contables aceptados internacionalmente y que ofrecen un marco

contable amplio dentro del cual pueden elaborarse y presentarse datos en un formato destinado al análisis, la toma de decisiones y la formulación de políticas (7). En este apartado se describen los principales modelos y métodos de compilación de datos, para comprender cómo pueden utilizarse y compararse estos entre distintos contextos y a lo largo del tiempo.

6.3.1 Definición del gasto en personal sanitario

En términos generales, el gasto en RHS es el producto del número de trabajadores sanitarios y de sus precios. Para captar la heterogeneidad del mercado laboral sanitario deben tenerse en cuenta muchos tipos de trabajadores: personas que prestan directamente servicios de salud (lo que comprende la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación), administradores, proveedores y otros trabajadores auxiliares que ayudan al funcionamiento del sistema sanitario. El personal se compone de trabajadores que pueden ser asalariados o autónomos, trabajar a tiempo completo o parcial, tener contratos de corta duración o prolongados, y tener uno o varios puestos de trabajo. Para captar esta diversidad, es frecuente medir el volumen de la fuerza laboral tanto en número de efectivos (recuento de personas físicas) como en equivalentes de tiempo completo (medida equivalente a un miembro del personal que trabaje a tiempo completo durante un año) (véase también el capítulo 3 del manual, que aborda más detenidamente la medición de los efectivos de la fuerza laboral).

Dado que a menudo los datos específicos de países y los datos específicos de instrumentos se recopilan y clasifican de maneras distintas, es útil adoptar un procedimiento de clasificación normalizado a nivel internacional para mejorar la comparabilidad. Las clasificaciones de interés para armonizar los datos sobre recursos humanos en los sistemas sanitarios comprenden la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU), la Clasificación Central de Productos (CCP), la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (CFAP), y la Clasificación de los Gastos de los Productores por Finalidades (CGPF) (7-12).¹ Por ejemplo, los datos sobre gasto laboral por ocupación deberían clasificarse según la última revisión de la CIUO (la mayoría de las ocupaciones relacionadas con la salud se clasifican en los subgrupos principales 22, «profesionales de la salud», y 32, «profesionales de nivel medio de

¹ En el capítulo 2 se detallan más algunas de estas clasificaciones.

la salud»). Los bienes y servicios de la atención de salud se clasifican en el grupo 931, «servicios de salud humana», de la CCP. El gasto público o los datos de actividad correspondientes se consignan en la CFAP en el rubro 07, «salud», que comprende los servicios prestados a los individuos o de forma colectiva. La CGPF puede utilizarse para detallar los gastos en desarrollo de los recursos humanos, en particular de la clase 5.1, «gastos en educación y capacitación», que comprende la formación profesional y la capacitación en el empleo.

Existen descripciones normalizadas de los conceptos y métodos del gasto en RHS en el Sistema de Cuentas Nacionales (en particular, véanse los métodos para generar datos originales en SCN93, párrafos 7.21–47) y en el Sistema Europeo de Cuentas (13, capítulo 8). El Sistema de Cuentas de Salud es otro recurso útil que abarca tres dimensiones fundamentales: la atención sanitaria por función o área de servicio, los proveedores de bienes y servicios de atención sanitaria, y las fuentes de financiación (en particular, el cuadro 10 del SCS1.0 se refiere al «empleo total en las ramas de actividad de atención de la salud», que comprende tanto el número de asalariados como los equivalentes de tiempo completo). El gasto en personal sanitario se aborda de entrada según la guía de adaptación elaborada por la OMS, el Banco Mundial y USAID (3) para países de ingresos bajos y medianos –en ella, la clasificación económica contempla las retribuciones de asalariados y propietarios y desglosa los costes de los recursos en salarios (código 1.1.1), contribuciones sociales (código 1.1.2) e ingresos de trabajo no salariales (código 1.1.3)– y se amplía posteriormente con un instrumento de recopilación de datos del SCS desarrollado conjuntamente por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Eurostat y la OMS (14). A los países y los interesados debería resultarles útil trabajar con estos materiales complementarios en el proceso de construcción de una base de datos especializada en el gasto en personal sanitario.

Los límites de la «salud» determinan el alcance y el contenido de los datos del gasto en RHS, y los resultados diferirán parcialmente según el sistema de medición utilizado. Por lo general, en las cuentas nacionales, el sector de la salud se define como «actividades relacionadas con la salud humana» –división de sector de actividad clasificada con el código 86 en la cuarta o última revisión de la CIIU (o su equivalente en las clasificaciones nacionales)– y agrupa únicamente a las personas que intervienen en la prestación de servicios de atención de salud. Otros enfoques más centrados en la contabilidad sanitaria se inclinan por una definición más amplia que también incluye otras acciones clave relacionadas con la salud, como la reglamentación y la gestión de la prestación de servicios de salud, la provisión de bienes y productos de

atención sanitaria y, en algunos casos, actividades complementarias como la administración del seguro de enfermedad.

En este capítulo, y salvo que se especifique otra cosa, se hace referencia a esta gama más amplia de actividades del sistema de salud, manteniendo la compatibilidad con el Sistema de Cuentas de Salud (recuadro 6.2) (15). Aunque se recomienda utilizar en la medida de lo posible la información que ofrecen las cuentas nacionales de salud o las cuentas nacionales (en lugar de elaborar estimaciones propias basadas en el número de trabajadores sanitarios y su remuneración), es importante recordar que no hay una única forma de presentar los datos del gasto en RHS, por lo que los analistas y los responsables de la toma de decisiones deben leer atentamente la letra pequeña que acompaña a las cifras de esas fuentes (por ejemplo, los metadatos) para saber cómo pueden utilizarse e interpretarse.

6.3.2 Necesidades en materia de datos y fuentes potenciales

Los procedimientos de estimación utilizados para obtener las cifras de nivel nacional en las cuentas nacionales y las cuentas de salud integran datos de volumen y precios. La contabilidad supone emplear un conjunto muy diverso de fuentes documentales y tipos de información, monetarios o de otra naturaleza, y de carácter periódico o único, como los siguientes:

- encuestas y censos, como encuestas de población activa y otras encuestas de hogares, encuestas de establecimientos, censos económicos y de población;
- documentación administrativa, como documentación presupuestaria de los ministerios gubernamentales, registros de empleo, documentación de la seguridad social, documentación fiscal, estadísticas sobre ingresos, registros de empresas y establecimientos, registros de organismos de reglamentación de profesiones sanitarias, libros de contabilidad de establecimientos privados;
- seguimiento administrativo especial de características de la fuerza laboral y el empleo, como las ausencias por enfermedad, los trabajadores no residentes y los temporeros;
- otras fuentes de información, como las actividades ad hoc de recopilación y procesamiento de datos, los análisis especiales basados en fuentes complementarias, la extrapolación y otros métodos de proyección.

El proceso de recopilación, síntesis y análisis de estos diversos tipos de datos suele ser fruto de la colaboración entre una amplia gama de interesados que comprende ministerios gubernamentales (salud, trabajo, finanzas), organismos centrales de estadística, asociados para el desarrollo, instituciones académicas y de investigación, asociaciones de trabajadores

y organismos de seguros. Sólo debe emprenderse una nueva recopilación de datos cuando la información que se necesite no esté disponible en otro lugar y se hayan obtenido recursos suficientes para llevarla a cabo correctamente. El primer reto que se plantea es asegurarse de que se ha reunido toda la documentación pertinente; por ejemplo, es probable que las retribuciones e incentivos destinados a trabajadores sanitarios y pagados con fondos especiales (de fuentes internacionales, por ejemplo) o por entidades en concepto de actividad secundaria (como los servicios de salud ocupacional de las empresas) se consignen en documentos distintos de los registros gubernamentales de sueldos y salarios.

El SCN93 recomienda un procedimiento de estimación normalizado para el seguimiento de los gastos de personal. Se han aplicado ajustes poco importantes en las partidas detalladas bajo el rubro de salud y de acuerdo con características de los datos propias del país. Por ejemplo, las muestras de las encuestas de población activa suelen ser demasiado pequeñas para permitir inferencias estadísticamente válidas sobre determinadas ramas de la actividad económica, de modo que los datos de dichas encuestas se complementan generalmente con datos de fuentes administrativas o de otra naturaleza (16).

En la figura 6.1 se muestra un proceso clásico que puede seguirse para estimar el gasto en personal (1).

Seguidamente, y a título ilustrativo, se compara el uso de las encuestas de población activa con el de otras fuentes de datos para la elaboración de las cuentas nacionales en un grupo de países de la OCDE y la Unión Europea:

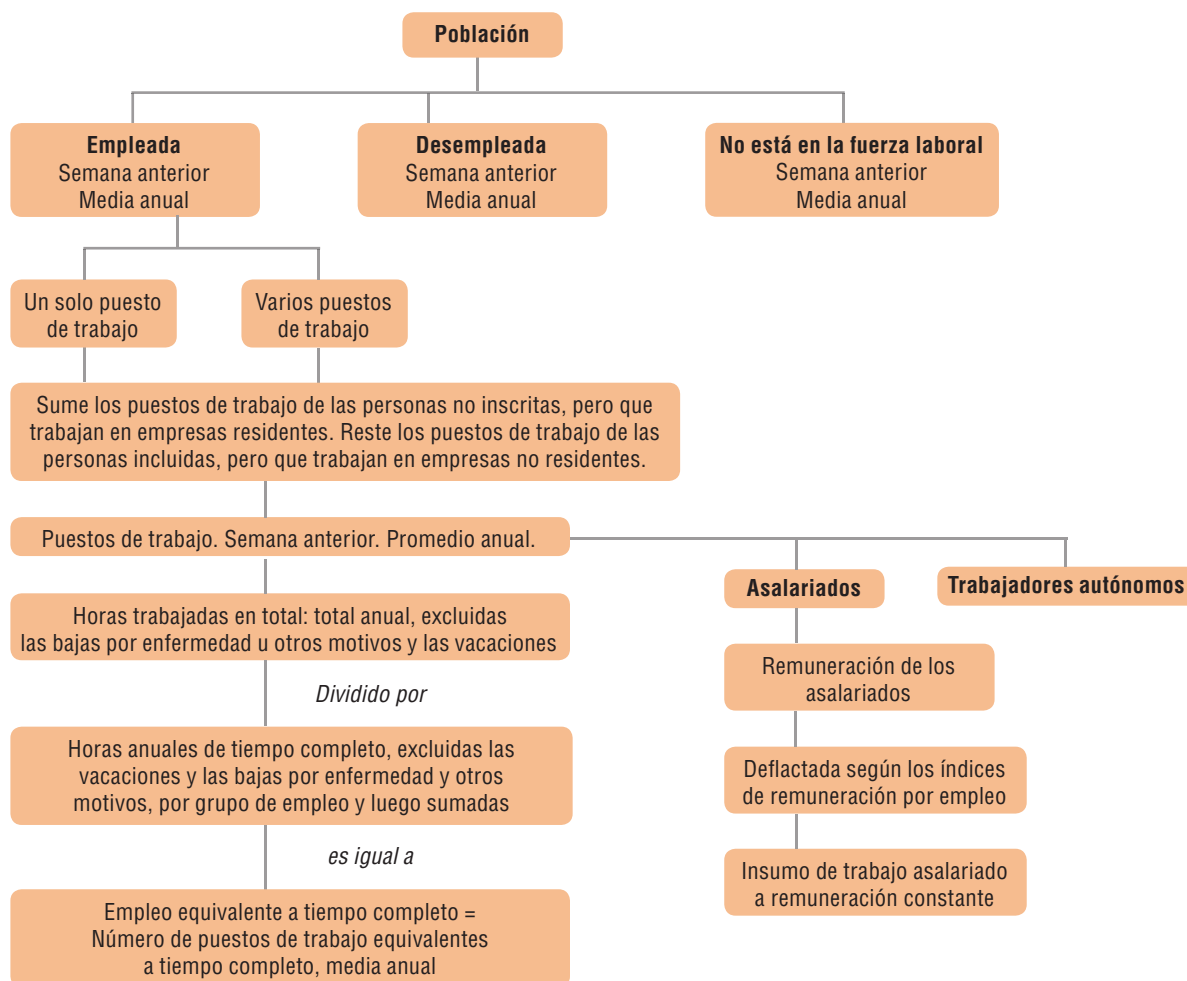
- Las encuestas de población activa constituyen la principal fuente de datos en Australia, Canadá, Chipre, Estonia, Hungría, Irlanda, Lituania, Suiza y el Reino Unido.
- Los datos de las encuestas de población activa son sustituidos parcialmente por datos administrativos y otras encuestas periódicas en Bulgaria, Grecia, Letonia, Portugal y Rumania.
- Entre los países que combinan datos de oferta y demanda se cuentan Alemania, Austria, Dinamarca, Eslovaquia, España, Finlandia, Italia, Malta, Noruega y Suecia.
- En los países siguientes se hace un uso mínimo de las encuestas de población activa para elaborar las cuentas nacionales: Bélgica, Eslovenia, Estados Unidos de América, Francia, Islandia, Japón, Luxemburgo, México, Países Bajos, Polonia y República Checa.

Los responsables de las cuentas de salud utilizan las mismas técnicas y fuentes de datos que los responsables de las cuentas nacionales, pero limitándolas al personal sanitario. Ambos grupos se enfrentan a los mismos problemas de multiplicidad de las fuentes de datos y de incoherencia entre ellas. Cuando surgen

Recuadro 6.2 Componentes del gasto según un método de elaboración de cuentas de salud basado en las clases de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas (cuarta revisión)

- Servicios de salud:** división 86 «actividades relacionadas con la salud humana» (grupos 861 «actividades de hospitales», 862 «actividades de médicos y odontólogos» y 869 «otras actividades relacionadas con la salud humana»); parte de los grupos 871 «servicios de enfermería» y 881 «servicios sociales»; parte del grupo 712 «ensayos y análisis técnicos»; y partes de las divisiones 49, 50 y 51 «transporte» (en relación con los pacientes);
- Fabricación y venta de bienes médicos:** venta al por menor de productos farmacéuticos y medicinales (clase 4772 – excluye los cosméticos y artículos de tocador); fabricación de instrumentos y suministros médicos y dentales (clase 3250);
- Otras actividades** que por ley o de acuerdo con la cultura y las tradiciones del país contribuyen al restablecimiento, el mantenimiento o la mejora de la salud humana, formales o informales, y no incluidas específicamente en la CIIU, p. ej., la práctica de las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas;
- Administración y planificación,** que forman parte de las clases 8412 (administración pública) y 8430 (seguridad social obligatoria) de la CIIU.

Fuente: Poullier (15).

Figura 6.1 Esquema del proceso de estimación del gasto en personal en el Sistema Nacional de Cuentas

Fuente: SCN93 (Figura 17.1: Conceptos de población y mano de obra) (1).

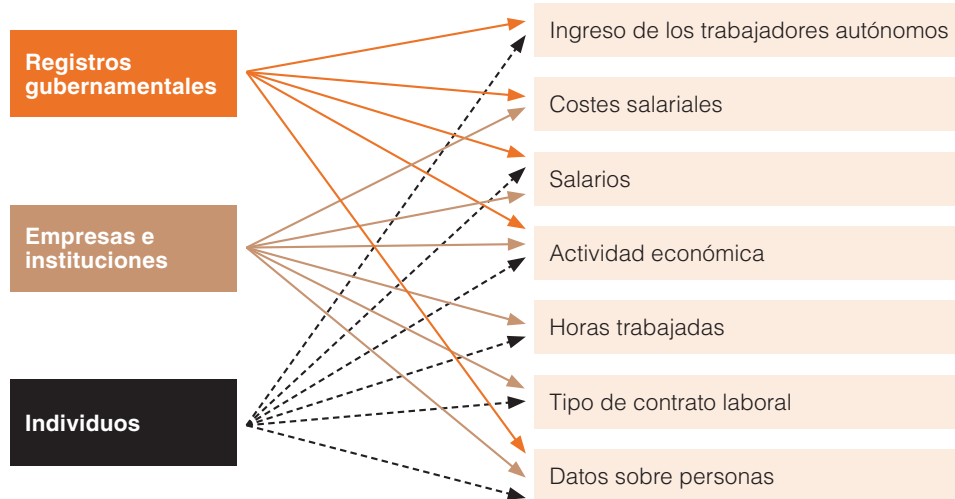
diferencias, un primer paso consiste en identificar el origen y decidir si una de las fuentes es la más adecuada o si es mejor optar por combinar varias. En contextos con muchas fuentes estadísticas, la coherencia se logra fundamentalmente a través de ajustes del empleo, no de los sueldos y salarios (17). El caso de los Países Bajos ilustra los muy diversos niveles de agregación y contenidos de las fuentes de datos que hacen falta para estimar el gasto en RHS (esquemático en la figura 6.2) (18).

Cuando los países deciden adoptar el conjunto ampliado de indicadores (como se describe en el apartado 6.2.2), necesitan información sobre las características de los trabajadores sanitarios (por ejemplo, sexo y formación) y las actividades laborales (como las horas trabajadas en el sistema de salud, incluyendo las horas extraordinarias, pero restando las de ausencia por vacaciones, enfermedad u otros motivos), dimensiones sobre las cuales rara vez se dispone de datos sistemáticos a nivel nacional. En la

figura 6.3 (19, 20) y el recuadro 6.3 (21) se ofrecen dos ejemplos del proceso de estimación indirecta de las horas trabajadas en diferentes contextos.

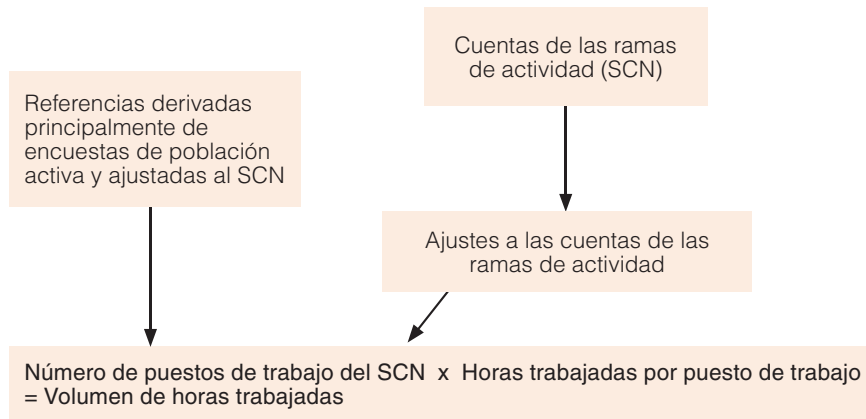
Por lo general, tratar grupos especiales, como el personal temporal y los trabajadores de cuidado personal en el domicilio, y obtener cifras cuando no existen registros directos (de las horas trabajadas, por ejemplo) supone una labor adicional. A fin de garantizar la coherencia entre los diversos componentes y tipos de datos, es preciso cotejar las cifras del gasto en RHS con los datos de las cuentas nacionales, en particular con los ingresos de los trabajadores en los cuadros de oferta y utilización, también llamados cuadros de origen y destino (es decir, los instrumentos utilizados para comprobar la coherencia de las estadísticas sobre flujos de bienes y servicios según el principio de que la oferta total (origen) de cada producto es igual al total de sus usos (destino)). En la figura 6.4 se ofrece una visión general simplificada en forma de «cuadrado de cálculo» en el que cada recuadro

Figura 6.2 Información sobre el mercado laboral en las cuentas nacionales de los Países Bajos



Fuente: van Polanen Petel (18).

Figura 6.3 Proceso para estimar las horas trabajadas en las cuentas nacionales del Canadá



Fuentes: Statistics Canada (19) y Maynard, Girard y Tanguay (20).

Recuadro 6.3 Criterios para estimar datos laborales en las cuentas nacionales de la Federación de Rusia

Horas trabajadas = Puestos de trabajo x media de las horas reales trabajadas en el periodo contable

Empleo equivalente a tiempo completo = Horas trabajadas / media de las horas trabajadas por asalariados a tiempo completo

Equivalente a tiempo completo = Número de puestos de trabajo en empleo equivalente a tiempo completo

Criterios de referencia:

40 horas laborables por semana; 52 semanas al año – 4 semanas de vacaciones

Número máximo de horas laborables: 1920

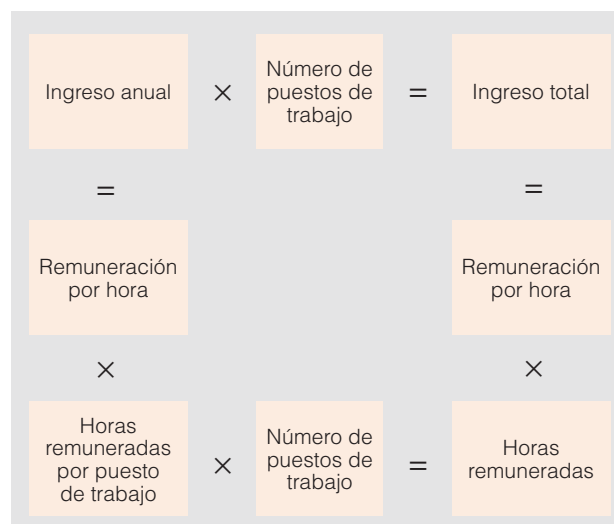
Se requiere un ajuste para establecer el empleo principal y las horas trabajadas en puestos de trabajo adicionales.

Fuente: Surinov y Masakova (21).

representa un proceso específico para determinar la mejor fuente de datos y los ajustes necesarios (18).

El personal de los servicios de salud también puede llevar a cabo actividades no sanitarias; por consiguiente, probablemente haga falta una descomposición adicional si sólo se desea examinar el componente sanitario. La mayoría de las normas de contabilidad general son aplicables a estas estimaciones, como la medición basada en el principio del devengo (es decir, por pagar y por cobrar) y no en el criterio de caja (es decir, cobrado y pagado) (véase en División de Estadística de las Naciones Unidas (22) una introducción a los conceptos básicos de la contabilidad nacional). En concreto, la determinación del volumen de la fuerza laboral y de su valor debería atenerse a esta regla. La definición original, tal y como se presenta en el SCN93, se detalla en el recuadro 6.4 (1).

Figura 6.4 Cuadrado de cálculo



Fuente: van Polanen Petel (18).

Recuadro 6.4 Definición de la remuneración de los asalariados y el ingreso de los trabajadores autónomos

Remuneración de los asalariados

La remuneración de los asalariados comprende la retribución total, en efectivo o en especie, que deben pagar las empresas a los asalariados a cambio del trabajo realizado durante el periodo contable. Se incluyen los sueldos y salarios, y las contribuciones sociales pagadas por los empleadores.

Los *sueldos y salarios* de los trabajadores sanitarios comprenden una remuneración en dinero y una asignación para prestaciones en especie por el desempeño de actividades de salud, como los pagos que se abonan a intervalos regulares o por trabajo a destajo, horas extraordinarias, trabajo nocturno o trabajo de fin de semana o en otros horarios especiales; los pagos por trabajo lejos del domicilio o en circunstancias desagradables o peligrosas; las ayudas por vivienda, viaje o enfermedad; las gratificaciones especiales, comisiones y propinas; y la provisión en especie de bienes y servicios no necesarios para llevar a cabo su trabajo, como comidas y bebidas, uniformes y transporte.

Las *contribuciones sociales* que se pagan por los trabajadores sanitarios asalariados comprenden los pagos efectivos o imputados a los planes de protección social para garantizar el derecho del asalariado a prestaciones no salariales. La valoración de las contribuciones sociales comprende los pagos de los empleadores a la seguridad social o a planes privados destinados a obtener prestaciones sociales para sus asalariados; deben sumarse las contribuciones sociales imputadas de los empleadores que proporcionan prestaciones sociales sin efectuar pagos para cubrirlas. Una convención estadística considera que los asalariados reciben una remuneración bruta con la que pagan su parte de las contribuciones a los planes de protección social, ya se trate del sistema de seguridad social, de planes privados basados en fondos especiales o de planes privados no basados en fondos especiales.

El seguimiento de las contribuciones sociales se basa en la documentación administrativa. Se estiman como contribuciones sociales imputadas de los empleadores las prestaciones sociales pagadas por estos y no basadas en fondos especiales; corresponden a los montos que se necesitarían para garantizar el derecho de los asalariados a prestaciones sociales. Se excluyen los impuestos que el empleador debe pagar sobre los sueldos y salarios.

Ingreso de los trabajadores autónomos

Se entiende por ingreso del trabajador autónomo el correspondiente a los profesionales sanitarios independientes. Una vez deducidos del valor agregado la remuneración de los asalariados, los impuestos y los subsidios, el saldo contable de la cuenta de generación de ingreso se denomina excedente de explotación o ingreso mixto.

Continuado...

El **excedente de explotación** refleja el excedente o el déficit derivado de la producción antes de deducir intereses, alquileres o cualquier otro gasto similar que deba pagarse con activos financieros o tangibles no producidos que la empresa posee, toma prestados o arrenda. El excedente de explotación bruto comprende los rendimientos de los activos en propiedad utilizados en el proceso de producción; dichos rendimientos deben calcularse en cifras netas para aislar el componente de la remuneración.

Este componente se denomina **ingreso mixto** en el caso de las empresas no constituidas en sociedad que son propiedad de los miembros de los hogares, ya sea a título individual o de forma conjunta con otros, y en las que los propietarios u otros miembros de sus hogares pueden trabajar sin percibir a cambio sueldo o salario alguno. Su ingreso por trabajo es fundamentalmente un ingreso empresarial. El ingreso mixto contiene un elemento de remuneración por el trabajo hecho por el propietario, u otros miembros del hogar, que no puede identificarse como aparte del rendimiento para el propietario en tanto que empresario. En la práctica se considera que pertenecen a esta categoría las empresas no constituidas en sociedad que son propiedad de hogares y no son cuasisociedades, excepto los propietarios que ocupan sus propias viviendas, en su condición de productores de servicios de alojamiento para su autoconsumo final, y los hogares que emplean personal doméstico remunerado, que es una actividad que no genera excedente. Es cada vez más frecuente que el ingreso mixto se registre como un valor independiente.

- El concepto de excedente de explotación o de ingreso mixto no se aplica a la medida del ingreso de los trabajadores en las administraciones públicas y las empresas sin fines de lucro.
- Las empresas no constituidas en sociedad de los hogares que venden regularmente la mayor parte de su producción deben tratarse como empresas de mercado. Los grupos de hogares que se dedican a actividades comunales para su propio uso o para uso de la comunidad deben considerarse asociaciones informales dedicadas a la producción no de mercado. Se incluyen los servicios de las viviendas ocupadas por sus propietarios, así como los servicios domésticos prestados por empleados remunerados. La producción de estos servicios no genera ingreso mixto. No se utiliza mano de obra en la producción de los servicios de las viviendas ocupadas por sus propietarios, por lo que cualquier excedente obtenido es un excedente de explotación. Al medir el excedente generado por el personal remunerado no se asignan insumos del factor trabajo (SNC93 4.148 a 4.150).

Relación laboral

Es preciso identificar la naturaleza de la relación laboral. Existe una relación entre el empleador y el asalariado cuando hay un acuerdo voluntario, que puede ser formal o informal, entre una empresa y una persona, en virtud del cual la persona trabaja para la empresa a cambio de una remuneración en dinero o en especie. La remuneración se fundamenta en el tiempo dedicado al trabajo o en el producto realizado. Los autónomos, por definición, trabajan para sí mismos (SNC93: párrafos 7.23–24). El concepto excluye el trabajo sin derecho a remuneración realizado por miembros de un hogar dentro de una empresa no constituida en sociedad y propiedad de ese mismo hogar.

Remuneración

También debe figurar explícitamente la naturaleza de la remuneración y tratarse con arreglo a los acuerdos internacionales: los sueldos y salarios en dinero no deben incluir el reembolso por parte de los empleadores de los gastos hechos por los asalariados para ocupar el puesto de trabajo o para desempeñarlo. Por ejemplo:

- el reembolso de los gastos de viaje, traslado u otros análogos efectuados por los asalariados cuando ocupan nuevos puestos de trabajo o cuando sus empleadores les exigen que trasladen su residencia a otra parte del país o al extranjero;
- el reembolso de los gastos realizados por los asalariados en herramientas, equipo, ropa especial u otros artículos necesarios, exclusiva o primordialmente, para poder desempeñar su trabajo.

Los montos reembolsados se tratan como consumo intermedio de los empleadores. Por ejemplo, en el caso de que a los asalariados se les exija, en virtud de su contrato de trabajo, que adquieran herramientas, equipo, ropa especial, etc., y que estos gastos no se les reembolsen completamente, la diferencia no reembolsada debe deducirse de los montos que perciben como sueldos y salarios, y debe aumentarse correlativamente el consumo intermedio de los empleadores. Los gastos en aquellos artículos que se necesitan, exclusiva o primordialmente, para trabajar no forman parte de los gastos de consumo final de los hogares, se reembolsen o no.

Fuente: SCN93 (Capítulo 7) (1).

En materia de recursos humanos, los costes que es preciso tener en cuenta, además de las remuneraciones de los asalariados, comprenden los gastos de contratación, la formación teoricopráctica, los incentivos para retener y motivar a los trabajadores, gastos varios como ropa de trabajo, y los impuestos sobre el empleo (23). Los gastos desgravables pueden determinarse a partir de la documentación tributaria. En lo relativo a la formación (previa al empleo), el SCS1.0 trata sus costes directos –incluidas las retribuciones del personal docente– fuera de los límites del sistema de salud, pero propone algunas orientaciones para registrarlos como «complementarios». La capacitación en el empleo supone tanto costes directos como indirectos (por ejemplo, el tiempo de trabajo asalariado del personal en adiestramiento). La formación clínica o práctica como parte de la prestación de servicios de salud representa un producto conjunto que también se tiene en cuenta en las mediciones del gasto en RHS (al menos en teoría).

Por último, en algunos contextos pueden hacer falta procedimientos complementarios de recopilación o estimación de datos si es probable que los pagos no observados sean significativos; corresponden a actividades no registradas (legales, pero que se les ocultan deliberadamente a las autoridades públicas), informales (legales con un bajo nivel de organización y una división escasa o nula entre el trabajo y el capital como factor de producción) e ilegales (prohibidas por la ley o que se convierten en ilegales cuando las llevan a cabo personas no autorizadas). Se utiliza con frecuencia el método del empleo (*labour input method*) para determinar si es necesario algún ajuste de este tipo: se compara el volumen de trabajo de la oferta de personal (por lo general mediante encuestas de población activa) con estimaciones de la demanda obtenidas de encuestas de empresas o de establecimientos. También se emplean la triangulación de diversas fuentes, el método del flujo de productos básicos y las comparaciones de las entradas y las salidas (24).

6.4 Marcos de medición y aplicaciones

Como se ha comentado anteriormente, la estrategia de medición más completa y normalizada para el seguimiento del gasto en RHS se halla en los sistemas de cuentas de salud y de cuentas nacionales. Estos se basan en diversos tipos de datos, nuevos y existentes, y lo habitual es que haya que consolidarlos y armonizarlos, ya que es frecuente que existan algunas incoherencias entre las fuentes. Es fundamental conocer los límites de las diversas fuentes de datos, y lo que incluyen y excluyen. En este apartado se describen los

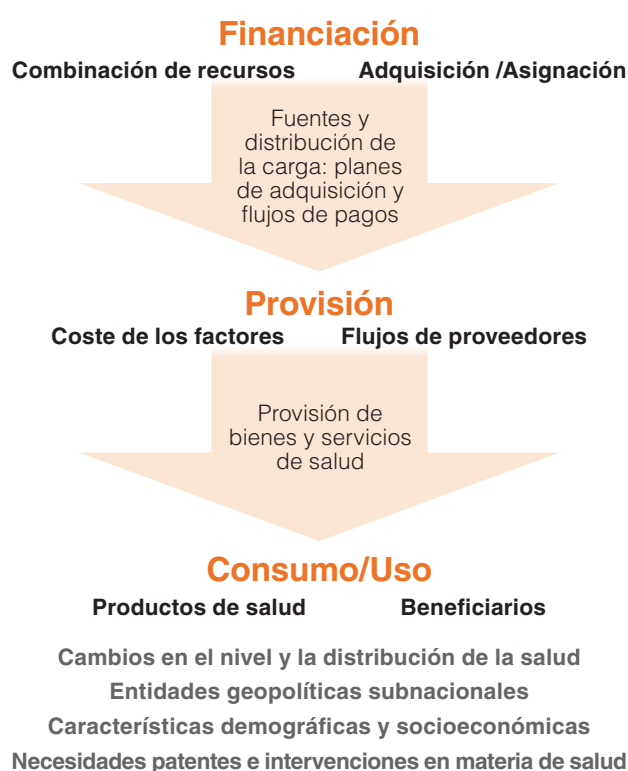
principales marcos utilizados en el seguimiento del gasto en RHS y se presentan algunas comprobaciones prácticas de sus usos reales, junto con ejemplos ilustrativos de algunos países.

6.4.1 Marco de las cuentas de salud

Las cuentas de salud se han diseñado para medir todos los flujos de recursos destinados a proveer atención sanitaria o una mejora considerable del estado de salud por medios médicos, se cataloguen o no como «atención de salud» en las estadísticas nacionales (2). El modelo de las cuentas de salud comprende un conjunto de normas uniformes y hace un seguimiento de todos los recursos que ingresan al sistema de salud durante un periodo, expresados en términos monetarios. Basándose en las estructuras de datos existentes, las cuentas de salud compilan y consolidan los datos para crear información nueva y ofrecer una panorámica coherente (3).

Un sistema de análisis de las cuentas de salud consta de tres dimensiones fundamentales: la financiación, la producción y la utilización final –servicios adquiridos, servicios producidos y servicios consumidos, respectivamente–. Los datos sobre RHS deben incluirse como una categoría específica en la clasificación del «coste de los recursos», pensada para determinar el coste de los recursos que intervienen en la producción de bienes básicos de salud, dentro de la dimensión de producción (figura 6.5) (25). Los flujos de recursos se registran en cuadros bidimensionales que muestran el origen y la dirección de las transacciones. Los cuadros sobre RHS clasifican los flujos por categorías de trabajadores sanitarios, por agentes de financiación (por ejemplo, gobierno, sector privado) o por tipos de servicios o bienes de salud que contribuyen a producir (también llamados funciones de salud). En general, las fuentes de datos deberían vincular la información sobre los RHS al lugar de trabajo (hospital, centro de salud, etc.).

En la práctica, pocos países recopilan y difunden datos detallados del gasto en RHS, como quién paga su trabajo y en qué servicios intervienen. Las cuentas de salud rara vez registran los gastos en personal sanitario que permiten medir y seguir la evolución del conjunto básico de indicadores del recuadro 6.1. En consecuencia, el análisis de políticas de los flujos del gasto agregado y la productividad relativa del sistema han sido reducidos. Instrumentos como el Sistema de Cuentas de Salud (2) y el *SHA guidelines project* [Proyecto de directrices para el SCS] (26) invitan a los países a mostrar el número de trabajadores sanitarios, pero lo habitual es que no se haga ningún desglose de gastos con referencia a los RHS. Existen también

Figura 6.5 Flujos de recursos en un sistema sanitario: una representación contable

Fuente: Adaptado de Hernández y Poullier (25).

otros instrumentos y recursos; por ejemplo, la *Guía del productor de cuentas nacionales de salud* (3) propone clasificar el coste de los recursos detallando los usos que los proveedores dan a los fondos que captan y también en función de las adquisiciones de dichos recursos por parte de los agentes financieros (párrafos 5.19 y 5.20). Un manual conexo de la Organización

Panamericana de la Salud sobre medición del gasto sanitario (27) incluye una estructura de costes que, contando con el seguimiento de los flujos de recursos en el SCN, está pensada para realizar cálculos indirectos basados en los sistemas de información sanitaria y otras fuentes de datos (nuevas y existentes) (véase, por ejemplo, el párrafo 282). El cuestionario de recogida de datos elaborado conjuntamente por la OCDE, Eurostat y la OMS (14) incluye los costes en RHS utilizados en la provisión de atención de salud sólo como RHS por proveedor en un «cuadro pro memoria».

En un cuadro de costes de los recursos que recoja las principales partidas de gastos del proceso de producción, el factor humano aparece como una medida agregada correspondiente a todos los asalariados (recopilada a nivel institucional) y como ingreso de los trabajadores no asalariados. Generalmente se tiene más acceso a datos de entidades públicas, lo que permite presentar la información como la suma del ingreso total sin desglose por tipo de trabajador. Hasta la fecha, pocos informes de cuentas de salud incluyen un cuadro de costes detallado que refleje los RHS, denominado por algunos contables «partida» o «tipo de gasto». Los datos se presentan generalmente clasificados por proveedores o agentes de financiación.²

Los cuadros 6.1 y 6.2 muestran ejemplos de presentaciones de datos (simplificadas) de dos cuentas nacionales de salud (28, 29). La primera, de México, muestra la distribución de los pagos a proveedores bajo el epígrafe «servicios personales». La segunda, del Perú, presenta más información sobre el desglose institucional entre los diversos actores del sistema

² En la formulación de las cuentas de salud: cuadro de provisión / coste de los recursos y/o cuadro de financiación / coste de los recursos.

Cuadro 6.1 Distribución porcentual del gasto por tipo de agente de atención de salud, cuentas de salud de México, 1995

Institución	Tipo de gasto (%)					Total
	Servicios personales	Servicios generales	Suministros	Infraestructura ^a	No especificado	
Seguridad social	44.4	39.4	12.1	3.3	0.9	100
Servicios financiados con impuestos	65.8	9.5	9.3	6.1	9.3	100
Seguro médico privado	22.6	25.7	43.9	7.9	–	100
Servicios médicos privados	19.3	22.0	51.9	6.7	–	100

a. Se incluye en el cuadro el gasto en infraestructuras para ajustarse a la propuesta de registrar la contabilidad de devengo en tres ejes; en el enfoque biaxial sólo se tiene en cuenta el gasto corriente.

Fuente: Adaptado de Fundación Mexicana para la Salud (28).

Cuadro 6.2 Distribución porcentual del gasto por principales proveedores, cuentas de salud del Perú, 2000

Componentes	Público (%)		Privado (%)	
	Ministerio de Salud	Seguridad social	Con fines de lucro	Sin fines de lucro
Consumo intermedio	40.5	41.5	32.7	55.0
Insumos médicos y medicamentos	11.2	21.1	8.0	13.8
Bienes no médicos y servicios	29.3	20.3	24.7	41.2
Valor agregado	48.5	50.4	61.8	43.6
Remuneraciones	45.1	45.3	12.3	38
Servicios profesionales	–	–	13.6	–
Impuestos	1.0	1.6	9.3	2.7
Depreciación	2.4	3.4	3.3	2.9
Excedente de explotación	–	–	23.3	0
Inversiones	8.4	8.1	5.5	1.4
Transferencias a órganos comunitarios	2.6	–	–	–
Total	100	100	100	100

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud del Perú (29).

sanitario. Los componentes del «valor agregado» permiten identificar las remuneraciones de los asalariados y el ingreso de los trabajadores autónomos (véase en el siguiente apartado y en el recuadro 6.4 los detalles técnicos de los principios contables aplicados).

6.4.2 Marco de las cuentas nacionales

El sistema de cuentas nacionales describe los flujos económicos a través de los diversos componentes y dimensiones de una economía de mercado: producción, ingreso, consumo, acumulación, riqueza y sus interrelaciones. El sistema se divide en numerosas ramas, de las que la salud es sólo una de ellas (identificada bajo el epígrafe «actividades de servicios sociales y de salud humana» como una de las 21 ramas de la CIIU). Los límites y las reglas que rigen el marco de las cuentas permiten generar un conjunto de indicadores que se presenta en cuadros básicos y muestra el tamaño de la rama de la salud comparada con otras ramas sociales y económicas y con la economía en su conjunto. Las cuentas de ingreso recogen los sueldos y salarios de los asalariados de cada rama (cuadros de distribución primaria del ingreso) y los correspondientes pagos de cotizaciones sociales (cuadros de distribución secundaria del ingreso); lo ideal es registrar el ingreso de los trabajadores sanitarios autónomos como excedente bruto de explotación e ingreso mixto. Cada vez es más frecuente que los informes nacionales muestren el ingreso mixto por separado, y también cifras netas (para obtenerlas se deduce el consumo de capital).

En el cuadro 6.3 se muestra la presentación recomendada para los componentes del ingreso (30). Cuando se disponga de datos sobre la remuneración de los asalariados y el ingreso mixto neto, pueden extraerse directamente de esta presentación para utilizarlos en la toma de decisiones.

En gran número de países, la información estadística sobre el gasto en RHS obtenida a partir de las cuentas nacionales se presenta como parte de los cuadros de distribución primaria del ingreso difundidos por diversos organismos internacionales (y por recursos metodológicos y de investigación conexos), como la OCDE (31), Eurostat (32) y la División de Estadística de las Naciones Unidas (33).³ También es cada vez más frecuente que se hagan constar las retribuciones de los asalariados sanitarios de la administración pública en el componente de las cuentas nacionales correspondiente al gasto del gobierno general (referido a la división 07 de la CFAP) (33, 35). Aunque el SCN93 recomienda desgloses más complejos (cuadros 18.2–18.4), rara vez se elaboran.

El cuadro 6.4 presenta un ejemplo simplificado de los cuadros incluidos en las cuentas nacionales de Sudáfrica; muestra una selección de sectores de actividad tomada de las columnas y las filas del cuadro de

3 Cabe señalar que a mediados de 2008 los cuadros producidos en muchos países seguían correspondiéndose con la edición de 1968 del manual del SCN, por lo que puede que no reflejen los cambios en la norma de las cuentas nacionales (34).

Cuadro 6.3 Componentes de la remuneración en el cuadro de utilización (destino) de la cuenta de ingreso, Sistema de Cuentas Nacionales

		S11	S12	S13	S14	S15	S1
Código	Transacciones y otros saldos	Sociedades no financieras	Sociedades financieras	Gobierno general	Hogares	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares	Economía total
D1	Remuneración de los asalariados	549	15	142	39	24	769
D2	Impuestos sobre la producción y las importaciones						235
D3	Subvenciones						-44
B2g	Excedente bruto de explotación	254	55	44	92	7	452
B3g	Ingreso mixto bruto				442		442
P61	Consumo de capital fijo sobre el excedente bruto de explotación	137	10	30	32	3	212
P62	Consumo de capital fijo sobre el ingreso mixto bruto				10		10
B2n	Excedente de explotación neto	117	45	14	60	4	240
B3n	Ingreso mixto neto				432		432

Fuente: *System of National Accounts 2008*, Cuadro 7.1: Cuenta de generación de ingreso –modalidad concisa– utilización (destino) (30).

oferta y utilización (36). La columna «servicios sociales y de salud» permite el seguimiento de las adquisiciones de productos; puede aumentarse el detalle subdividiéndola en el componente de servicios de salud y el de servicios sociales (no se muestran aquí).

Como se mencionó anteriormente, los datos sobre RHS procedentes de las cuentas nacionales se limitan generalmente a los trabajadores que prestan servicios, por lo que probablemente infravaloran el total previsto a partir de un marco basado en las cuentas de salud. Cuando las cuentas nacionales son la única fuente de información, hay que complementar estas estimaciones para tener la seguridad de que dan razón de toda la gama de actividades del sistema de salud, presentarlas con detalle a nivel de proveedor o de producto, y hacerlas corresponder con la CIU o la CCP, respectivamente (véase el apartado 6.3.1).

6.4.3 Cuentas del gobierno general

La expansión del seguimiento de las finanzas públicas y de otras medidas de buena gobernanza permite disponer de una información relativamente completa del

gasto del sector público en muchos países asiáticos y latinoamericanos, y en un número cada vez mayor de países de las regiones de África y del Mediterráneo Oriental. Los datos para el seguimiento de las cuentas del gobierno general proceden de diversas instituciones del sector público. Aunque algunos países hacen corresponder los datos sanitarios con la CFAP o la CIU, no hay un método de clasificación del gasto en RHS que se utilice uniformemente en todos los países, y ni siquiera dentro de ellos. Por ejemplo, en Portugal, las diferencias en el universo del sector sanitario entre unos ejercicios contables y otros han supuesto que, en concreto, las actividades de las instituciones forenses legales hayan quedado excluidas de las cuentas de salud portuguesas, pero se hayan incluido en las cuentas nacionales de 2008.

Una iniciativa en curso del Fondo Monetario Internacional orientada a aplicar una clasificación normalizada de las estadísticas de las finanzas públicas aborda el desglose de los datos sanitarios y define la remuneración de los asalariados de manera similar al SCN93, es decir, en términos de sueldos y salarios (en dinero y en especie)

Cuadro 6.4 Cuadro de oferta y utilización de las cuentas nacionales de Sudáfrica, 2002 (millones de rands, presentación parcial)

Utilización de productos	Oferta total a precios de adquisición	Impuestos sobre productos	Subvenciones a productos	Rama de actividad						Todas las ramas de actividad	Todas las ramas de actividad
				Agricultura	Hulla	Oro	Gobierno general	Servicios sociales y de salud	Actividades/servicios		
Productos agrícolas	102 613			I1	I2	I3	I92	I93	I94	I95	I96
Productos de la hulla y el lignito	38 543			3 296	11	12	146	58	77	52 298	
Productos del petróleo	88 240			3	2	28	81	80	5	23 742	
Productos farmacéuticos	36 256			3 503	548	234	1 582	958	288	51 295	
Instrumentos ópticos	22 594			1 979	11	66	5 269	6 670	-	22 857	
Electricidad	39 269			-	93	132	2 736	3 512	550	12 590	
Edificios	64 294			490	493	2 130	434	347	537	26 628	
Servicios de transporte	137 197			168	8	10	874	334	242	25 501	
Comunicaciones	102 299			4 917	7 338	185	2 731	931	744	79 089	
Servicios de seguros	133 078			27	77	86	3 403	2 353	2 220	76 669	
Servicios inmobiliarios	125 178			1 232	-	41	1 467	609	1 745	88 447	
Otros servicios empresariales	111 811			16	33	34	1 639	4 306	1 544	57 045	
Servicios del gobierno general	241 233			68	759	1 550	7 709	5 153	2 792	102 245	
Servicios sociales y de salud	63 153			-	-	-	21 139	2 832	-	24 755	
Adquisiciones por parte de residentes	19 601			975	-	-	2 497	80	496	6 097	
Adquisiciones por parte de no residentes	-									-	
Usos totales a precios de adquisición	2 961 897			41 816	19 590	17 353	82 359	35 565	23 342	1 453 588	-
Valor añadido bruto total / producto interior bruto		109 660	(4 762)	44 179	17 464	26 915	157 391	24 664	37 966	1 063 879	1 168 777
Remuneración de los asalariados				10 730	6 420	14 255	136 085	12 059	31 693	520 501	520 501
Impuestos menos subsidios		109 660	(4 762)	(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	126 441
Impuestos sobre los productos		109 660								-	109 660
Subsidios a los productos			(4 762)							-	(4 762)
Otros impuestos menos los subsidios a la producción				(749)	328	461	2 260	802	763	21 543	21 543
Excedente de explotación bruto / ingreso mixto bruto				34 198	10 716	12 199	19 046	11 803	5 510	521 835	521 835
Producción total a precios básicos				85 995	37 054	44 268	239 750	60 229	61 308	2 517 467	

Fuente: Adaptado de Statistics South Africa (36).

más contribuciones sociales (reales e imputadas)(37, 38).⁴ Aunque crece el número de países que publican informes con arreglo a esta norma, todo intento de llevar a cabo un análisis comparativo exige comprobar cuidadosamente los límites reales del gasto en RHS; puede haber diferencias en el tratamiento de algunas partidas clave que afecten a la dinámica de la fuerza laboral, como los subsidios, los incentivos y las garantías de préstamos.

6.5 Resumen, conclusiones y próximos avances

Este capítulo se ha centrado en los instrumentos, métodos y medios utilizados habitualmente para medir el gasto en personal sanitario como un componente de las estrategias generales de seguimiento y evaluación de los RHS. Se ha sostenido que integrar la estimación del gasto en RHS en las estimaciones de sistemas de cuentas ordinarias –ya se trate del sistema de cuentas nacionales o, preferiblemente, del sistema de cuentas de salud– tiene muchas ventajas. No cabe duda de que seguir un proceso integral y armonizado tanto al recopilar y tratar los datos como al identificar las lagunas de información y corregirlas recolectando datos suplementarios y realizando nuevos análisis, puede conducir a economías de escala y mejoras de la calidad.

Para complementar o mejorar las estimaciones disponibles sobre el gasto en RHS es aconsejable que los responsables de las cuentas de salud y los responsables de las cuentas nacionales colaboren estrechamente. Cuando los datos se toman de registros de las cuentas nacionales, el ajuste más necesario es la ampliación de los límites del sistema sanitario para hacerlos concordar con los de las cuentas de salud. Por consiguiente, tiene ventajas generar los datos de abajo a arriba (estimando cada uno de los diversos componentes por separado y sumándolos posteriormente), ya que este proceder ofrece una mayor flexibilidad para utilizar los datos de diversas maneras según las necesidades concretas. Cuando no se disponga de registros completos y actualizaciones del gasto en RHS cabe adoptar una serie de medidas progresivas que permitan avanzar hacia una evaluación más integral: se puede pasar de considerar sólo a las personas que trabajan en los servicios de salud a incluir a las de todo el espectro de actividades

del sistema de salud, de medir sólo sueldos y salarios a determinar también las contribuciones no salariales, o de consignar sólo el gasto gubernamental a registrar todas las fuentes de financiación (internas y externas).

Garantizar la calidad, la coherencia, la uniformidad y la pertinencia de los datos –que pueden proceder de múltiples fuentes– exige verificaciones constantes durante la compilación, la integración, el ajuste y la modelización (39). Pueden consistir en validaciones y ajustes de los datos (para corregir sesgos, errores, ausencias y discontinuidades); ajustes conceptuales (por ejemplo, para que cifras basadas en definiciones de las cuentas nacionales se ajusten a las de las cuentas de salud); ajustes de la exhaustividad (para dar cuenta de las actividades ocultas, los pagos informales, etc.), y ajustes compensadores (por ejemplo, entre la oferta y la demanda de personal sanitario).

Además, diversas áreas de interés para la formulación de políticas pueden exigir un desglose específico de las estimaciones del gasto en RHS o análisis suplementarios que los métodos normalizados de elaboración de las cuentas nacionales o de salud no contemplan. La OMS (40, 41) está elaborando y probando directrices para subcuentas de salud con objeto de obtener estimaciones adicionales en las áreas siguientes:

- subcuentas de enfermedades específicas y programas (como servicios relacionados con el paludismo, la salud reproductiva, el VIH/SIDA y la tuberculosis);
- subcuentas de programas de salud infantil;
- subcuentas de salud regionales (cuadros de distribución para regiones específicas dentro de un país –de especial interés en el caso de sistemas sanitarios descentralizados–);
- subcuentas de grupos de población específicos (cuadros de distribución de la asignación de gastos con arreglo a las características de los clientes de los servicios de salud, como edad, sexo u otras características socioeconómicas).

Al mismo tiempo, es preciso reconocer que actualmente no hay directrices específicas para descomponer el conjunto completo de estimaciones de los costes laborales sanitarios, y ello a través de las etapas del ciclo de vida laboral. A partir de las mediciones llevadas a cabo por varios países se ha llegado a la conclusión de que es preciso avanzar más en las áreas siguientes para llegar a una evaluación exhaustiva del gasto en RHS:

- en los problemas de límites que dificultan la distinción entre los recursos humanos del sistema de salud dedicados a prestar servicios de salud y los dedicados a otras funciones y actividades;
- en los problemas de integridad y cobertura de la información sobre efectivos y distribución de los RHS (por ejemplo, falta de una base de datos

4 Véase la publicación del Fondo Monetario Internacional *Manual de estadísticas de finanzas públicas 2001*, párrafo 4.26 y cuadro 6.1: Clasificación económica del gasto (37). El sitio web del Fondo Monetario Internacional ofrece documentación adjunta y artículos de investigación sobre estadísticas de las finanzas públicas, incluido el tratamiento de los datos sobre RHS en el cuestionario anual (38).

centralizada, ausencia de datos suficientemente detallados para el desglose); en los problemas de coherencia de la información sobre RHS entre las diversas fuentes de datos, como la falta de procedimientos normalizados para clasificar a los trabajadores según la ocupación y la formación; en las diferencias entre los procedimientos de estimación de los equivalentes a tiempo completo en los diversos grupos de trabajadores sanitarios; en la posibilidad de recuentos dobles de trabajadores sanitarios (por ejemplo, porque tengan múltiples calificaciones o puestos de trabajo), y, habida cuenta de estas diferencias, en las consiguientes dificultades para interpretar y comparar los resultados estadísticos entre los países y dentro de ellos.

En suma, el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información, una mejor utilización de los datos disponibles y la intensificación de las labores de armonización de las definiciones y las unidades de medida pertinentes para la contabilidad laboral sanitaria deberían garantizar el correcto seguimiento y evaluación de las inversiones en personal sanitario. Esta es una información fundamental que podría ayudar a resolver muchas cuestiones importantes de políticas, como el coste de ampliar intervenciones de salud o de ofrecer incentivos que mejoren la retención y la motivación del personal a fin de lograr unos servicios muy eficientes y de gran calidad.

Referencias

1. United Nations, World Bank, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, Commission of the European Communities. *System of National Accounts 1993*. New York, United Nations Statistics Division, 1994 (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/toctop.asp?L1=5>, accessed 26 February 2009).
2. *A System of Health Accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>, accessed 13 January 2009).
3. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. *Guía del productor de cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>, accessed 13 January 2009).
4. *National health accounts*. World Health Organization Statistical Information System (<http://www.who.int/whosis/indicators/2007NationalHealthAccounts1/en/>, accessed 13 January 2009).
5. *National health accounts (NHA)*. World Health Organization (<http://www.who.int/nha/en/>, accessed 13 January 2009).
6. *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices*. Geneva, International Labour Organization, 2000.
7. *La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)*. Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>, accessed 11 January 2009).
8. *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: CINE 1997*. Paris, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/iscled/ISCED_E.pdf, accessed 10 January 2009).
9. *Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU), Revisión 4*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/iscic-4.asp>, accessed 11 January 2009).
10. *Clasificación Central de Productos (CPC), versión 1.0, estructura detallada y notas explicativas*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=16&Top=2&Lg=3>, accessed 14 January 2009).
11. *Clasificación de las Funciones de Gobierno (CFG): estructura detallada y notas explicativas*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4&Top=2&Lg=3>, accessed 14 January 2009).
12. *Clasificación de los Gastos de los Productores por Finalidades (CGPF): estructura detallada y notas explicativas*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=7&Lg=3>, accessed 14 January 2009).
13. *European System of Accounts (ESA95)*. Luxembourg, Eurostat, European Commission, 1996 (<http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/ESA95/en/titelen.htm>, accessed 26 February 2009).
14. *Joint OECD-Eurostat-WHO SHA data questionnaire*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat and World Health Organization, 2008 (<http://www.oecd.org/health/sha/jointquestionnaire>, accessed 14 January 2009).
15. Poullier JP. *National health accounts manual*. Ramallah, Palestine Ministry of Health, 2007.
16. De la Fuente A, Lequellier F. *Measuring employment in national accounts*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
17. *Human resources of European health systems*. Augsburg, BASYS, 2001 (<http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/reports/caresgroup/hla&vm=detailed&sb=Title>, accessed 14 January 2009).
18. Van Polanen Petel V. *Health labour accounts and the system of national accounts*. Presented at the fifth meeting of the Eurostat Technical Group on Health Care Statistics, Luxembourg, 19–20 June 2006.
19. Statistics Canada. *Wages and salaries by branch*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
20. Maynard JP, Girard A, Tanguay M. *Producing hours worked for the SNA in order to measure productivity: the Canadian experience*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
21. Surinov A, Masakova I. *Using employment statistics in the national accounts of the Russian Federation*. Presented at the joint UNECE/Eurostat/OECD meeting on national accounts and update of SNA, Geneva, 25–28 April 2006 (<http://www.unece.org/stats/documents/2006.04.sna.htm>, accessed 14 January 2009).
22. *Cuentas nacionales: introducción práctica*. Estudios de métodos, Serie F, No. 85. Nueva York, División de Estadística de las Naciones Unidas, 2006 (http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_85S.pdf, accessed 14 January 2009).
23. *Main economic indicators: comparative methodological analysis – wage related statistics*, volume 2002, supplement 3. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/20/18/16455130.pdf>, accessed 14 January 2009).
24. *Non observed economy in national accounts: survey of national practices*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, Statistical Division, 2008 (<http://www.unece.org/stats/publications/NOE2008.pdf>, accessed 14 January 2009).

25. Hernandez P, Poullier JP. *Health systems, health financing and their measurement*. Presented at the joint CPC/PAHO/WHO/FUNSAJUD workshop on development of national health accounts in the Caribbean, Bridgetown, 10–14 September 2001.
26. *SHA guidelines project*. Luxembourg, Eurostat, 2003 (<http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/caretf/library?l=/feedback/projectsreports/>, accessed 14 January 2009).
27. *Satellite health account (SHA) manual*, version 1. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/satellite-health-account-manual-fin05.pdf>, accessed 14 January 2009).
28. *Cuentas nacionales de salud*. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1998 (<http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/1323/>, accessed 14 January 2009).
29. *Cuentas nacionales de salud 1995–2000*. Lima, Ministerio de Salud del Perú, 2003.
30. *System of National Accounts 2008*. Pre-edited version of volume 1. Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development, United Nations, World Bank, 2008 (<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/draftingphase/WC-SNAvolume1.pdf>, accessed 16 February 2009).
31. *National accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/std/national-accounts>, accessed 14 January 2009).
32. *ESA95 core national accounts*. Luxembourg, Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2854,63497418,2854_63867997&_dad=portal&_schema=PORTAL, accessed 14 January 2009).
33. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2006*. United Nations Publication ST/ESA/STAT/SER.X/39, parts I, II and III. New York, United Nations Statistics Division, 2008.
34. *Joint UNSD-Eurostat Conference on International Outreach and Coordination in National Accounts for Sustainable Growth and Development*. Luxembourg, Eurostat, 6–8 May 2008 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2313,68881303&_dad=portal&_schema=PORTAL, accessed 14 January 2009).
35. Cheung P. The System of National Accounts: implementation status and implications for the ICP. *International Comparison Program Newsletter*, 2007, 4(1):1–9 (http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/ICPNewsletter_Feb07_Web.pdf, accessed 14 January 2009).
36. *National accounts: supply and use table*. Pretoria, Statistics South Africa, 2002.
37. *Government finance statistics manual 2001 (GFSM 2001)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2001 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf>, accessed 14 January 2009).
38. *Government finance statistics (GFS): companion materials and research*. Washington, DC, International Monetary Fund (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/comp.htm>, accessed 14 January 2009).
39. Akritidis L. Accuracy assessment of national accounts statistics. *Economic Trends*, 2002, 589:38–53.
40. *National health accounts for specific diseases, programs, population groups, and regions*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/developments/en/>, accessed 14 January 2009).
41. *Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/developments/Guide%20to%20Producing%20Regional%20Health%20Accounts.pdf>, accessed 20 February 2009).

7

Uso de las evaluaciones de establecimientos en el análisis del personal sanitario

BOLAJI FAPOHUNDA, NANCY FRONCZAK, SHANTHI NORIEGA MINICHELLO, BATES BUCKNER, CATHERINE SCHENCK-YGLESIAS, PRIYA PATIL

7.1 Introducción

La bibliografía mundial sobre salud demuestra que la cobertura y la calidad de los servicios de atención de salud se correlacionan directamente con el número de trabajadores sanitarios y su desempeño. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado pruebas que demuestran que la cobertura de determinados servicios de atención primaria, incluidas las intervenciones de salud materna, neonatal e infantil, tiende a ser mayor cuando la densidad nacional de personal sanitario es más alta (1). Tomando los Objetivos de Desarrollo del Milenio como referencia, la OMS informa de que los países con mayor déficit de médicos, enfermeros y parteros son los que corren mayor riesgo de no alcanzar las metas de cobertura. La Región de África –que apenas alberga al 3% de los 59,2 millones de trabajadores sanitarios que se estima que existen en el mundo, pero soporta el 24% de la carga mundial de morbilidad– es la zona del planeta más castigada por la penuria y los desequilibrios del personal sanitario (1).

Para que las regiones y los países alcancen sus Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud es importante mejorar el volumen y la calidad del personal sanitario. Corregir la escasez y los desequilibrios en materia de recursos humanos para la salud (RHS) exige fortalecer los programas de educación y formación de los trabajadores sanitarios, mejorar las condiciones de trabajo del sector de la salud (incluidos los salarios y las prestaciones del personal) y promover la cooperación y la colaboración en la gestión de la fuerza laboral sanitaria dentro de los países y entre ellos. Es importante hacer un seguimiento de la dinámica del personal sanitario basado en pruebas científicas para garantizar que los aportes en forma de políticas y programas conduzcan a los resultados previstos.

A menudo, la falta de datos completos, puntuales y fiables sobre RHS determina que se conozca mal la situación de la fuerza laboral y limita la formulación de políticas basadas en pruebas científicas por parte de

los interesados nacionales e internacionales. Son varios los factores que han contribuido a las deficiencias de la base de información y pruebas sobre personal sanitario en muchos países de ingresos bajos y medianos: la ausencia de un marco común para entender las cuestiones relacionadas con los RHS; la baja calidad de los datos y su difícil acceso; la imprecisión de las definiciones y clasificaciones de determinadas categorías de trabajadores sanitarios; la escasa capacidad técnica para llevar a cabo análisis de la fuerza laboral del país; la falta de instrumentos de medición adecuados, y la insuficiencia de las inversiones en sistemas nacionales de información sanitaria (1–3). En particular, el hecho de no disponer de métodos normalizados para la evaluación de los RHS limita las posibilidades de llevar a cabo análisis comparativos a lo largo del tiempo y entre países para comprender mejor cómo repercuten las diversas situaciones, políticas e intervenciones en el desempeño de los recursos humanos y los sistemas de salud y, al cabo, en los resultados sanitarios de la población.

Las evaluaciones de establecimientos de salud (EES), objeto de este capítulo, son instrumentos de recopilación de datos que pueden representar una importante fuente de información para el seguimiento del personal sanitario. Ya hay varios países que están llevando a cabo estas evaluaciones, cada vez más demandadas. Se entiende por establecimientos de salud los puntos de prestación de servicios del sector sanitario formal, como hospitales, centros de salud, dispensarios y puestos sanitarios. Los protocolos de las EES registran información en tiempo real (es decir, en el momento de la evaluación) sobre un componente clave del sistema de salud en su conjunto: la prestación de servicios en establecimientos. Según la naturaleza de los instrumentos de recopilación de datos, las EES pueden ofrecer información detallada sobre la disponibilidad, la distribución, las calificaciones, la combinación de competencias, la formación y el desempeño del personal sanitario. Dicha información es útil, por ejemplo, para comparar los patrones reales de dotación de

personal con los niveles de dotación deseados o previstos, averiguar en qué medida las calificaciones de los trabajadores se corresponden con la descripción de su puesto de trabajo, y determinar la naturaleza y la magnitud de los desequilibrios, geográficos o de otro tipo, en la dotación de personal. Las EES también pueden informar sobre el contexto más general del mercado laboral sanitario, incluidas las prácticas de gestión y otras características del entorno de trabajo (por ejemplo, las infraestructuras y el acceso a suministros y equipos médicos), y la forma en que estas variables afectan a la oferta de trabajadores sanitarios y a su desempeño. En resumen, las EES pueden guiar las políticas relacionadas con la fuerza laboral porque nos dicen lo que está ocurriendo sobre el terreno, en el mundo real de la prestación de servicios.

El principal objetivo de este capítulo es describir la utilidad actual y potencial de las EES como fuente de información para la planificación, la gestión, el seguimiento y la formulación de políticas en relación con el personal sanitario. Se presentan ejemplos ilustrativos basados en datos empíricos de EES llevadas a cabo en Kenia, Nigeria y Zambia. Las EES comprenden muy diversas técnicas de recopilación de datos, como auditorías de los establecimientos, observaciones de los servicios dispensados, entrevistas con los proveedores de servicios y entrevistas con los clientes. Examinaremos aquí estos métodos, junto con otras consideraciones prácticas sobre la planificación de una EES. Con todo, este capítulo no ofrece unas instrucciones detalladas para diseñar y llevar a cabo evaluaciones de establecimientos; el lector hallará información general y recursos conexos en los instrumentos que ofrece la International Health Facility Assessment Network (4, 5).

7.2 Cómo utilizar las evaluaciones de establecimientos para el seguimiento del personal sanitario

Como se ha expuesto detalladamente en el capítulo 1 de este manual, el ciclo de vida laboral del personal sanitario se compone de tres etapas interdependientes: (i) la etapa previa al empleo, o entrada en la fuerza laboral, (ii) la etapa laboral y (iii) la salida de la fuerza laboral. Es preciso medir y supervisar con continuidad los indicadores de desempeño de cada una de las tres etapas a fin de determinar la preparación y la capacidad del sistema sanitario para mantener unos efectivos suficientes de trabajadores calificados. Dado que las etapas son interactivas e interdependientes, el seguimiento no debe ser fragmentario, sino integral, y ha de centrarse en el conjunto, no en pequeñas porciones de él. Aunque el análisis detallado de la etapa de entrada

y la de salida queda fuera del ámbito de las EES (por ejemplo, los productos y los costes de la formación sanitaria, o la mortalidad y la migración entre el personal sanitario, respectivamente), las fuentes localizadas en los establecimientos pueden aportar información valiosa para complementar los datos obtenidos con otros métodos (como estudios especiales sobre formación o migración).

En el recuadro 7.1 se muestra una lista de indicadores que podrían medirse para cada una de las etapas de la fuerza laboral utilizando datos de las EES. La mayoría de las fuentes poblacionales de estadísticas sobre personal sanitario (por ejemplo, los censos de población o las encuestas de población activa) tienden a referir los datos de la fuerza de trabajo a la población general; aunque son importantes en sí, ofrecen poca información sobre el entorno en el que se prestan los servicios, la calidad de estos u otros factores operacionales del sistema de salud que pueden influir decisivamente en el desempeño de la fuerza laboral. Dado que las EES describen la dinámica del personal sanitario en puntos de prestación de servicios sites en establecimientos, sus datos pueden ayudar a corregir este déficit de información.

7.3 Panorámica general de los principales métodos para llevar a cabo EES

En esta sección se ofrece una visión general de las cuestiones que revisten importancia a la hora de planificar las EES, y se describen los métodos de recopilación de datos y los centros de interés de una serie de instrumentos de EES elaborados por diversas organizaciones privadas, públicas e internacionales.

7.3.1 Planificación de las EES

Todas las EES recopilan datos a nivel de establecimientos, pero los métodos y los protocolos pueden variar en función de la información que se necesite, los costes y las fuentes de financiación, y la capacidad local para llevar a cabo la encuesta. Se comentan aquí las principales cuestiones prácticas y metodológicas desde la perspectiva de su relación con el seguimiento de los RHS.

Selección de los establecimientos que se incluirán en la EES: censo o encuesta

Diseñar una EES exige prestar mucha atención a la estrategia de recopilación de datos ya desde las primeras etapas de la planificación, y en particular al método de muestreo, que puede ser censal o de encuesta. La elección depende a menudo de soluciones de

Recuadro 7.1 Indicadores básicos del personal sanitario que podrían medirse a partir de datos de las EES

Entrada

- Número de nuevos graduados de formación sanitaria que se incorporan al personal sanitario de establecimientos
- Cociente entre el número de nuevos graduados de formación sanitaria que se incorporan al personal sanitario de establecimientos y todo el personal que trabaja en establecimientos sanitarios

Etapa laboral

Oferta

- Efectivos o número total de trabajadores sanitarios de establecimientos
- Número de trabajadores de establecimientos respecto a la población total (del área de influencia)
- Número de trabajadores de establecimientos respecto a la norma de dotación de personal prevista
- Número de trabajadores por establecimiento de salud (por tipo de establecimiento o de servicios que ofrece)

Distribución

- Combinación de capacidades del personal de establecimientos
- Distribución geográfica del personal de establecimientos
- Distribución por edades y por sexos del personal de establecimientos

Capacidad, motivación y desempeño

- Nivel de instrucción y campo de formación del personal de establecimientos
- Años de experiencia profesional del personal que trabaja en el establecimiento
- Personal que recibe capacitación en el empleo durante el periodo de referencia (por tipo de capacitación)
- Servicios prestados por el personal durante el periodo de referencia
- Proporción del personal que trabaja a tiempo completo respecto a la que lo hace a tiempo parcial en el establecimiento
- Proporción del personal adscrito al establecimiento (en plantilla) que estaba trabajando en él el día de la evaluación
- Proporción del personal que recibe incentivos (no monetarios) en el puesto de trabajo

Salida

- Tasa de pérdida de efectivos del personal sanitario de establecimientos (por motivo para abandonar el puesto de trabajo)
- Cociente entre los trabajadores sanitarios de establecimientos que ingresan en la fuerza de trabajo y los que salen de ella

compromiso entre la amplitud y el detalle de la información que se desea obtener y los factores de coste y tiempo.

Método censal. Un censo es un recuento completo, es decir, la recopilación de datos de todos los establecimientos que cumplen los criterios de selección. Estos son algunos de los criterios que se han utilizado en las EES: (i) autoridad responsable de la administración del establecimiento, ya sea una organización

gubernamental, privada con fines de lucro, no gubernamental o confesional, u otros criterios de gestión o financiación; (ii) establecimientos que ofrecen determinados servicios (por ejemplo, servicios de salud maternal y neonatal, de salud infantil, o relacionados con el VIH/SIDA); (iii) establecimientos de un tipo determinado (desde centros de atención primaria a hospitales de tercer nivel); y (iv) establecimientos dentro de una zona geográfica determinada. En muchos casos se aplica una combinación de varios de estos

criterios. Los recuentos completos, es decir, los censos de establecimientos, ofrecen ventajas como el hecho de disponer de información específica de cada establecimiento y la posibilidad de que el análisis de los datos y la interpretación de los resultados resulten más sencillos (ya que no es necesario ponderar las muestras ni calcular un margen estadístico de error). Entre los inconvenientes citaremos las dificultades para llevar a cabo un recuento completo de todos los establecimientos que cumplen los criterios y su mayor coste, sobre todo cuando dichos establecimientos son muy numerosos.

Método de encuestas por muestreo. En los métodos basados en encuestas se aplican los principios del muestreo aleatorio simple para obtener el conjunto de establecimientos que se incluirán en la evaluación. En primer lugar se deciden los criterios de selección (véase más arriba) y seguidamente se eligen una serie de establecimientos a partir de un marco de muestreo, es decir, una lista compuesta por todos los establecimientos que cumplen dichos criterios. Cuanto mayor sea la muestra, más precisos serán los resultados; sin embargo, el tamaño total también dependerá en muchos casos del presupuesto y otras limitaciones. Por lo general, una vez establecido el marco lista, se sigue un plan de muestreo polietápico para que estén representados diversos dominios del universo de establecimientos aptos. Las etapas están determinadas por los criterios de selección (por ejemplo, la autoridad administrativa, el tipo de establecimiento o la ubicación geográfica). Cuando se emplea un muestreo polietápico, en el análisis de los datos deben aplicarse coeficientes de ponderación a las muestras para que sean representativas a nivel nacional. Dichos coeficientes son calculados matemáticamente por expertos en muestreo.

Un problema importante a la hora de generar un marco lista de los establecimientos de salud es que las diversas autoridades no siempre disponen de registros actualizados de los establecimientos que están operando en el país. La experiencia demuestra que, sobre todo en el sector privado (ya sea con fines de lucro o sin ellos), es frecuente que los establecimientos hayan cerrado o cambiado de dirección, y no hay una definición uniforme para un tipo de establecimiento en el sector privado. Por lo general, hay que complementar la lista inicial proporcionada por el ministerio de salud recopilando información de muchas otras fuentes, como órganos de coordinación del sector privado o ministerios de asuntos sociales en los que las organizaciones no gubernamentales registran sus actividades, o solicitándola directamente a organizaciones confesionales, privadas y paraestatales.

En los casos en los que la EES incluya entrevistas con proveedores individuales, el trabajador sanitario que será entrevistado se seleccionará al azar de la lista de los presentes el día de la encuesta. Pese a que es importante garantizar una probabilidad no sesgada (no nula) de selección para cada trabajador sanitario, también son fundamentales las consideraciones prácticas de disponibilidad y pertinencia. En la mayoría de las situaciones se tiende a dar prioridad a los trabajadores sanitarios que prestan servicios directos a los clientes frente a los que realizan tareas administrativas, como mantener registros de información sanitaria u otras actividades que no suponen directamente la prestación de servicios. Una notable ventaja de un plan de muestreo bien concebido es que permite recopilar datos detallados dentro de plazos y costes razonables. En otras fuentes puede obtenerse más información sobre métodos de muestreo para ofrecer estimaciones no sesgadas de los establecimientos y sus características (véase, por ejemplo, el manual de MEASURE Evaluation (6)).

Métodos e instrumentos de recopilación de datos

Las evaluaciones de establecimientos pueden emplear una o más técnicas de recopilación de datos, como las auditorías de establecimientos (llamadas a menudo inventarios), la observación de los servicios dispensados, las entrevistas a clientes y las entrevistas a proveedores de servicios y otros miembros del personal del establecimiento. Existen instrumentos de recopilación de datos de probada eficacia para cada uno de estos métodos (véase la sección 7.3.2).

Auditoría de establecimientos. Este es el método utilizado para recopilar información sobre las infraestructuras, la disponibilidad de equipos y suministros, los niveles de dotación de personal, los servicios ofrecidos y los sistemas de gestión y servicios auxiliares del establecimiento. Aunque en las auditorías de establecimientos se emplean siempre cuestionarios estructurados, puede haber diferencias entre unos instrumentos y otros en la manera de recopilar la información. Los protocolos tienden a diferir en la selección de los entrevistados (por ejemplo, entrevista a la persona encargada de las operaciones del establecimiento en su conjunto o a un grupo de personas consideradas como las que mejor conocen cada ámbito de información), el lugar en el que se llevará a cabo la recopilación física de los datos en el establecimiento (contabilización de todos los elementos, sea cual sea su ubicación en el establecimiento, o únicamente de los que estén localizados y operativos en el área de prestación de servicios pertinente el día de la evaluación) y la decisión de validar o no

las respuestas notificadas (aceptación de cualquier respuesta a la entrevista como legítima o solicitud de que se recopilen más datos por otros métodos, como la inspección de los equipos o la revisión de los registros administrativos). Utilizar múltiples entrevistados, validar la información notificada mediante la observación y cerciorarse de que los elementos están en el área de prestación de servicios pertinente lleva su tiempo, sobre todo en establecimientos grandes y complejos. Además, las labores de validación pueden exigir la participación de recopiladores de datos más calificados que conozcan bien los servicios y sistemas de salud (véase el subapartado siguiente sobre la selección de recopiladores de datos). Sin embargo, estas técnicas suelen ser las que ofrecen una información más uniformemente fiable y válida, y permiten evaluar más en profundidad la capacidad de prestar servicios de calidad. Por ejemplo, si se constata que hay monitores de presión arterial disponibles en algún lugar del establecimiento, pero ninguno se encuentra en la zona concreta en la que un trabajador sanitario que podría necesitar este equipo está prestando servicios, es improbable que a los clientes se les mida la presión arterial. La experiencia también indica que cuando no se validan las respuestas de informantes clave, los encuestados dan a veces respuestas que describen la situación habitual, o incluso la deseada, en lugar de la situación real del día en el que se recopilan los datos. Esto es particularmente cierto en los grandes establecimientos, en los que es probable que un administrador general no esté estrechamente familiarizado con las circunstancias cotidianas de cada área de prestación de servicios.

Observación de servicios clave. Las observaciones de clientes son específicas de cada servicio y pueden basarse en un censo completo (observación de todos los clientes aptos que reciben servicios durante el periodo de recopilación de datos) o en una muestra de conveniencia (clientes observados cuando el recopilador de datos está disponible y presente). La mayoría de los instrumentos de recopilación de datos son listas de comprobación que miden procesos, por ejemplo, la información intercambiada, los controles realizados o las pruebas o medicamentos prescritos. En general, se utilizan datos observacionales para determinar si las prácticas de los trabajadores sanitarios se atienen a las directrices. La observación directa puede ir seguida de estudios especiales a fin de mejorar la credibilidad de los datos. Estos se conocen a veces como observaciones «de referencia», y consisten en que el cliente es visto de nuevo por una persona más calificada y especializada que el trabajador observado para determinar si el diagnóstico, la atención y el tratamiento han sido correctos.

Entrevistas a clientes. Es frecuente utilizar las entrevistas a clientes o las entrevistas a la salida para conocer las opiniones de los clientes acerca de la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios recibidos, lo que puede ser útil para evaluar el desempeño de los trabajadores sanitarios. Las entrevistas a la salida pueden hacerse a una muestra aleatoria de todas las personas que acudan ese día concreto o sólo a las personas cuyas consultas se hayan observado. Una de sus principales deficiencias es el sesgo hacia clientes más recientes y posiblemente más automotivados, cuyos comportamientos de demanda de atención de salud pueden no ser representativos de la población que se desea estudiar o del universo de los beneficiarios de tales servicios. Además, por su propia naturaleza, las entrevistas a la salida ofrecen un análisis más superficial que profundo de las opiniones del cliente respecto a los servicios recibidos. Es preferible un análisis en profundidad, pero lleva un tiempo que podría resultar excesivo para unos clientes que probablemente hayan pasado ya varias horas en el establecimiento siendo atendidos o esperando a serlo.

Entrevistas con proveedores de servicios. Las entrevistas a proveedores de servicios se utilizan para recopilar información sobre los tipos de servicios prestados, las opiniones en torno a las condiciones de trabajo, los niveles de instrucción, la capacitación en el empleo y la experiencia laboral. El método también puede utilizarse para evaluar los conocimientos de los trabajadores sanitarios en determinadas áreas temáticas. Como ocurre con las entrevistas a la salida, las entrevistas a los trabajadores sanitarios son deliberadamente cortas con objeto de interrumpir lo menos posible la prestación de servicios, toda vez que la recopilación de datos se lleva a cabo durante el horario laboral normal. Por consiguiente, las EES no son una fuente de información detallada aplicable al desarrollo de los recursos humanos; para conseguir más información sobre el desempeño de la fuerza laboral harán falta estudios especiales, imprescindibles en todo plan de seguimiento y evaluación de los RHS. Los registros que los establecimientos elaboran sobre capacitación del personal pueden representar una fuente alternativa para algunos de estos datos, siempre y cuando se pueda acceder a ellos, estén completos y se actualicen regularmente.

Selección de los recopiladores de datos

Se recomienda que las actividades de recopilación de datos en los establecimientos sanitarios las lleven a cabo conjuntamente personas con formación clínica y con formación en ciencias sociales. Asociar a conocedores de las técnicas de recopilación de datos con conocedores del funcionamiento de los

establecimientos de salud ayuda a garantizar la calidad de los datos recopilados. Por ejemplo, se acepta en general que personal no sanitario puede encargarse correctamente de las entrevistas a proveedores y clientes, pero las observaciones de la interacción entre proveedor y cliente exigen observadores con una formación avanzada en un campo relacionado con la salud. Puede que, según la complejidad del instrumento que se utilice, no tenga tanta importancia disponer de recopiladores de datos con formación sanitaria en el caso de las auditorías de establecimientos, pero es probable que conocer los procesos del sistema de salud mejore la eficiencia y la fiabilidad de la recopilación de datos en cualquier contexto.

7.3.2 Ejemplos de instrumentos probados para EES

Bajo los auspicios de programas internacionales de cooperación técnica, se han elaborado y aplicado diversos instrumentos de EES orientados a recopilar datos de interés para el análisis de los RHS. Comprenden el Censo de Establecimientos de Salud, elaborado por el Organismo Japonés de Cooperación Internacional; la Cartografía de los Servicios Disponibles, desarrollada por la OMS; la Evaluación de la Provisión de Servicios, elaborada por Macro International; y la Evaluación de la Situación de los Recursos Humanos en el Sector Público, formulada por Partners for Health Reform *plus* (PHR*plus*) (7). En conjunto, estos métodos pueden ser sumamente útiles para actualizar y validar las bases de datos nacionales de estadísticas de los sistemas de salud, incluidos los RHS, y todo país interesado en invertir en su sistema de información sobre RHS debe tenerlos en cuenta para estos fines. También pueden añadirse módulos personalizados que complementen estos métodos normalizados, en caso de que sean necesarios para una evaluación más completa de los RHS en un contexto dado. En general, los tipos de información recopilada sobre personal sanitario son similares con unas y otras fuentes, pero, dada la especificidad de cada instrumento, puede que los resultados no sean directamente comparables.

Censo de Establecimientos de Salud

El Censo de Establecimientos de Salud (CES), elaborado con financiación del Organismo Japonés de Cooperación Internacional, es un instrumento pensado para ofrecer información detallada sobre el estado de los activos físicos en todos los establecimientos sanitarios de un país (8). Centra su atención en la información útil para la planificación de las inversiones públicas en infraestructuras del sistema de salud (9, 10). Concebido para cartografiar activos físicos, el CES también realiza un recuento de todos los trabajadores sanitarios presentes el día de la visita. Los datos

obtenidos comprenden el número de trabajadores presentes comparado con el de adscritos, la composición demográfica y las calificaciones del personal.

Cartografía de los Servicios Disponibles

La finalidad de la Cartografía de Servicios Disponibles (*Service Availability Mapping*, SAM), elaborada por la OMS, es determinar la disponibilidad de programas y recursos clave y cartografiar servicios comunes (11). Aunque originalmente se pensó para aplicarse a nivel de distrito, cuando se incluyen todos los distritos del país es posible agregar los datos de los establecimientos para aportar pruebas empíricas de utilidad en la toma de decisiones a nivel nacional. La SAM consiste en un conjunto de instrumentos compuesto por cuestionarios de distrito y de establecimiento sanitario destinados a los respectivos informantes clave, un programa de entrada de datos mediante asistentes personales digitales y un programa de cartografía sanitaria (*HealthMapper*). El cuestionario de distrito está pensado para administrarse a todos los funcionarios médicos de distrito del país (en el caso de países muy grandes puede tomarse como muestra un subgrupo de distritos). El módulo para establecimientos sanitarios recaba información de todos los establecimientos públicos y privados de los distritos. El registro de las coordenadas geográficas permite identificar y cartografiar individualmente cada establecimiento. Los datos recopilados sobre RHS comprenden las calificaciones del personal, la disponibilidad de personal el día de la visita en comparación con la norma de dotación –es decir, los puestos de trabajo aprobados para ese establecimiento en concreto según una evaluación basada en la utilización de los servicios u otro indicador de la carga de trabajo (véase en la referencia 12 un instrumento conexo)– y las horas de trabajo. Aunque se trata esencialmente de un instrumento para el seguimiento a nivel de distrito, la SAM puede ampliarse para incluir más preguntas sobre RHS a fin de obtener datos detallados sobre el personal sanitario a escala distrital. El método puede combinarse con un enfoque centrado en los RHS, como el del instrumento de PHR*plus* (descrito más adelante en esta sección), para obtener datos con los que llevar a cabo análisis más robustos de los RHS, que tengan en cuenta los contextos socio-demográficos y epidemiológicos.

Evaluación de la Provisión de Servicios

La Evaluación de la Provisión de Servicios (*Service Provision Assessment*, SPA) está pensada para evaluar la calidad de los servicios de salud, medida a partir de los recursos, los sistemas y algunas prácticas observadas (13). Se elaboró con financiación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y recopila datos sobre el volumen actual de la

fuerza laboral en comparación con la norma de dotación de personal. Permite obtener datos adicionales sobre las calificaciones y horas de trabajo de cada miembro de la plantilla y sobre los trabajadores cedidos (por ejemplo, su número y el origen de su salario). Un ejemplo del contexto en el que este tipo de evaluación puede ser útil es la región del Caribe, donde es frecuente que los médicos roten de manera programada entre varios establecimientos. Se realizan entrevistas a una submuestra del personal, incluidos proveedores primarios de servicios clave, para determinar la combinación de capacidades de la fuerza laboral según los niveles y los campos de formación previa al empleo de los trabajadores, los tipos de capacitación en el empleo recibida durante un periodo de referencia, y los años de experiencia en el establecimiento en cuestión. (Hoy por hoy el instrumento no recopila datos sobre la formación especializada recibida después de la calificación clínica inicial, aunque cabe inferir alguna información a partir de lo que declaran los entrevistados acerca de la duración de la formación para ejercer su ocupación actual). Este instrumento puede medir la proporción del personal que lleva a cabo actividades en el ámbito específico de la capacitación en el empleo, información que puede utilizarse para evaluar si la capacitación está dirigida al personal adecuado y si las asignaciones de personal la toman en cuenta.

Evaluación de la situación con el instrumento de Partners for Health Reformplus

El instrumento para encuestas de PHRplus ilustra cómo puede interpretarse una evaluación de los RHS basada en establecimientos. Este instrumento, desarrollado por Partners for Health Reformplus con financiación de USAID, recopila datos sobre el volumen, la combinación de capacidades, la distribución y las tasas de rotación en el sector de la salud pública (7). Los datos sobre los trabajadores individuales se complementan con un análisis de situación de los documentos nacionales de planificación, información y estrategia sanitaria, y con una modelización para determinar los recursos humanos necesarios para el logro de las metas marcadas en el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Las estimaciones basadas en la modelización llevada a cabo para Nigeria –que se centró en la prestación de servicios relacionados con el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis, la salud materno-infantil y la planificación familiar– ilustran cómo podría este enfoque orientar la elaboración de una versión normalizada para análisis comparativos entre países (14). La adaptación debería llevarse a cabo en el

contexto de los indicadores que los gestores sanitarios necesitan para el seguimiento de los programas y tener en consideración los contextos propios de cada país y cada enfermedad.

Otros instrumentos

La siguiente es una relación no exhaustiva de otros métodos de EES que son de utilidad para evaluar la situación de los RHS y se han elaborado, probado y aplicado a escala nacional, subnacional y de programas:

- La Auditoría de Calidad de Servicios de Establecimientos (*Facility Audit of Service Quality*) es un instrumento de evaluación rápido y sencillo ideado por MEASURE Evaluation para ayudar a los funcionarios de distritos y de programas a diseñar y aplicar una EES adaptada a sus necesidades (15). Emplea una estrategia que recomienda el recuento completo de todos los establecimientos en los distritos que se desea estudiar. Cuando se aplica tal y como se concibió –es decir, utilizando al personal del distrito o el programa como recopilador de datos y pidiéndoles a los interesados locales que adapten el protocolo a sus necesidades– no es probable que los resultados tengan la coherencia necesaria para su agregación a nivel nacional. Por consiguiente, el método no está pensado ni recomendado para la planificación y la evaluación a escala nacional.
- La Evaluación de Recursos Humanos para la Salud (*Assessment of Human Resources for Health*) es una encuesta elaborada por la OMS para recopilar información cuantitativa y cualitativa sobre RHS (16). Se compone de cuatro cuestionarios centrados en las áreas siguientes: reglamentación de las profesiones sanitarias, instituciones de formación, establecimientos sanitarios y proveedores de atención de salud. El cuestionario destinado a estos últimos –que aborda temas como las calificaciones profesionales, el pluriempleo y la movilidad profesional– se ha pensado para aplicarse en una muestra representativa de trabajadores sanitarios de establecimientos, y puede combinarse con los datos recopilados a nivel de establecimientos para reunir información sobre el entorno en el que operan los trabajadores.
- La Encuesta Cuantitativa de Prestación de Servicios (*Quantitative Service Delivery Survey*) es un producto derivado del Estudio de Seguimiento del Gasto Público del Banco Mundial, cuyo objetivo inicial era analizar la eficiencia de los flujos de recursos financieros y estimar las transferencias de recursos públicos desde la administración central hacia los proveedores de servicios de primera línea (17). El instrumento comprende cuestionarios que abordan todos los niveles de la prestación de servicios:

ministerio de finanzas, ministerio de salud, administraciones regionales y de distrito, establecimientos de salud, proveedores de servicios de salud y clientes de dichos servicios. El módulo dedicado a los establecimientos está pensado para el director del centro y recopila, entre otros, datos financieros (ingresos y gastos) e información sobre las disposiciones institucionales y la gobernanza. La encuesta de proveedores permite estudiar la moral de los trabajadores, el absentismo y las estrategias de afrontamiento, como los pagos informales. Algunas encuestas comprenden también breves descripciones de casos hipotéticos (*vignettes*) para evaluar el nivel de conocimientos del personal médico y de enfermería, que sirve de indicador indirecto de la calidad de la atención prestada.

7.3.3 Implicaciones de los métodos de EES y cuestiones relacionadas con la recopilación de datos

Respecto al método de muestreo, en general, son más adecuados los censos cuando se necesita información específica del establecimiento, como infraestructuras, recursos humanos, equipos, suministros y otros insumos esenciales. Las encuestas por muestreo son mejores cuando se busca información más detallada, como determinados datos que reflejan los procesos de los sistemas, la prestación de servicios, las prácticas en materia de información sanitaria y mantenimiento de archivos, la productividad de los proveedores, la gestión y supervisión, y la percepción que tienen los clientes de la calidad del servicio. Es probable que para evaluar los RHS a nivel de establecimiento lo más adecuado sea emplear una combinación de los diversos métodos de EES. Los censos (como el CES o la SAM) pueden ofrecer una panorámica precisa del número de trabajadores sanitarios y su distribución, mientras que las encuestas por muestreo (como la SPA) que incluyen entrevistas a proveedores brindan un medio de identificar problemas del sistema que influyen en la motivación y la satisfacción del trabajador y la base de información para diseñar estrategias de retención. A veces es posible combinar métodos de muestreo en una misma evaluación, es decir, recopilar alguna información (básica) de todos los establecimientos y datos más detallados de una muestra.

Se han elaborado y utilizado diversas variantes de los instrumentos de recopilación de datos de las EES para cubrir una amplia gama de necesidades concretas de información. Antes de utilizar cualquier instrumento genérico es fundamental adaptarlo al país para que las respuestas precodificadas registren las terminologías y los procesos locales. Esto rige no sólo para ciertos equipos y suministros (por ejemplo, los nombres de

medicamentos), sino también, y muy especialmente, para las denominaciones de las ocupaciones y las calificaciones del personal, que es preciso armonizar y hacer corresponder con definiciones normalizadas durante el procesamiento y los análisis de los datos a fin de mejorar la comparabilidad entre fuentes y a lo largo del tiempo.

No existe un único método de EES que cubra todas las necesidades. Conocer las ventajas y los problemas de los diversos métodos e instrumentos ayudará a los interesados a elegir los más adecuados en cada caso.

7.4 Limitaciones de los métodos de EES para la obtención de datos sobre RHS

Las EES ofrecen diversas ventajas para el análisis de los RHS, pero sus métodos adolecen también de algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta.

7.4.1 Cobertura de la evaluación

Como ocurre con todas las recopilaciones de datos basadas en la población o en establecimientos de salud, es fundamental disponer de un marco de muestreo suficiente para la selección (ya sea una selección universal en el caso del censo o una muestra en el de la encuesta). Para las EES lo ideal es obtener una lista completa de todos los puntos de prestación de servicios del país (o de las zonas que se desea estudiar) en las oficinas de inscripción o de concesión de licencias, o en el sistema de datos sobre servicios de salud del país. Sin embargo, en muchos casos estas fuentes no existen, son incompletas o están desactualizadas cuando se trata de información sobre establecimientos de salud. Del mismo modo, si es preciso extraer una muestra representativa del personal de una selección de establecimientos para entrevistarlos, ello exige un paso más en el diseño del muestreo: en concreto, deberá obtenerse una lista completa de todo el personal de los establecimientos (e incluso los turnos de trabajo). Un muestreo mal diseñado o mal aplicado en cualquier nivel compromete la validez de las generalizaciones referidas al personal sanitario en su conjunto y merma notablemente la utilidad de dichos datos como pruebas científicas para la toma de decisiones.

No es raro que las EES se lleven a cabo sólo en establecimientos del sector gubernamental o público, lo que evidentemente reduce la utilidad del posterior análisis para reflejar la verdadera situación nacional. En algunos casos, esta limitación es signo de una aplicación deficiente de los mecanismos de reglamentación que supervisan la prestación de servicios

fuera del sector gubernamental (con la consiguiente penuria de datos sobre las operaciones y ubicaciones de estos proveedores que permitan completar el marco de muestreo), y en otros lo es de la dificultad de recopilar datos de establecimientos operados por entidades privadas (en los que son más frecuentes las negativas a participar). Cuando se incluyen establecimientos del sector privado, la cobertura tiende a favorecer a los establecimientos sin fines de lucro (como establecimientos paraestatales o patrocinados por organizaciones no gubernamentales o confesionales reconocidas). En muchos países de ingresos bajos y medianos, los establecimientos privados con fines de lucro tienden a ser de menor tamaño, a concentrarse geográficamente en las zonas urbanas, a estar menos normalizados en cuanto a dotación de personal y diversidad de servicios, y a tener más probabilidades de dejar de funcionar en un plazo relativamente corto. En los países en los que una gran parte de los servicios de salud los presta el sector privado, las EES limitadas a establecimientos gubernamentales subestiman los efectivos y los flujos del conjunto de los recursos humanos.

Por otra parte, incluir al sector privado podría elevar el riesgo de doble recuento de los trabajadores sanitarios, en particular en entornos en los que tener un puesto de trabajo en ambos sectores es frecuente, pero no está sancionado en los marcos reglamentarios y jurídicos. La figura del pluriempleo (es decir, el hecho de tener dos o más puestos de trabajo en distintos lugares) está presente en casi todos los países, sea cual sea el nivel de ingreso, y no siempre repercute negativamente en el desempeño del sistema de salud. Incluso en contextos con estrictas restricciones reglamentarias de las actividades de los profesionales sanitarios, como ocurre en China y gran parte de América Latina, es frecuente que los médicos trabajen tanto en el sistema de financiación pública como en el privado (18). La consecuencia para el seguimiento de los RHS es que toda evaluación basada en establecimientos de salud debe estudiar detenidamente formas de evitar el doble recuento de personal. Con este fin se han empleado métodos como recolectar información de los propios trabajadores sanitarios acerca de la proporción de las horas de trabajo de una semana que han pasado en un determinado establecimiento, o preguntarles específicamente acerca de los otros establecimientos en los que trabajan.

7.4.2 Falta de normalización de las definiciones y la clasificación estadística de los trabajadores sanitarios

El hecho de que los diversos métodos de EES no ofrezcan definiciones uniformes del personal sanitario,

incluidas las categorías ocupacionales, merma considerablemente la utilidad de los datos de estas encuestas para el análisis comparativo de los RHS en los países, entre ellos y a lo largo del tiempo. La mayor parte de los métodos utilizan categorías ocupacionales específicas del país o del instrumento utilizado y no contemplan su traducción a un conjunto de categorías comparables internacionalmente. Con frecuencia, muchas denominaciones nacionales de ocupaciones –en particular las relativas a personal distinto de los médicos y los profesionales de la enfermería y la partería– y los datos principales sobre las calificaciones del personal no se registran de forma que puedan hacerse corresponder fácilmente con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) (19) o la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) (20), respectivamente.

Las categorías ocupacionales que plantean problemas especiales son las de los trabajadores sanitarios que prestan servicios comunitarios o de orientación y las correspondientes a los asistentes, auxiliares o ayudantes. Los criterios y responsabilidades laborales que se les asignan varían mucho de un país a otro, e incluso entre los sectores público y privado de un mismo país. Los trabajadores de estas categorías son numerosos y, sobre todo en los países en los que los profesionales médicos muy calificados son escasos, actúan a menudo como principales proveedores de servicios de salud sobre el terreno. Las ocupaciones clasificadas a nivel nacional como «auxiliar médico» o «funcionario clínico» sólo se pueden hacer corresponder con la CIUO si se conocen el nivel y la especialización de las calificaciones profesionales. En algunos países, los trabajadores con esas denominaciones ejercen en el nivel de profesionales de grado medio o inferior, mientras que en otros países han recibido una formación más avanzada y tienen responsabilidades de mayor nivel que los enfermeros titulados. Establecer una correspondencia fiable entre las clasificaciones ocupacionales y educativas nacionales e internacionales depende del detalle con el que se obtienen los datos sobre las categorías nacionales, incluidos, por ejemplo, los relativos a la formación y las responsabilidades del personal. Los instrumentos de EES existentes tienden a diferir en ese nivel de detalle.

7.4.3 Falta de uniformidad en las definiciones de los tipos de establecimientos

Hasta la fecha no ha habido uniformidad entre los países y entre los instrumentos en la definición de categorías comunes de establecimientos de salud. Incluso dentro de un determinado país, establecimientos incluidos en la misma categoría pueden variar mucho en tamaño y

función. En Kenya, por ejemplo, los datos de las EES han demostrado que casi uno de cada tres establecimientos clasificados oficialmente como centros de salud no tenía camas de hospitalización, pero uno de cada seis disponía de 20 o más camas. Se necesitan definiciones uniformes de los tipos más comunes de establecimientos de salud para poder hacer comparaciones dentro de las fuentes de datos y entre ellas. La Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas ofrece algunas orientaciones sobre esta cuestión (21), pero las definiciones y las categorías de este recurso general son más amplias que las requeridas para una EES clásica; incluso el nivel de mayor desagregación considera únicamente las categorías de «actividades hospitalarias» y «actividades de médicos y odontólogos». En los recientes intentos de establecer unos criterios comunes y detallados para las EES se ha experimentado con el uso del número de camas de hospitalización como indicador indirecto del tamaño del establecimiento y de la complejidad de los servicios. Estas cuestiones son importantes para considerar, en particular, las normas de dotación de personal y otros indicadores relacionados con el análisis de los RHS.

7.5 Ejemplos empíricos basados en datos de EES

Esta sección ofrece ejemplos ilustrativos de los tipos de datos sobre RHS obtenidos al utilizar los instrumentos de EES existentes, y de las formas en que pueden utilizarse esos datos de establecimientos en el seguimiento y el análisis de la situación de los RHS. Los análisis ilustrativos se basaron en microdatos recopilados en Kenya y Zambia mediante tres técnicas diferentes de EES (CES, SAM y SPA) y en resultados publicados que se obtuvieron en Nigeria con el instrumento de PHRP/us. Se han aplicado coeficientes de ponderación a los datos de la encuesta de la SPA para corregir las desigualdades entre las tasas de selección de las unidades de muestreo. Los datos del CES y la SAM, basados en un censo (o recuento completo de todas las instalaciones), no precisaron ponderaciones ni ajustes.

7.5.1 Entrada en la fuerza laboral sanitaria

Pueden utilizarse las EES para estimar el número de nuevas entradas, es decir, el personal que ingresa en la fuerza laboral de establecimientos, y la proporción de nuevas entradas respecto a los efectivos totales de trabajadores sanitarios de establecimientos en un determinado periodo de referencia. En el cuadro 7.1 se presenta un ejemplo de estos datos para

determinadas categorías de trabajadores sanitarios del sector público de Nigeria. Los datos muestran las cifras de incorporaciones al sector sanitario público en 2005: 1214 médicos, 1331 enfermeros y parteros, 501 tecnólogos y técnicos de laboratorio, 443 trabajadores de farmacia (de los que aproximadamente la mitad eran farmacéuticos) y 2742 trabajadores comunitarios de salud (incluidos los funcionarios comunitarios de salud y los agentes comunitarios de educación sanitaria). Las nuevas incorporaciones representaban el 7,7% de los efectivos existentes de médicos, el 1,1% del personal de enfermería y partería y el 3,6% del personal de farmacia (14).

Cuando se comparan con el número de graduados de instituciones de formación sanitaria de ese mismo año, se observa que las incorporaciones al sector público representaron el 60,7% de todos los médicos recién graduados, pero sólo el 2,4% de los enfermeros y parteros recién graduados. Esta información, aunque incompleta, es importante para comprender las preferencias de los trabajadores sanitarios en la elección de empleo –en este caso, el servicio en el sector público– y cómo varía esta según el estamento profesional.

Si se carece de información procedente de las instituciones de formación sanitaria sobre el número de nuevos graduados, un examen del perfil de edad de los trabajadores sanitarios puede dar una idea de los patrones de renovación de la fuerza laboral. Los datos de la SPA llevada a cabo en Kenya en 2004 (22) indican que el personal sanitario del país es bastante joven: más de la cuarta parte (26%) de todo el personal de establecimientos tiene menos de 30 años. Como se muestra en la figura 7.1, la proporción de trabajadores jóvenes respecto a los que están más próximos a la edad de jubilación (45 años o más) es relativamente alta, especialmente entre los médicos. Sin embargo, en el personal de enfermería y partería la proporción de trabajadores jóvenes respecto a los mayores es mucho más baja. Los establecimientos de salud públicos tienden a tener trabajadores sanitarios más jóvenes que los privados (no se muestran los resultados). Este tipo de información podría indicar que es preciso investigar más a fondo las razones de que haya una menor proporción de personal sanitario más joven en determinados establecimientos y formular unos incentivos adecuados para su contratación, o bien investigar las razones de que los trabajadores de más edad tengan más probabilidades de abandonar este tipo de servicio y mejorar los incentivos para retenerlos.

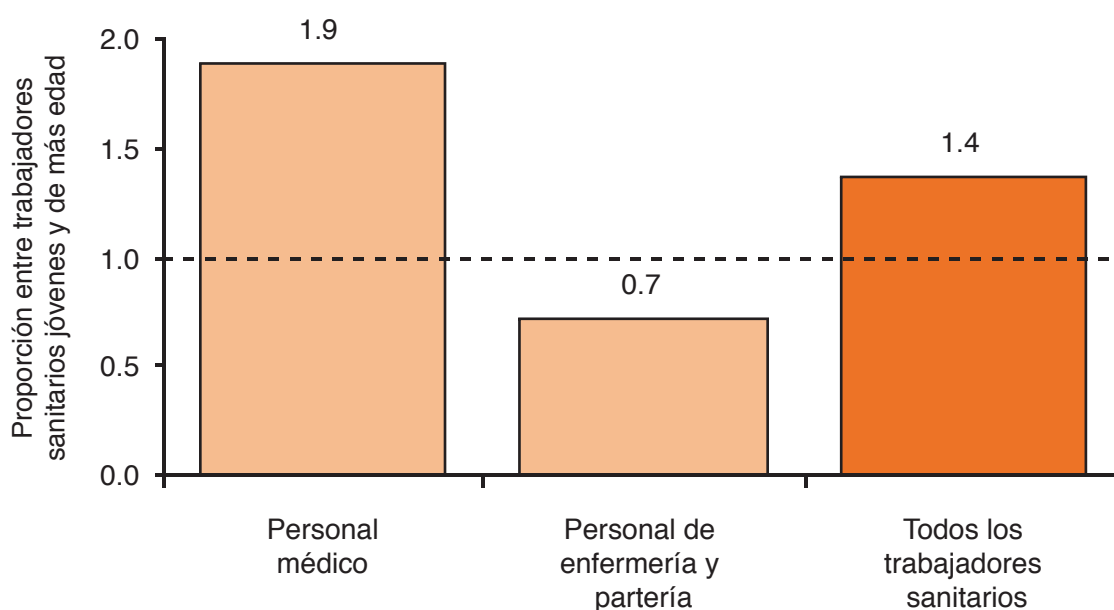
Cuadro 7.1 Número estimado de nuevos graduados que se incorporan a la fuerza laboral sanitaria de establecimientos de salud del sector público, por estamento profesional, Nigeria 2005

Estamento profesional	Número de nuevas incorporaciones al personal de establecimientos	Nuevas incorporaciones como % de los efectivos existentes	Número de graduados de instituciones de formación sanitaria	Nuevas incorporaciones como % de la producción anual de las instituciones de formación
Médicos	1214	7.7	2000	60.7
Personal de enfermería y partería	1331	1.1	5500	2.4
Personal de laboratorio	501	3.4	n.d.	n.d.
Personal de farmacia	443	3.6	800	55.4
Trabajadores comunitarios de salud	2742	3.3	n.d.	n.d.

n. d. No disponible (no se recopiló información).

Fuente: Chankova et al. (14).

Figura 7.1 Proporción de trabajadores sanitarios de establecimientos menores de 30 años respecto a los mayores de 45, por estamento profesional, SPA de Kenya 2004



Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

7.5.2 Personal sanitario activo

Oferta de recursos humanos

El cuadro 7.2 y la figura 7.2 describen la oferta de fuerza laboral sanitaria activa en dos contextos nacionales: Zambia y Kenya, respectivamente. Los efectivos y la densidad de trabajadores sanitarios de establecimientos de Zambia se muestran en el cuadro 7.2. La densidad global, correspondiente al conjunto de los estamentos profesionales, es de 10,5 trabajadores

sanitarios por cada 10 000 habitantes (23). En concreto, para los médicos el cociente es de 0,8 por 10 000 y para el personal de enfermería y partería, de 6,9 por 10 000. Aunque estos cálculos no tienen en cuenta a los trabajadores sanitarios que no están empleados en establecimientos, ofrecen indicios sobre la capacidad del sistema sanitario y pueden servir de indicadores indirectos de la densidad global del personal sanitario en los países en los que la mayoría de los proveedores de servicios trabajan al menos parcialmente en

establecimientos sanitarios (por ejemplo, en régimen de pluriempleo).

La figura 7.2 muestra un total de 6985 trabajadores sanitarios adscritos oficialmente o contratados (en plantilla) en los establecimientos de la muestra en el momento de la encuesta SPA de Kenya. Entre ellos, el personal con formación médica (incluidos médicos y practicantes paramédicos) representa el 8% del total; el personal de enfermería y partería asciende a casi la mitad (45%); el 6% es personal de laboratorio; el 2% es personal de farmacia; el 5% se compone de orientadores y trabajadores sociales; el personal de otras áreas clínicas como la nutrición y la rehabilitación representa el 1%; los técnicos en documentación sanitaria son el

3%; y casi una tercera parte se clasifican en otras categorías, como personal auxiliar, personal administrativo y agentes de salud comunitarios, que son también integrantes de la dotación de los establecimientos.

La tabulación de los niveles de dotación de personal por tipo de establecimiento puede ofrecer una referencia común útil para las comparaciones. El número de trabajadores suele aumentar con el tamaño del establecimiento, pero la relación entre uno y otro variará y depende de muchos factores. Una característica interesante observada en los datos de la SPA de Kenya (cuadro 7.3) es la situación de los centros independientes dedicados al asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV) del VIH. En Kenya, estos centros ambulatorios especializados están generosamente dotados con una media de 4,5 orientadores por centro, y un nivel de dotación total superior al de los dispensarios y consultas externas que no tienen camas de hospitalización (7,2 frente a 5,4). Los centros de APV, que representan una pequeña proporción de todos los establecimientos (9 de 440), ofrecen generalmente un solo servicio, por lo que probablemente dependen más de los proveedores con formación en orientación. También puede que se estén prestando servicios de asesoramiento en otros establecimientos y por parte de trabajadores sanitarios de otras categorías, como personal de enfermería. Los sistemas que forman a un proveedor de servicios para que ofrezca múltiples servicios son muy frecuentes allí donde la escasez de recursos humanos no permite disponer de un especialista para cada servicio.

Cuadro 7.2 Número y densidad de trabajadores sanitarios de establecimientos por estamento profesional, CES de Zambia 2006

Estamento profesional	Número	Densidad de trabajadores sanitarios (por 10 000 habitantes) ^a
Médicos	908	0.78
Personal de enfermería y partería ^b	8068	6.91
Practicantes paramédicos ^c	1342	1.15
Farmacéuticos	115	0.10
Fisioterapeutas	114	0.10
Trabajadores de salud medioambiental	679	0.58
Nutricionistas	62	0.05
Higienistas	2	<0.01
Técnicos de laboratorio	480	0.41
Técnicos de farmacia	116	0.10
Técnicos de radiología	139	0.12
Técnicos de ortopedia	14	0.01
Otros técnicos	35	0.03
Otros trabajadores sanitarios	145	0.12
Total	12 219	10.46

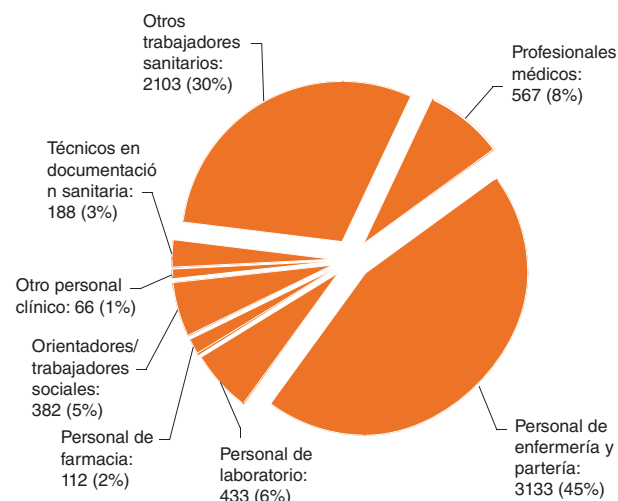
a. Basado en la población nacional estimada para 2005 (11 683 704).

b. El estamento comprende todos los grados de personal de enfermería y partería, p. ej., habilitados y titulados.

c. El estamento comprende todos los grados similares de practicantes paramédicos, como funcionarios médicos y ayudantes clínicos.

Fuente: Herbst y Gijbrechts (23).

Figura 7.2 Número y distribución porcentual del personal actualmente en plantilla en establecimientos sanitarios, por estamento profesional, SPA de Kenya 2004



Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

Cuadro 7.3 Media del número de trabajadores sanitarios por tipo de establecimiento y por estamento profesional, Kenya 2004

Estamento profesional	Tipo/tamaño del establecimiento						
	Centro independiente de APV ^a	Sin camas de hospitalización	1–9 camas	10–19 camas	20–49 camas	50–99 camas	100+ camas
	(n=9)	(n=237)	(n=93)	(n=40)	(n=39)	(n=8)	(n=14)
Practicantes médicos	0.1	0.3	0.9	1.1	1.5	6.7	16.1
Personal de enfermería y partería ^b	0.4	2.4	3.9	5.7	7.4	23.7	107.5
Personal de laboratorio	0.1	0.4	0.9	1.2	1.2	3.5	9.6
Personal de farmacia	<0.1	<0.1	0.3	0.2	0.2	1.6	3.3
Orientadores/trabajadores sociales	4.5	0.3	0.6	1.1	0.8	4.4	6.5
Otras profesiones clínicas	0.2	<0.1	0.1	0.2	0.1	1.1	2.2
Técnicos en documentación sanitaria ^c	0.3	0.1	0.3	0.4	0.4	2.1	6.5
Otros trabajadores sanitarios	1.6	1.8	3.1	4.2	4.0	23.9	70.1
Total	7.2	5.4	10.1	14.1	15.4	67.4	225.4

a. Centro que ofrece fundamentalmente servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH.

b. El estamento comprende todos los grados de personal de enfermería y partería, p. ej., habilitados y titulados.

c. El estamento comprende todo el personal cuya principal responsabilidad es aplicar y gestionar los sistemas de mantenimiento, procesamiento, almacenamiento y recuperación de registros administrativos.

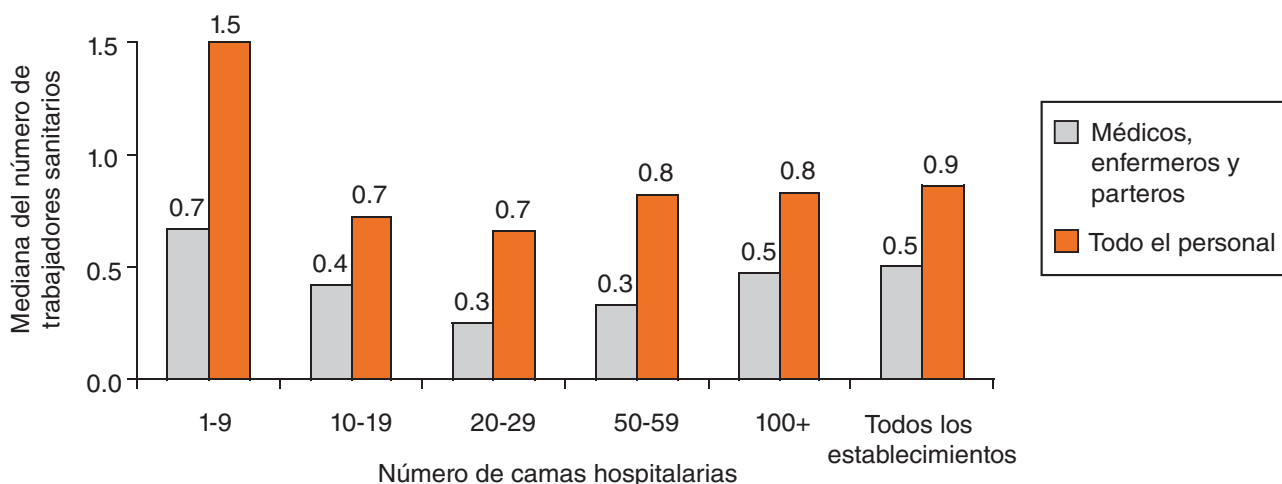
Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para dar cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

Otro indicador útil para el seguimiento de la oferta de personal es el número de trabajadores sanitarios por cama sanitaria. En la figura 7.3 se representa la mediana del cociente entre trabajadores sanitarios y camas en Kenya, desglosada por tamaño del establecimiento, y tomando este como indicador de la complejidad de los servicios ofrecidos y las cifras de clientes que reciben servicios. Esta información puede servir para identificar posibles valores atípicos en los niveles de dotación de personal y hacer un seguimiento de las variaciones de la razón entre personal y población a lo largo del tiempo.

La información sobre la oferta de trabajadores sanitarios es especialmente útil cuando se sitúa en el contexto de las necesidades de personal. Para complementar la información sobre los niveles de dotación de los establecimientos es importante tener una idea de la magnitud del déficit real o potencial de personal. Los ministerios de salud intentan abordar la cuestión por diversos cauces, entre ellos la elaboración de normas de dotación de personal, pensadas para tener en cuenta los servicios ofrecidos y el número y los tipos de clientes a los que hay que servir. La diferencia entre el personal en plantilla y la norma de dotación

es la tasa de desocupación (cuadro 7.4, columna 3), que indica en qué medida los gestores son capaces de cumplir sus planes de dotación. En el cuadro 7.4 se expone información adicional, procedente de la SPA de Kenya, que muestra una panorámica más compleja en la que se compara el número de trabajadores recomendado por la norma de dotación vigente con el que los gestores de establecimientos consideran necesario para la correcta utilización de los servicios en su establecimiento. Se observa que los gestores de establecimientos de Kenya tienen menos de la mitad del personal que necesitan en cada estamento profesional, salvo en la categoría de «resto del personal». Son particularmente deficitarios el personal de farmacia, el de orientación y otro tipo de personal clínico. Si además se tiene en cuenta el número de trabajadores suplementarios que los gestores solicitan para cubrir las necesidades de personal en los establecimientos que no cuentan con una norma de dotación, la escasez percibida de recursos humanos se hace aún más patente.

Del número total de trabajadores sanitarios que los gestores de los establecimientos consideraban necesarios, en la figura 7.4 se muestra el porcentaje adscrito actualmente al establecimiento en cuanto a personal

Figura 7.3 Proporción de trabajadores sanitarios por cama hospitalaria según el tamaño del establecimiento, SPA de Kenya 2004

Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

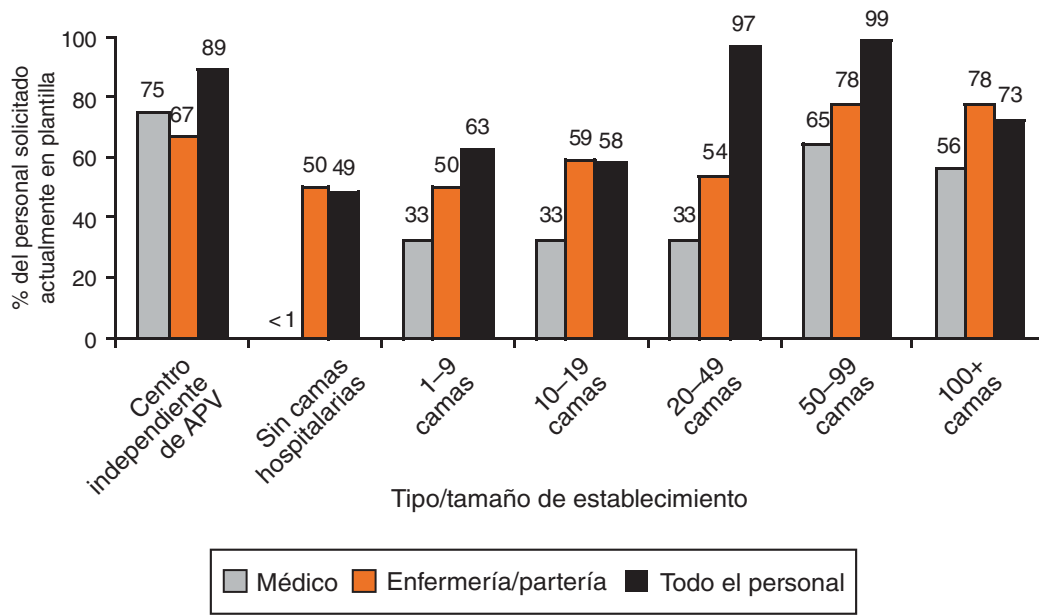
Cuadro 7.4 Número de trabajadores sanitarios en plantilla actualmente, número recomendado por la norma de dotación de personal y número solicitado por los gestores del establecimiento para cumplir la norma, por estamento profesional, Kenya 2004

Estamento profesional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Número de trabajadores sanitarios en plantilla actualmente	Número de trabajadores sanitarios recomendados por la norma de dotación del establecimiento	Porcentaje de la norma de dotación en plantilla actualmente =(1)/(2)	Número de trabajadores que los gestores de establecimientos solicitan para cubrir las necesidades de personal ^a	Porcentaje del personal necesario que está en plantilla actualmente =(1)/(4)
Practicantes médicos	567	1 114	51	1 852	31
Personal de enfermería y partería	3 133	4 343	72	6 295	49
Personal de laboratorio	433	742	58	1 175	37
Personal de farmacia	112	315	36	563	20
Orientadores/trabajadores sociales	382	970	39	1 861	21
Otro personal clínico	66	385	17	779	8
Técnicos en documentación sanitaria	188	444	42	779	24
Resto del personal	2 103	2 183	96	2 740	77
Total	6985	10 495		16 044	

a. Comprende los trabajadores que los gestores de establecimientos declaran que necesitan para cumplir la norma de dotación más los que los gestores de establecimientos que no disponen de dicha norma declaran que necesitan para cubrir las necesidades de personal.

Fuente: Cuadro elaborado por Macro International y basado en los microdatos de la SPA de Kenya 2004.

Figura 7.4 Porcentaje de trabajadores sanitarios solicitados por los gestores de establecimientos para cubrir las necesidades de personal que están actualmente en plantilla, por tipo de establecimiento, SPA de Kenya 2004



Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

médico, personal de enfermería y partería, y todas las categorías de trabajadores sanitarios, por tipo de establecimiento. Sólo en los centros de APV y en los establecimientos de mayor tamaño (la mayoría de los cuales se localizan en Nairobi y otras grandes áreas urbanas) se cubren al menos las tres cuartas partes de las necesidades generales de personal. Casi ninguno de los dispensarios y las consultas externas cuenta con el número mínimo de profesionales médicos. En general, los establecimientos de menor tamaño apenas disponen de la mitad del personal de enfermería y partería necesario para cumplir las normas de dotación y cubrir las necesidades de personal. Este tipo de información nos permite una rápida valoración de la situación de los establecimientos encuestados en cuanto a recursos humanos. Sin embargo, para interpretar las consecuencias asociadas a los puestos vacantes se necesita saber más acerca de la correspondencia entre la dotación adscrita y las necesidades reales de personal en los establecimientos y para las obligaciones de sus áreas de influencia.

Además de los trabajadores en plantilla, los establecimientos sanitarios pueden disponer de trabajadores cedidos, los cuales no figuran en la nómina del establecimiento, pero se los ha destinado a trabajar en él y son remunerados por otra entidad. Con frecuencia, organizaciones no gubernamentales o grupos dedicados a ofrecer servicios especializados (como servicios de laboratorio relacionados con el VIH/SIDA) ceden a miembros de su personal para que presten servicios

en establecimientos en los que se percibe escasez de trabajadores sanitarios, y a veces también para que impartan capacitación en el empleo a trabajadores de la plantilla en el caso de servicios de nueva implantación en el establecimiento. El cuadro 7.5 muestra información de Kenya sobre trabajadores sanitarios cedidos según las autoridades responsables de la gestión de los establecimientos. Los establecimientos del sector no gubernamental declaran una presencia generalizada de trabajadores cedidos: casi la mitad (48%) de estos centros tienen al menos un trabajador cedido con formación médica, y el 15% tienen orientadores cedidos. Los establecimientos con menor presencia de este tipo de trabajadores eran los de gestión gubernamental. La encuesta no recopiló información sobre la fuente de las cesiones, pero probablemente se trate, en la mayoría de los casos, de trabajadores sanitarios extranjeros contratados por organismos internacionales y cedidos a un afiliado local. Debe evaluarse la supervisión de las cesiones no sólo en función de la escasez percibida de trabajadores sanitarios, sino también de las estrategias para maximizar los beneficios y garantizar la sostenibilidad de la prestación y la calidad de los servicios que actualmente dependen de personal no regular.

Distribución

La distribución de los trabajadores sanitarios ofrece algunas indicaciones sobre la accesibilidad de los servicios de salud para la población, la calidad de los

Cuadro 7.5 Porcentaje de establecimientos que declaran tener al menos un trabajador sanitario cedido^a, por estamento profesional y autoridad responsable de la gestión del establecimiento, Kenya 2004

Estamento profesional	Autoridad responsable de la gestión del establecimiento				Total (n=440)
	Pública (n=246)	Privada			
		Con fines de lucro (n=63)	Organización no gubernamental (n=21)	Organización confesional (n=110)	
Practicantes médicos	2	25	48	8	8
Personal de enfermería y partería	3	17	5	13	6
Personal de laboratorio	1	14	0	1	2
Orientadores/trabajadores sociales	1	2	15	1	2

a. El trabajador cedido se define como la persona que trabaja habitualmente en el establecimiento (ya sea a tiempo completo o parcial) prestando servicios de atención de salud, pero cuya remuneración procede de otra entidad.

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para dar cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

servicios ofrecidos y la asignación racional de los recursos humanos. Un indicador que es útil y mensurable mediante las EES es la combinación de capacidades, que proporciona información de referencia para el análisis de los patrones de dotación (regular) de personal. En Kenya, los datos revelaron que la mediana de la proporción entre otros miembros del personal y el personal médico, de enfermería y de partería era de 1,9 en el conjunto de los establecimientos (cuadro 7.6). Esta cifra variaba poco con el tamaño del establecimiento. Sin embargo, la proporción entre el personal de enfermería y partería y los profesionales médicos sí difería mucho según el tamaño del establecimiento. En los establecimientos muy grandes, es decir, con al menos 100 camas de hospitalización, la mediana de la proporción era más del doble que en los establecimientos más pequeños de entre 10 y 50 camas.

Esto puede ser reflejo de unos patrones de dotación de personal que tienen en cuenta la carga de clientes y los costes de algunas categorías de personal, más elevados que los de otras. Por un lado, es probable que la suplencia de competencias sea un hecho frecuente en los establecimientos de menor tamaño, en los que los recursos humanos son menos numerosos e incluso el personal altamente calificado puede tener que llevar a cabo tareas ajenas a su campo de especialización original o asumir responsabilidades administrativas tales como la cumplimentación de registros estadísticos. Por otro lado, a los establecimientos de mayor tamaño, con un volumen superior de clientes y servicios más complejos, puede resultarles práctico emplear a personal más especializado, como profesionales de farmacia, orientación y gestión. Es de prever que en los establecimientos con mayor número de camas de hospitalización la proporción

entre personal de enfermería y personal médico sea más alta, ya que la atención de los pacientes ingresados depende muy estrechamente de unos servicios de enfermería de 24 horas.

En el cuadro 7.7 se presentan datos sobre la distribución de los trabajadores sanitarios en Kenya según

Cuadro 7.6 Combinación de capacidades de los trabajadores sanitarios de establecimientos por tipo de establecimiento, Kenya 2004

Tipo/tamaño del establecimiento	Mediana del cociente	
	Todo el resto del personal respecto al personal médico, de enfermería y partería	Personal de enfermería y partería respecto al personal médico
Sin camas	1.7	..
1–9 camas	1.9	..
10–19 camas	2.1	2.5
20–49 camas	1.8	2.5
50–99 camas	1.9	3.5
100+ camas	1.5	5.5
Todos los establecimientos	1.9	..

.. No se calcula debido al pequeño número de establecimientos encuestados que tenían personal médico en plantilla.

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para dar cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta. Se han excluido los centros independientes de APV debido al pequeño número de ellos con personal médico o de enfermería en plantilla.

la autoridad responsable de la gestión del establecimiento. El Estado es el mayor proveedor de servicios de salud y también el principal empleador de personal sanitario del país. Alrededor de las dos terceras partes (62%) del personal sanitario de establecimientos pertenece al sector público. Menos de la quinta parte trabaja en establecimientos privados con fines de lucro (17%) o en organizaciones confesionales (18%), y sólo el 3% lo hace en establecimientos operados por organizaciones no gubernamentales. Esta distribución general tiende a cumplirse en la mayoría de las categorías de trabajadores sanitarios, con las notables excepciones del personal farmacéutico, del que hay mayor proporción en el sector privado con fines de lucro (28%), y los orientadores, más frecuentes en el sector no gubernamental (16%), que cuenta con muchos centros de APV.

En otro ejemplo de Kenya, el cuadro 7.8 muestra la distribución de los trabajadores sanitarios por región geográfica, en este caso las ocho provincias del país. Las mayores concentraciones se localizan en las provincias de Nairobi (25%) y el Valle del Rift (23%). Mientras que en este último la proporción de trabajadores sanitarios se corresponde aproximadamente con la de la población provincial, no ocurre así en Nairobi, donde la concentración de trabajadores sanitarios es unas tres veces superior a la de la población total. Por el contrario, es probable que las provincias del Nordeste y el Oeste estén subatendidas, ya que su

cuota de los trabajadores sanitarios del país es desproporcionadamente baja.

También puede apreciarse un desequilibrio geográfico del personal sanitario en otro contexto, concretamente el de Zambia. En la figura 7.5 se compara la proporción de trabajadores sanitarios y la de la población total que habita las zonas urbanas del país. Aunque la población urbana representa menos de la tercera parte (29%) de la población total, aproximadamente la mitad (47%) de todos los trabajadores sanitarios se localizan en establecimientos urbanos. Las tres cuartas partes de los médicos y la mitad del personal de enfermería y partería viven en ciudades. Entre los diversos estamentos sanitarios estudiados, sólo los trabajadores de salud medioambiental están subrepresentados en las zonas urbanas en comparación con la población general. En el caso de algunas especialidades, los trabajadores de las categorías con mayor calificación tienen más probabilidades de estar empleados en zonas urbanas que sus homólogos menos calificados: médicos frente a practicantes paramédicos; farmacéuticos frente a técnicos de farmacia.

Un análisis más detallado de la distribución de la fuerza laboral por distritos revela que 2224 (el 18%) de los 12 219 trabajadores sanitarios de establecimientos de salud de Zambia se localizan en la capital nacional, Lusaka. Trece de los 71 distritos del país no tienen médicos asignados a un establecimiento de salud,

Cuadro 7.7 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios con puestos en establecimientos sanitarios, por autoridad responsable de la gestión y por grupos profesionales, Kenya 2004

Estamento profesional	Autoridad responsable de la gestión del establecimiento				Total (n=440)
	Pública (n=246)	Privada		Total	
		Con fines de lucro (n=63)	ONG ^a (n=21)		
Practicantes médicos	60	22	4	14	100
Personal de enfermería y partería	70	11	2	17	100
Personal de laboratorio	53	17	4	26	100
Personal de farmacia	56	28	4	12	100
Orientadores/trabajadores sociales	52	17	16	15	100
Otro personal clínico	70	10	7	13	100
Técnicos en documentación sanitaria	74	13	2	11	100
Otros	56	22	2	20	100
Total	62	17	3	18	100

a. ONG = organización no gubernamental, OC = organización confesional.

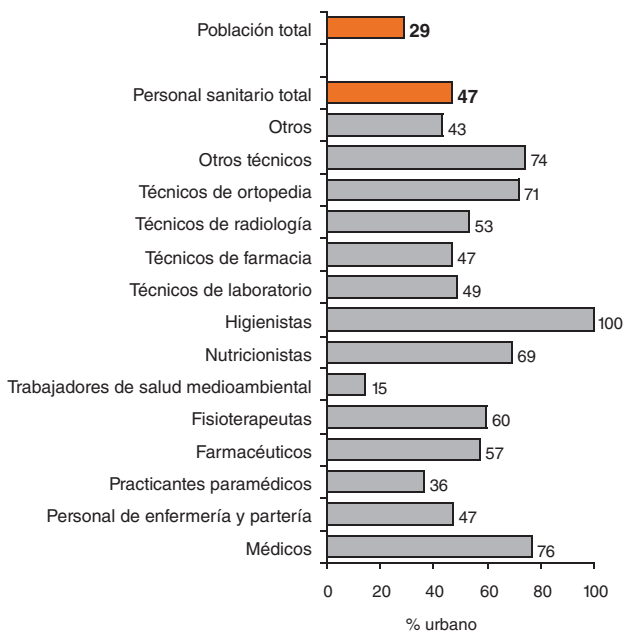
Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para dar cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

Cuadro 7.8 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios de establecimientos sanitarios y de la población total por región geográfica, Kenya 2004

Estamento profesional	Provincia								Total
	Nairobi	Central	Costa	Este	Nordeste	Nyanza	Valle del Rift	Oeste	
Practicantes médicos	22	10	10	15	1	10	26	6	100
Personal de enfermería y partería	22	14	8	17	1	10	22	6	100
Personal de laboratorio	20	11	11	14	1	11	25	7	100
Personal de farmacia	51	7	8	9	1	7	13	4	100
Orientadores/trabajadores sociales	13	7	16	13	1	11	29	10	100
Otro personal clínico	21	13	4	11	2	11	31	7	100
Técnicos en documentación sanitaria	18	16	8	10	1	12	28	7	100
Otros	33	2	13	16	0	10	21	5	100
Número total de trabajadores sanitarios	25	10	11	14	1	10	23	6	100
Población total^a	8.1	12.2	8.7	15.6	4.1	14.8	24.9	11.6	100.0

a. Basado en la población nacional estimada para 2004 (32 808 268).

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para dar cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

Figura 7.5 Porcentaje de los trabajadores sanitarios y de la población total ubicados en áreas urbanas, CES de Zambia 2006

Fuente: Herbst y Gijssbrechts (23).

mientras que en apenas tres distritos (Lusaka, Kitwe y Ndola) se concentran el 67% de todos los médicos que trabajan en establecimientos de salud (23). Estas distribuciones tan desiguales de los RHS pueden tener graves consecuencias para la equidad del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud en las zonas rurales y subatendidas.

Formación, motivación y desempeño del personal sanitario

Es fundamental disponer de información sobre los niveles de instrucción y campos de formación del personal sanitario para adaptar en consecuencia las necesidades en materia de capacitación y conocer la capacidad técnica general de los diversos estamentos de trabajadores sanitarios de un país. Esto es particularmente cierto en contextos de rápida expansión de las iniciativas de desarrollo de los recursos humanos, en los que no es raro encontrar grandes diferencias de formación entre trabajadores cuya ocupación es nominalmente la misma, y ello debido a sucesivas modificaciones de los criterios de formación básica y avanzada necesarios para obtener la calificación en una ocupación sanitaria. La información sobre el nivel de instrucción también es útil para mejorar la correspondencia entre las denominaciones nacionales de las ocupaciones y las de la CIUO, que clasifica las ocupaciones según

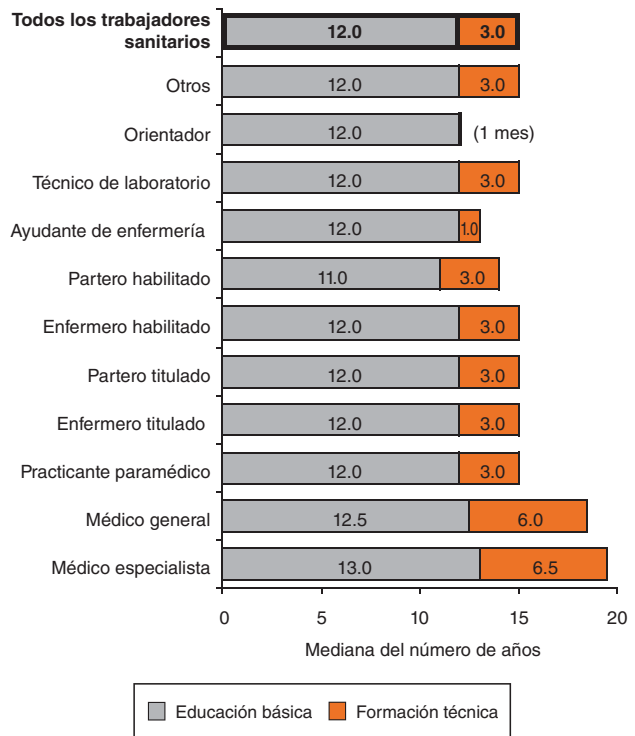
el grado de capacitación y la especialización exigidos normalmente para un desempeño competente.

La figura 7.6 ofrece un ejemplo ilustrativo de los niveles de instrucción de los RHS según lo declarado por los trabajadores sanitarios entrevistados en Kenya. Como cabía prever, aunque el nivel de instrucción básica previa a la formación para una profesión sanitaria era similar para todos los tipos de proveedores de servicios, el número de años de formación técnica avanzada variaba de unos grupos profesionales a otros. Los médicos (generalistas y especialistas) eran los que tenían un nivel de instrucción global más alto; el más bajo correspondía a los ayudantes de enfermería y los orientadores.

Los datos sobre el número de años que los trabajadores sanitarios han sido asalariados de un determinado establecimiento ayudan a conocer mejor la experiencia profesional, las necesidades en materia de formación continua y la retención de personal. En el cuadro 7.9 se presentan las respuestas a la SPA de Kenya acerca del número de años de servicio de los miembros del personal en su ubicación actual, por tipo de establecimiento y por autoridad responsable de su gestión. En conjunto, la mitad del personal de establecimientos declaró estar en su actual puesto de trabajo desde hacía poco tiempo, unos tres años, con pocas variaciones en función de la autoridad responsable de la gestión. El personal de enfermería y partería de los hospitales y, sobre todo, de los centros de maternidad tendía a llevar más tiempo en su puesto actual de trabajo. En cambio, la mediana más baja de años de servicio se registraba entre los médicos de los centros de maternidad (la mayoría de los cuales son de gestión privada en Kenya) y el personal de los servicios independientes de APV, que constituyen una categoría relativamente nueva de servicio y tipo de instalación.

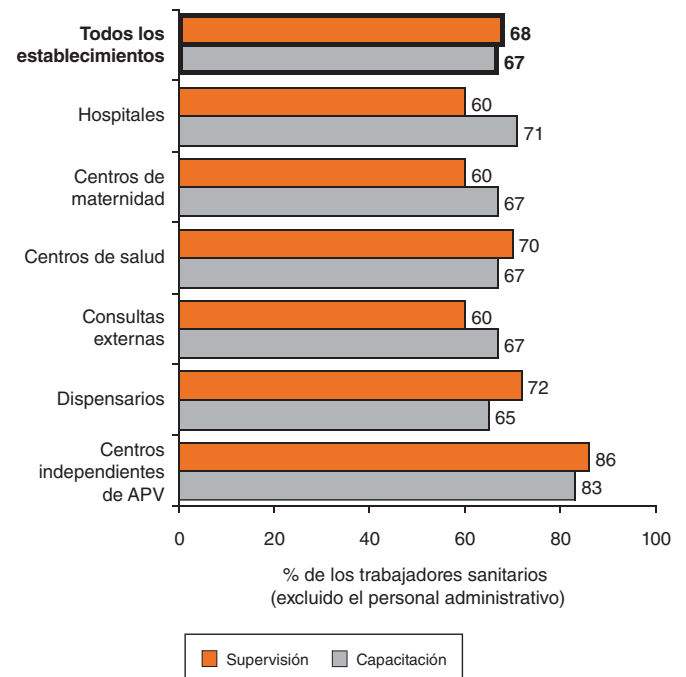
La capacitación y la supervisión de apoyo no sólo pueden mejorar la calidad del desempeño de los trabajadores sanitarios, sino también actuar como incentivos que motiven a estos en sus puestos de trabajo. En la figura 7.7 se presentan datos de Kenya de la proporción de trabajadores sanitarios de establecimientos que recibieron capacitación formal en el empleo en los 12 meses anteriores a la encuesta, es decir, sesiones de capacitación estructuradas que no incluían el adiestramiento individual recibido durante la supervisión de rutina. En general, si se excluye al personal de gestión, las dos terceras partes (67%) de los trabajadores sanitarios declararon haber recibido capacitación en el empleo, con pocas variaciones del porcentaje entre los distintos tipos de establecimientos. La principal desviación se observa en los centros de APV, en los que la cifra es, con mucho, la más elevada (83%).

Figura 7.6 Mediana del número de años de educación y formación de los trabajadores sanitarios por estamento profesional, SPA de Kenya 2004



Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

Figura 7.7 Porcentaje de los trabajadores sanitarios que recibió capacitación en el empleo en los últimos 12 meses y que recibió supervisión personal en los últimos 6 meses, por tipo de establecimiento, SPA de Kenya 2004



Fuente: Kenya 2004 SPA (22).

Cuadro 7.9 Mediana del número de años de servicio en el puesto de trabajo actual entre trabajadores sanitarios de establecimientos, por tipo de establecimiento y autoridad responsable de su gestión, Kenya 2004

	Médicos	Personal de enfermería y partería	Todos los trabajadores sanitarios
Tipo de establecimiento			
Centro independiente de APV	..	4.1	1.0
Dispensario	3.0	3.0	2.0
Consulta externa	4.6	4.3	3.0
Centro de salud	2.0	2.5	3.0
Centro de maternidad	1.1	7.2	2.0
Hospital	3.0	5.0	5.0
Autoridad responsable de la gestión			
Pública	3.0	4.0	3.0
Privada	2.0	3.0	3.0
Todos los establecimientos	3.0	4.0	3.0

.. No se calcula debido al pequeño número de establecimientos encuestados que tenían personal médico en plantilla.

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para que den cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

En la figura 7.7 se presentan más resultados de Kenya sobre la supervisión de apoyo recibida por proveedores de atención de salud. Excluyendo al personal de gestión, alrededor de dos terceras partes (68%) de los trabajadores sanitarios declararon que habían sido supervisados personalmente en los seis meses anteriores a la encuesta. La mayor proporción se daba entre los prestadores de servicios de los centros de APV (86%). Es probable que la concentración de trabajadores sanitarios que habían recibido recientemente formación o supervisión en esos centros sea signo de la gran atención que se está prestando en todo el mundo a los servicios relacionados con el VIH. La encuesta no recopiló información sobre las competencias adquiridas o aplicadas tras la formación, ni sobre la calidad de la supervisión; muchas EES sí recaban al menos cierta información sobre los puntos abordados o las actividades llevadas a cabo durante la visita de supervisión.

De los cuatro instrumentos de encuestas y censos de EES abordados en este capítulo, hoy por hoy ninguno recopila información sobre los ingresos o los salarios del personal, por lo que estas fuentes no permiten analizar los incentivos económicos de los trabajadores sanitarios. En ausencia de datos sobre sueldos y salarios, se estudian otros incentivos que podrían influir en la motivación y el desempeño de los trabajadores y favorecer su retención. La bibliografía sobre RHS indica que disponer de una descripción clara del puesto de trabajo y otras prestaciones no monetarias contribuye a mejorar

el desempeño de los trabajadores y a reducir la pérdida de efectivos (24, 25). En el cuadro 7.10 se ofrece un ejemplo de este tipo de información procedente de Kenya. Sólo el 8% de los trabajadores sanitarios pudo presentar una descripción escrita del puesto de trabajo en el momento de la entrevista, con pocas variaciones de este porcentaje entre grupos profesionales. Se observaron variaciones algo más amplias entre los tipos de establecimientos, pero incluso en los que mostraban las proporciones más altas (centros de maternidad y consultas externas), apenas uno de cada diez trabajadores, aproximadamente, pudo presentarla. Es posible, no obstante, que estas cifras sean inferiores a las reales, ya que otro 30% de los trabajadores declaró que disponía de una descripción escrita, pero no pudo enseñársela al entrevistador (no se muestran los resultados).

Un análisis más detallado de los datos de la SPA de Kenya muestra que el 42% de los trabajadores sanitarios perciben oportunidades de ascenso en su empleo actual (cuadro 7.10). Los médicos y el personal hospitalario son los que con mayor frecuencia declaran percíbilas. Más de la mitad (54%) de los trabajadores sanitarios indican que reciben otros incentivos no monetarios de su empleador, como subvenciones o descuentos para medicamentos u otros bienes, uniformes u otras prendas de vestir, alimentos o formación. Se observan variaciones considerables entre estamentos profesionales (del 35% del personal de laboratorio al 60% de los orientadores) y los tipos de establecimientos

(el porcentaje más alto corresponde a los centros de APV, que son el lugar de trabajo de aproximadamente una cuarta parte de los orientadores de Kenya). Aunque la incorporación de las oportunidades de capacitación como una forma de incentivo puede haber inflado los resultados del último indicador, esta información orienta sobre posibles diferencias entre planes de remuneración según las características de los trabajadores y de los establecimientos, y sus implicaciones en lo relativo al desempeño del personal y su retención.

Una manera de evaluar el desempeño de los trabajadores sanitarios consiste en observar la tasa de absentismo. Así se hizo utilizando datos de la SAM de algunas zonas urbanas y distritos rurales de Kenya en los que se llevó a cabo el censo de establecimientos: Kilifi, Kisumu, Mombasa, Nairobi, Nakuru y Thika (26). En conjunto, menos de la tercera parte de todos los trabajadores sanitarios adscritos (es decir, en plantilla) se encontraba en su puesto el día de la entrevista (figura 7.8). La mayor proporción de ausentes se dio entre los médicos, seguidos del personal de enfermería y partería, con sólo aproximadamente uno de cada cinco trabajadores adscritos presente en su

puesto. La ausencia de los trabajadores sanitarios de su puesto en un día determinado podría explicarse por varias razones, a saber, un permiso previsto, una ausencia imprevista o una ausencia injustificada. En el capítulo 11 de este manual se presenta un estudio de caso más detallado sobre la evaluación del absentismo de los trabajadores.

La información sobre las horas de trabajo es importante en la planificación de los RHS y puede aplicarse, por ejemplo, al cálculo de la capacidad del sistema sanitario en equivalentes de tiempo completo de los puestos de trabajo y a la formulación de prácticas de gestión flexibles que podrían favorecer la retención de los trabajadores. En el cuadro 7.11 se presentan datos del número de horas trabajadas normalmente por semana en los establecimientos de Kenya en los que se entrevistó a trabajadores. La mayor parte (91%) del personal de establecimientos son asalariados a tiempo completo que generalmente trabajan al menos 40 horas por semana. La menor proporción de trabajo a tiempo parcial se registra entre el personal de enfermería y partería, y la mayor entre el personal de orientación. Casi dos de cada diez médicos trabajan en el establecimiento

Cuadro 7.10 Porcentaje de trabajadores sanitarios de establecimientos que tienen descripciones escritas del puesto de trabajo, perciben oportunidades de ascenso y reciben incentivos no monetarios, por estamento profesional y por tipo de establecimiento, Kenya 2004

Porcentaje de trabajadores sanitarios			
	Con descripción escrita del puesto de trabajo en el momento de la entrevista	Que perciben oportunidades de ascenso	Que reciben incentivos aparte del salario ^a
Estamento profesional			
Médicos	8	50	40
Personal de enfermería y partería	8	42	58
Personal de laboratorio	7	35	35
Orientadores/trabajadores sociales	8	43	60
Otros	6	43	44
Tipo de establecimiento			
Centro independiente de APV	8	41	64
Dispensario	6	41	51
Consulta externa	10	37	56
Centro de salud	6	37	47
Centro de maternidad	13	13	63
Hospital	9	50	56
Todos los trabajadores sanitarios	8	42	54

a. Los incentivos no monetarios comprenden las subvenciones para medicamentos u otros bienes, uniformes u otras prendas de vestir, alimentos y formación.

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para que den cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

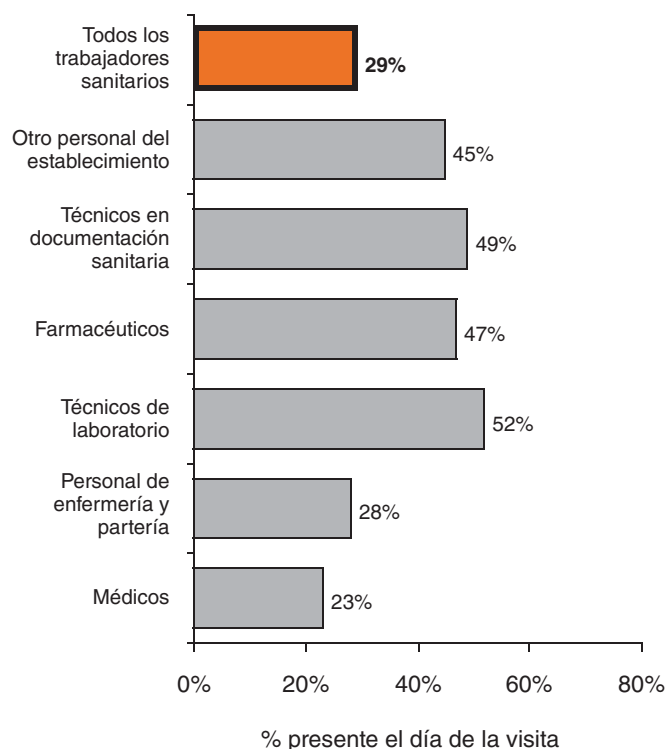
a tiempo parcial. Los futuros instrumentos de EES podrían explorar áreas como la naturaleza de las actividades laborales de los trabajadores a tiempo parcial fuera de los establecimientos (por ejemplo, si trabajan en otro establecimiento, en la investigación o la docencia, o fuera del sector sanitario, o bien no trabajan por motivos voluntarios o involuntarios).

7.5.3 Salidas de la fuerza laboral

Algunas EES han recopilado información con miras a evaluar la retención del personal. Sin embargo, las dificultades para obtener datos sobre transiciones y salidas de los RHS pueden determinar que aquellos sean incompletos, en particular para medir los flujos de salida internacionales. En la figura 7.9 se muestran las tasas estimadas de pérdida de efectivos entre los trabajadores del sector sanitario público de Nigeria por estamento profesional y por zona (urbana o rural). Según estos resultados, de entre todas las categorías de trabajadores sanitarios, la mayor pérdida general de efectivos se da entre los médicos de establecimientos. La pérdida es mayor entre los trabajadores rurales que entre sus homólogos urbanos, con la excepción del personal de farmacia y los trabajadores comunitarios de salud. Estos últimos son reclutados y formados específicamente para trabajar en zonas rurales, por lo que puede que no tengan muchas oportunidades tentadoras de empleo fuera de su zona de residencia.

En el mismo contexto, la dimisión es con mucho la causa más frecuente de pérdida de efectivos: figura como motivo de casi la mitad de las salidas registradas de la fuerza laboral (46%) (figura 7.10). Aunque en la presente evaluación no se determinan las causas fundamentales de la dimisión, la experiencia indica que, en muchos casos, guardan relación con las malas condiciones de servicio. El 23% de las salidas de trabajadores son

Figura 7.8 Porcentaje de los trabajadores sanitarios adscritos que estaban presentes el día de la evaluación, por estamento profesional, SAM de Kenya 2005



Fuente: Kenya 2005 SAM (26).

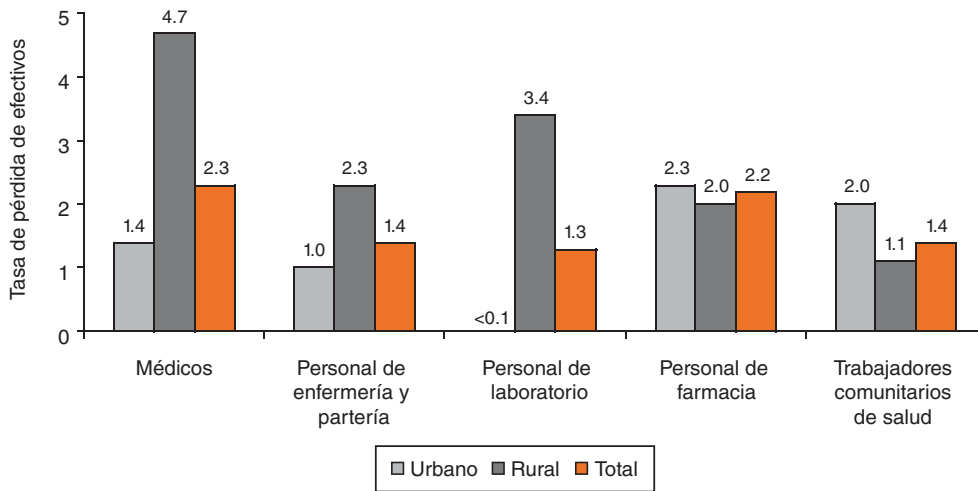
atribuibles a extinción involuntaria de la relación laboral. La jubilación y la muerte representan, cada una, aproximadamente una de cada siete salidas. Aunque los datos disponibles no ofrecen una imagen completa de la dinámica de la pérdida de efectivos entre los trabajadores sanitarios, pueden utilizarse para poner de relieve áreas en las que los directores de programas y

Cuadro 7.11 Distribución porcentual de los trabajadores sanitarios de establecimientos por número de horas trabajadas normalmente por semana y estamento profesional, Kenya 2004

Estamento profesional	Número de horas trabajadas normalmente por semana en el establecimiento				Total
	40 o más	30–39	20–29	<20	
Médicos	83	7	2	8	100
Personal de enfermería y partería	93	5	0	2	100
Personal de laboratorio	98	1	1	0	100
Orientadores/trabajadores sociales	57	11	29	3	100
Ayudantes de enfermería	78	9	0	13	100
Otros	74	6	9	11	100
Todos los trabajadores sanitarios	87	6	3	4	100

Fuente: Kenya 2004 SPA (22). Se han ponderado los datos para que den cuenta de los procedimientos de muestreo de la encuesta.

Figura 7.9 Tasas de pérdida de efectivos del personal sanitario en establecimientos del sector público, por estamento profesional, Nigeria 2005



Fuente: Chankova et al. (14).

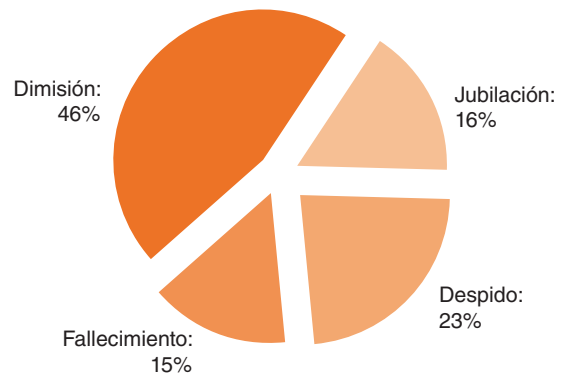
los planificadores de políticas pueden seguir invirtiendo en investigaciones y estrategias de retención.

Por último, para estimar de manera aproximada la tasa de regeneración del personal sanitario, puede compararse la tasa de aumento del personal sanitario debida a la incorporación de nuevos graduados de instituciones de formación sanitaria a la fuerza laboral de los establecimientos con la tasa de pérdida de efectivos de dichos establecimientos. Los resultados del cuadro 7.12 indican que por cada médico que abandona el personal sanitario del sector público de Nigeria entran tres nuevos. La proporción estimada de personal entrante respecto al saliente está muy por encima de 2:1 entre el personal de laboratorio y los trabajadores comunitarios de salud. Sin embargo, parece que el número de nuevos graduados de las instituciones de formación en enfermería y partería que están ingresando en la fuerza laboral pública de Nigeria es menor que el de enfermeros y parteras que la abandonan.

7.6 Resumen y conclusiones

El mundo entero está de acuerdo en que la situación de los RHS es de crisis y que los países de ingresos bajos y medianos son los que corren mayores riesgos. También se acepta mayoritariamente que para superar dicha crisis debe hacerse un seguimiento eficaz de las tres etapas del ciclo de vida laboral (entrada, etapa laboral y salida), lo que a su vez exige acceder a métodos de medición e instrumentos analíticos que permitan recopilar y analizar datos de la fuerza laboral con puntualidad y de manera creíble.

Figura 7.10 Distribución porcentual de los trabajadores que salen de la fuerza laboral según los motivos, Nigeria 2005



Fuente: Chankova et al. (14).

En este capítulo se ha documentado el uso de las EES como uno de estos métodos y se han presentado ejemplos de los tipos de información sobre RHS que pueden proporcionar. Las fuentes de las EES permiten elaborar estadísticas sobre características del personal sanitario como efectivos y oferta, formación, combinación de capacidades, distribución geográfica, productividad y otras prácticas contextuales que favorecen un desempeño laboral eficiente (p. ej., recursos e infraestructuras suficientes, capacitación en el empleo, prácticas de gestión y supervisión, e incentivos), así como estimaciones de la entrada y la retención del personal. Cuando se analizan en relación con las normas nacionales de dotación de personal (si existen), los datos de las EES pueden servir para determinar en

Cuadro 7.12 Comparación del aumento de efectivos de personal sanitario en el sector público a partir de nuevos graduados con la tasa de pérdida de efectivos, Nigeria 2005

Estamento profesional	% de los efectivos actuales que corresponde a nuevos graduados de instituciones de formación sanitaria	Tasa de pérdida de efectivos	Cociente entre el personal nuevo que entra y el que sale
Médicos	7.7	2.3	3.3
Personal de enfermería y partería	1.1	1.4	0.8
Personal de laboratorio	3.4	1.3	2.6
Personal de farmacia	3.6	2.2	1.6
Trabajadores comunitarios de salud	3.3	1.4	2.3

Fuente: Chankova et al. (14).

qué grado se satisfacen las necesidades percibidas en materia de personal y apoyar una planificación eficaz de la formación teoricopráctica, la contratación, la gestión y, en último término, la jubilación de los RHS.

Se han comentado, asimismo, diversas limitaciones de los datos de EES de los que disponemos en la actualidad. Cabe citar la escasez de información sobre migración de los trabajadores sanitarios, en especial las salidas hacia el extranjero. Por su naturaleza, las EES no recopilan directamente datos sobre la etapa previa al empleo, ni sobre los trabajadores que no están en puntos de prestación de servicios de establecimientos. Como se comenta en otro lugar de este manual, la necesidad de mejorar los métodos de seguimiento de la fase previa al empleo y la fase de salida no se limita a las fuentes de las EES. Aun así, podrían reforzarse los instrumentos de EES de modo que registraran el número de nuevos trabajadores sanitarios contratados que son graduados recientes, inmigrantes geográficos (internos o internacionales) o personas que se reincorporan a la fuerza laboral tras un largo periodo de ausencia, y quizá también las percepciones del personal actual acerca de las principales razones de sus antiguos colegas para marcharse.

Otra información básica que tendía a faltar en los instrumentos de EES analizados en este capítulo (aunque no se trata de una revisión exhaustiva) es la remuneración del personal y la distribución por sexos. Los datos sobre los salarios de los trabajadores son importantes para determinar los costes y elaborar los presupuestos de las estrategias de ampliación de la prestación de servicios y de las iniciativas de desarrollo de los RHS, así como para evaluar los incentivos monetarios que influyen en el desempeño de los proveedores. Los instrumentos analizados recopilaron información limitada sobre las prestaciones no monetarias. A ello se añade

que conocer la dimensión de género puede ayudar a planear acciones capaces de reducir considerablemente el impacto pernicioso de los desequilibrios de género sobre el personal y la prestación de servicios, en particular cuando tales desequilibrios no se detectan precozmente (véase también 27, 28). En el momento de elaborar este informe se estaban actualizando los instrumentos SPA y SAM de recopilación de datos para incorporar la perspectiva de género en futuras evaluaciones.

Una limitación importante e inherente a las EES es la posibilidad de que haya un sesgo de muestreo en los casos en los que no se disponga de un marco de muestreo (esto es, la lista de establecimientos para la selección) completo y exacto, como ocurre en muchos países de ingresos bajos y medianos, sobre todo en el caso del sector privado. En muchas ocasiones, variaciones en el muestreo y diferencias en el diseño de los cuestionarios y otras cuestiones ajenas a aquéllas merman la comparabilidad entre las fuentes de datos de las EES, lo que dificulta el seguimiento comparativo de las tendencias entre diversas regiones y a lo largo del tiempo. Pese a que los datos de las EES ofrecen mucha información sincrónica sobre los RHS, son contados los países o interesados que utilizan esta información para la formulación de políticas y la planificación en materia de RHS.

Dado que el objetivo general de la mayoría de las EES es evaluar los servicios de salud, los instrumentos tienden a abordar muy diversos temas, entre los que se incluyen no sólo la dotación de personal del establecimiento sino también las infraestructuras, la prestación de servicios, los suministros y equipos, los protocolos y la satisfacción de los clientes. En consecuencia, por lo general no permiten analizar detalladamente ninguno de los componentes específicos; ampliar la

información recopilada sobre los RHS permitiría llevar a cabo análisis más detallados y, además, aumentaría la complejidad de las evaluaciones, con las correspondientes implicaciones para la formación de los entrevistadores, la logística de campo, la duración media de la entrevista, el procesamiento y análisis de los datos y, obviamente, el presupuesto. Es posible llevar a cabo encuestas independientes entre los proveedores de atención sanitaria, pero debe estudiarse la sostenibilidad de este planteamiento, sobre todo en los países de ingresos bajos.

En condiciones ideales, un análisis integral de los RHS optimizaría el uso de datos de EES recopilados periódicamente e integrados en el sistema nacional de información sanitaria junto con los datos recolectados de forma sistemática (continua) de fuentes administrativas (estas se abordan con más detalle en el capítulo 9 de este manual). Las evaluaciones de establecimientos deben llevarse a cabo cada siete a diez años para validar y ampliar la información obtenida de fuentes de datos recopilados sistemáticamente (por ejemplo, nuevas distribuciones, supervisión de apoyo, absentismo laboral, puestos vacantes y salidas de la fuerza laboral). Se recomienda esta periodicidad porque ayuda a mantener bajos los costes y deja entre una evaluación y otra un intervalo suficiente para poder observar los cambios. La mayoría de los países están en condiciones de desarrollar la capacidad técnica que exigen las EES después de una primera ronda con asistencia técnica externa. Sin embargo, en muchos casos se necesita un apoyo financiero internacional permanente, así como la cooperación técnica para garantizar la calidad (y la comparabilidad entre países) de los datos recopilados. A menudo hacen falta más inversiones en análisis de datos y estrategias de difusión que pongan la información al alcance de los formuladores de políticas (29). Si se quiere que las EES lleguen a integrarse plenamente en el sistema de información sanitaria y se generalice su uso para colmar las lagunas de información y guiar la planificación, el seguimiento y el desarrollo de los RHS, debe considerarse prioritario institucionalizar la capacidad de llevarlas a cabo, ya sea en el ministerio de salud o en otro organismo autónomo o semiautónomo (como empresas privadas de estudios e investigación).

Referencias

1. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>, accessed 10 January 2009).
2. Kinfu Y. *Assembling global health workforce statistics: challenges and implications*. Presented at the World Health Organization/Health Metrics Network Technical Working Group Meeting on Health Workforce Statistics, Geneva, 11–13 July 2006.
3. Anell A, Willis M. 2000. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6):770–778 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf), accessed 20 January 2009).
4. International Health Facility Assessment Network. *Health facility assessment: relevant resources/supporting documents and mapping resources – annotated bibliography*. MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-08–107. Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-08–107.pdf>, accessed 20 January 2009).
5. International Health Facility Assessment Network. *Flow chart of steps to conduct a health facility assessment*. Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-08–28.pdf>, accessed 20 January 2009).
6. MEASURE Evaluation. *Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries*. MEASURE Evaluation Manual Series No. 3. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2001.
7. International Health Facility Assessment Network. *Profiles of health facility assessment methods*. Arlington, VA, MEASURE Evaluation, USAID and World Health Organization, 2008 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/tr-06–36.pdf>, accessed 20 January 2009).
8. Japan International Cooperation Agency. *Health Facility Census*. Kurume, Japan, St Mary's Hospital, 2004.
9. Suzuki Y, Hozumi D. Health Facility Census: background, meaning, and its methodology. *Journal of International Health*, 2005, 20(S):110.
10. Suzuki Y et al. Capital investment planning using the geographic information systems. *Journal of International Health*, 2006, 21(S):89.
11. *Service Availability Mapping (SAM)*. World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/systems/serviceavailabilitymapping/en/>, accessed 20 January 2009).
12. *Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hrh/tools/workload_indicators.pdf, accessed 20 January 2009).
13. *Service Provision Assessment (SPA) surveys*. Macro International (<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm>, accessed 12 February 2009).
14. Chankova S, Nguyen H, Chipanta D, Kombe G, Onoja A, Ogungbemi K. *A situation assessment of human resources in the public health sector in Nigeria*. Bethesda, MD, Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., 2006 (<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1704/>, accessed 20 January 2009).
15. MEASURE Evaluation. *Facility Audit of Service Quality*. Chapel Hill, NC, Carolina Population Centre, 2000.
16. *Assessment of Human Resources for Health: survey instruments and guide to administration*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/hrh/tools/hrh_assessment_guide.pdf, accessed 12 February 2009).
17. Dehn J, Reinikka R, Svensson J. Survey tools for assessing performance in service delivery. In: Bourguignon F, da Silva LP, eds. *Evaluating the poverty and distributional impact of economic policies*. Washington, DC, Oxford University Press and World Bank, 2003.
18. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2004, 2(14) (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14>, accessed 20 January 2009).
19. *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)*. Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>, accessed 11 January 2009).
20. *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: CINE 1997*. París, UNESCO, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_E.pdf, accessed 10 January 2009).
21. *Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU), Revisión 4*. División de Estadística de las Naciones Unidas (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp>, accessed 11 January 2009).
22. National Coordination Agency for Population and Development (NCAPD), Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, ORC Macro. *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*. Nairobi, Kenya, NCAPD, 2005 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR139/SR139.pdf>, accessed 20 January 2009).
23. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia: analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
24. Hornby P, Forte P. *Human resource indicators and health service performance*. Staffordshire, United Kingdom, Keele University Centre for Health Planning and Management, 2003 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_2_03.pdf, accessed 21 January 2009).

25. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
26. World Health Organization and Kenya Ministry of Health. *Service Availability Mapping: Kenya report*. Geneva, World Health Organization and Kenya Ministry of Health, 2005 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/samreportkenya.pdf>, accessed 21 January 2009).
27. Hojat M, Gonnella J, Zu G. Gender comparisons of young physicians perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, 1995, 70(4):305–312.
28. Reamy J, Pong R. *Physician workforce composition by gender: the implications for managing physician supply*. Paper presented at the 4th FICOSSER General Conference, Cuernavaca, Mexico, 28–30 July, 1998.
29. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369:1039–1046.

8

Uso de datos de censos de población para el análisis de género del personal sanitario

RENÉ LAVALLÉE, PIYA HANVORAVONGCHAI, NEERU GUPTA

8.1 Introducción

Pese a la indudable importancia del seguimiento del personal sanitario y los impactos sobre el desempeño de los sistemas de salud, con frecuencia las pruebas empíricas de apoyo a la formulación de políticas son fragmentarias. Muchas fuentes que podrían ofrecer información de interés sobre esta cuestión siguen estando infrutilizadas en la investigación sanitaria, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Aunque es posible explotar diversas fuentes estadísticas ordinarias para llevar a cabo evaluaciones de los recursos humanos para la salud (RHS) –entre ellas, los censos nacionales de población–, en general no se ha aprovechado su potencial para el seguimiento de los RHS.

Los censos de población pueden ser una fuente clave de estadísticas que describen los RHS, ya que ofrecen información precisa sobre los efectivos y la composición del personal sanitario y sobre su distribución por unidades espaciales y características sociodemográficas (1, 2). Una de las principales ventajas de utilizar datos censales para el análisis de los RHS es que permiten desagregar la información de nivel individual por sexo. Comparados con las encuestas, los censos tienen a su favor que no les afecta el problema de que las muestras sean demasiado pequeñas para realizar estimaciones de subgrupos específicos. Por otra parte, como se señala en el capítulo 7 de este manual, las evaluaciones de los establecimientos de salud han tendido a no considerar la perspectiva de género en el seguimiento de la dotación de personal.

El objetivo de este capítulo es presentar algunos resultados de análisis multinacionales en los que se han explorado las dimensiones de género del personal sanitario a partir de datos censales. El capítulo se divide en cinco apartados, incluida esta introducción. En el siguiente se presenta una argumentación sobre la importancia de integrar la perspectiva de género en el análisis de la fuerza laboral sanitaria. En el tercero se detallan las fuentes de datos censales. El cuarto

apartado se dedica al análisis empírico, prestando atención a cada una de las tres etapas del ciclo de vida laboral que sirve de marco a la evaluación de los RHS. El capítulo concluye con algunas recomendaciones para promover el uso de datos desglosados por sexo, sobre todo procedentes de censos, como paso hacia el seguimiento y la evaluación de una planificación de políticas y una gestión de los recursos humanos que sean sensibles a las cuestiones de género.

8.2 Importancia de las consideraciones de género en el análisis del personal sanitario

Se calcula que las mujeres representan aproximadamente el 40% de la población trabajadora mundial (3). En muchos países constituyen más del 75% de la fuerza laboral del sector sanitario (4), lo que las convierte en indispensables para la prestación de servicios de salud. Sin embargo, la problemática de género sigue siendo un área desatendida en la mayor parte de las iniciativas de formulación de políticas y planificación relacionadas con los RHS (5).

En muchos países, las mujeres tienden a concentrarse en las ocupaciones sanitarias de menor nivel y a ser una minoría entre los profesionales con mayor calificación. En particular, la distribución de las mujeres por categoría ocupacional tiende a estar sesgada hacia el personal de enfermería y partería y otros estamentos dedicados al «cuidado», como los trabajadores comunitarios de salud (6). Es frecuente que la representación femenina sea escasa en otras categorías, como médicos, dentistas, farmacéuticos y gestores.

La subrepresentación de las mujeres en puestos directivos y de toma de decisiones puede determinar que tanto las particulares condiciones de trabajo que caracterizan a gran parte del empleo femenino como las necesidades específicas de las mujeres en materia de atención sanitaria se tengan menos presentes y

se comprendan peor. En muchos contextos, el acceso a proveedores de sexo femenino es un determinante destacado de los patrones de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres (7, 8).

Omitir las consideraciones de género también puede determinar que el sistema de salud no sea suficientemente sensible a las necesidades de los hombres: por ejemplo, en muchos casos los servicios de salud reproductiva no se estructuran de manera que promuevan la participación de los hombres (7). Mejorar el reconocimiento del papel de los hombres como cuidadores y la información sobre ello puede ayudar a «desgenerizar» las normas de género en la prestación de servicios de salud (9).

El análisis de género del personal sanitario revela que los propios sistemas sanitarios pueden reproducir, e incluso a veces agravar, muchas de las desigualdades sociales que, en teoría, han de corregir y a las que debieran ser inmunes (6). Comprender y abordar la dimensión de género del personal sanitario exige mejores medidas del personal sanitario femenino y masculino para ayudar a identificar y priorizar las intervenciones de planificación y gestión de los RHS.

8.3 Uso de datos censales para el análisis del personal sanitario

Es particularmente urgente fortalecer la base de pruebas científicas sobre género y personal sanitario en los países de ingresos bajos y medianos. La mayoría de los (escasos) estudios disponibles sobre la materia se refieren a países con economías de mercado desarrolladas, especialmente los Estados Unidos de América (6). En particular, si bien la mayoría de los países cuentan con archivos de microdatos censales, en general el acceso a estos y su uso en la investigación sobre sistemas de salud han sido limitados. En el caso de algunos países, proyectos de investigación en colaboración orientados a difundir microdatos para uso público pueden facilitar los análisis de los recursos humanos para la salud. En muy pocos países de ingresos bajos y medianos se han realizado y difundido análisis nacionales de los RHS basados en datos censales.

Se llevó a cabo un análisis de género del personal sanitario en 13 países de regiones y contextos diversos (cuadro 8.1). Como se comentó en el capítulo 2 de este manual, los censos con preguntas pensadas para recopilar datos sobre la naturaleza de la actividad laboral pueden ofrecer información de utilidad en el análisis de los RHS (recuadro 8.1). La aplicación de normas internacionales a la recopilación y el procesamiento de los datos facilita la elaboración de

estadísticas comparables entre países y a lo largo del tiempo sobre muchos aspectos de la dinámica de la fuerza laboral (10). Las comparaciones de indicadores de los RHS entre países pueden brindar interesantes oportunidades de conocer mejor las cuestiones que más preocupan a muchos de ellos en materia de personal sanitario y cómo las han abordado, con éxito o sin él (11).

Los datos empleados en el análisis se extrajeron de tres fuentes:

- Para 11 de los países –Argentina, Brasil, Camboya, Chile, Ecuador, Filipinas, Hungría, Rumania, Rwanda, Sudáfrica y Viet Nam– se obtuvieron muestras de microdatos de Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), proyecto de colaboración dedicado a recopilar, conservar, armonizar y difundir documentación y datos censales de todo el mundo para la investigación social y económica (12). A finales de 2007, IPUMS-International había creado una colección única de microdatos censales integrada por 80 censos de 26 países (13). En el presente análisis se utilizaron datos de la última ronda de censos (que abarca el período comprendido entre 1995 y 2004) para países con economías en desarrollo y en transición en los que se había incluido una variable de ocupación que permitía identificar las ocupaciones relacionadas con la salud.
- En el caso de un país, Tailandia, la Oficina Nacional de Estadística facilitó el acceso a microdatos censales, con el apoyo de International Health Policy Program-Thailand (14), un programa nacional de investigación sobre prioridades sanitarias relacionadas con los sistemas y las políticas de salud.
- En el caso de otro país, Uganda, se extrajeron los datos de un volumen censal especial sobre trabajadores sanitarios elaborado en colaboración con Developing Human Resources for Health Project (15). La publicación comprendía cuadros y mapas de los efectivos y la distribución de las ocupaciones sanitarias, así como información sobre las variables utilizadas en las compilaciones.

En el presente análisis, y con objeto de mejorar la comparabilidad entre países, se ha definido a los trabajadores sanitarios con arreglo a la ocupación principal que declararon tener en la población económicamente activa según consta en el censo, y las denominaciones o títulos de las ocupaciones se han hecho corresponder en lo posible con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, revisión de 1988 (CIUO-88) (16). Esta comprende los grandes grupos siguientes:

- médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería): médicos, odontólogos, farmacéuticos y otras ocupaciones sanitarias de nivel superior;

Cuadro 8.1 Países y fuentes de datos censales

País	Categoría de ingreso ^a	Región ^b	Organismo responsable del censo	Año	Trabajadores con una ocupación sanitaria	
					Número	Por 10 000 habitantes
Argentina	Mediano alto	Américas	Instituto Nacional de Estadística y Censos	2001	418 530	115.4
Brasil	Mediano alto	Américas	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística	2000	1 463 001	86.1
Camboya	Bajo	Pacífico Occidental	Instituto Nacional de Estadística	1998	26 940	23.6
Chile	Mediano alto	Américas	Instituto Nacional de Estadísticas	2002	133 580	88.2
Ecuador	Mediano bajo	Américas	Instituto Nacional de Estadística y Censos	2001	79 290	65.3
Filipinas	Mediano bajo	Pacífico Occidental	Oficina Nacional de Estadística	2000	360 217	48.0
Hungría	Mediano bajo	Europa	Oficina Central de Estadística	2001	169 960	166.5
Rumania	Mediano bajo	Europa	Instituto Nacional de Estadística	2002	295 880	138.4
Rwanda	Bajo	África	Instituto Nacional de Estadística	2002	10 230	12.1
Sudáfrica	Mediano bajo	África	Estadísticas Sudáfrica	2001	256 393	60.0
Tailandia	Mediano bajo	Asia Sudoriental	Oficina Nacional de Estadísticas	2000	294 905	48.4
Uganda	Bajo	África	Oficina de Estadísticas	2002	57 508	23.5
Viet Nam	Bajo	Pacífico Occidental	Oficina General de Estadísticas	1999	253 500	33.2

a. Categoría de ingreso según la clasificación del Banco Mundial, basada en el ingreso nacional bruto por habitante.

b. Regiones según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

Recuadro 8.1 Preguntas utilizadas en los censos de población de algunos países para determinar la ocupación principal

Brasil (2000): *¿Cuántos empleos tuvo durante la semana del 23 al 29 de julio de 2000? (posibles respuestas: «uno», «dos o más»); ¿Cuál fue el empleo principal que desempeñó durante [esa] semana? (pregunta de respuesta libre).*

Chile (2002): *¿En cuál de las situaciones siguientes se encontró usted durante la última semana? (diez respuestas posibles); ¿Qué ocupación o tipo de trabajo realiza, o realizó en el pasado si ahora está desempleado? (pregunta de respuesta libre).*

Filipinas (2000): *¿Cuál era la actividad/ocupación habitual de[!] [entrevistado] durante los últimos 12 meses? (pregunta de respuesta libre).*

Hungría (2001): *¿Cuál es su medio de vida? (elección de hasta 3 respuestas de entre 13 opciones); ¿Cómo se denomina la ocupación principal y qué actividades la caracterizan? (pregunta de respuesta libre).*

Rwanda (2002): *Durante el mes comprendido entre el 15 de julio y el 15 de agosto de 2002, ¿tenía [el entrevistado] un empleo? (ocho respuestas posibles); ¿Cuál es (era) la principal ocupación de[!] [entrevistado]? (pregunta de respuesta libre).*

Uganda (2002): *¿Qué tipo de trabajo ha desempeñado [el entrevistado] en los últimos 7 días? (pregunta de respuesta libre).*

Viet Nam (1999): *¿Cuál ha sido el empleo principal de[!] [entrevistado] durante los últimos 12 meses y qué puesto ha tenido (en su caso)? (pregunta de respuesta libre).*

- personal de enfermería y partería: personal de enfermería de nivel superior, personal de partería de nivel superior, personal de enfermería de nivel medio, personal de partería de nivel medio;
- otros proveedores de servicios de salud: técnicos y profesionales de nivel medio de la salud (por ejemplo, asistentes médicos, dentistas auxiliares, técnicos de laboratorio, operadores de aparatos de diagnóstico y tratamiento médicos), practicantes de la medicina tradicional y complementaria, trabajadores de cuidados personales (incluye ayudantes de enfermería en instituciones y en domicilio) y otros no clasificados bajo otros epígrafes;
- personal de gestión sanitaria: administradores y supervisores en servicios de salud y similares.

Dadas las particularidades de cada censo, también se han tomado otras medidas para mejorar la comparabilidad; en particular, el análisis excluye a los trabajadores al exterior que se contabilizaron en Filipinas, pero no en otros países.

El cuadro 8.1 muestra el número y la densidad de trabajadores que declaran tener una ocupación sanitaria en el momento del censo, por países y según los límites profesionales aplicados aquí. Como cabía esperar, la densidad de trabajadores sanitarios tiende a aumentar con el nivel de ingreso nacional. Las densidades más altas se registran en Hungría y Rumania, países de ingreso mediano alto, y las más reducidas corresponden en los cuatro países de ingresos bajos incluidos en el análisis (Camboya, Rwanda, Uganda y Viet Nam).

8.4 Análisis empírico

En este apartado se presentan algunos resultados sobre dimensiones de género del personal sanitario basados en datos censales de 13 países. Está dividido en tres partes, correspondientes a las tres etapas del ciclo de vida laboral que constituye el marco de análisis de los RHS presentado en el capítulo 1. Se expone primero un análisis de género de la fuerza laboral activa, seguido del análisis de cada una de las dos etapas que influyen directamente en su volumen y distribución, a saber, la entrada y la salida.

8.4.1 La dimensión de género en la fuerza laboral sanitaria activa

Los censos con preguntas adecuadamente concebidas sobre la actividad en la fuerza laboral permiten identificar a los trabajadores con una ocupación relacionada con la salud y desglosar todas las variables principales por sexos. Gracias a ello puede estudiarse la segregación profesional por sexos: un marco para evaluar la equidad de género que puede corresponder a un

agrupamiento vertical (diferencias de la razón de sexos según la situación laboral relativa) u horizontal (diferencias de la razón de sexos según la especialización) (17).

En la mayoría de los 13 países, las mujeres constituyen la mayoría del personal sanitario, patrón que contrasta con el observado en el resto de la población activa nacional, en la que los hombres tienden a ser más numerosos (cuadro 8.2). Son excepciones a esta tendencia Camboya, donde las mujeres representan una minoría (40%) del personal sanitario, pero una pequeña mayoría (51%) del resto de la población activa, y Rwanda, donde el porcentaje de mujeres trabajadoras es similar en las ocupaciones sanitarias y en todas las demás consideradas en conjunto (en torno al 55%).

Un examen más detenido de la información apunta a un agrupamiento horizontal y vertical dentro del personal sanitario. En todos los países que disponen de datos, las mujeres constituyen la mayoría del personal de enfermería y partería –en algunos casos más del 90%–, pero no ocurre así en otras categorías profesionales (cuadro 8.2). Entre los profesionales sanitarios de nivel superior (excepto el personal de enfermería), las mujeres están constantemente subrepresentadas en relación con su presencia proporcional en el conjunto del personal sanitario; lo mismo ocurre con las ocupaciones de gestión sanitaria, como se observa en los dos países en los que la clasificación nacional de ocupaciones permite su identificación, a saber, Argentina y Brasil.

También pueden observarse desequilibrios de género en determinadas ocupaciones. Como se ilustra en la figura 8.1, el personal médico es mayoritariamente masculino en los países que disponen de datos. En cambio, el personal de cuidados personales –que generalmente está menos calificado– tiende a estar dominado numéricamente por las mujeres (figura 8.2). Una excepción notable es Rumania, el país con la mayor proporción de mujeres en el personal sanitario, y donde son más frecuentes las médicas. Se ha especulado que, dado que los países en transición de Europa oriental tienen una tradición más larga de alta participación de la mujer en la fuerza laboral y de políticas sociales que hacen hincapié en la igualdad y apoyan a las mujeres trabajadoras y sus familias, es probable que en ellos los desequilibrios de género verticales sean menos pronunciados que en otras regiones (18).

Además de brindar oportunidades para el seguimiento de las ocupaciones sanitarias, los censos que incluyen datos sobre el lugar de trabajo permiten identificar a las personas con otras ocupaciones (no sanitarias) que

Cuadro 8.2 Distribución porcentual del personal sanitario por sexo y por ocupación, según datos censales de 13 países (en torno a 2000)

País	Sexo	Personal sanitario					Total	Resto de la fuerza laboral
		Médicos y profesionales afines (excepto enfermería y partería)	Personal de enfermería y partería	Otros proveedores de servicios de salud	Ocupaciones de gestión sanitaria			
Argentina	Hombres	n.d.	n.d.	32.9	35.5	33.0	63.6	
	Mujeres	n.d.	n.d.	67.1	64.5	67.0	36.4	
Brasil	Hombres	55.1	18.7	25.9	44.2	32.7	62.8	
	Mujeres	44.9	81.3	74.1	55.8	67.3	37.2	
Camboya	Hombres	74.6	45.4	60.1	n.d.	59.8	48.6	
	Mujeres	25.4	54.6	39.9	n.d.	40.2	51.4	
Chile	Hombres	43.6	n.d.	32.7	n.d.	38.8	66.0	
	Mujeres	56.4	n.d.	67.3	n.d.	61.2	34.0	
Ecuador	Hombres	57.7	8.5	18.2	n.d.	33.9	67.6	
	Mujeres	42.3	91.5	81.8	n.d.	66.1	32.4	
Filipinas	Hombres	39.4	14.6	31.7	n.d.	27.6	50.2	
	Mujeres	60.6	85.4	68.3	n.d.	72.4	49.8	
Hungria	Hombres	43.3	n.d.	9.8	n.d.	21.3	55.8	
	Mujeres	56.7	n.d.	90.2	n.d.	78.7	44.2	
Rumania	Hombres	31.9	5.6	13.4	n.d.	17.2	57.5	
	Mujeres	68.1	94.4	86.6	n.d.	82.8	42.5	
Rwanda	Hombres	61.9	35.4	50.5	n.d.	43.7	45.0	
	Mujeres	38.1	64.6	49.5	n.d.	56.3	55.0	
Sudáfrica	Hombres	62.8	8.2	27.4	n.d.	22.1	59.3	
	Mujeres	37.2	91.8	72.6	n.d.	77.9	40.7	
Tailandia	Hombres	48.4	6.7	30.8	n.d.	25.1	52.0	
	Mujeres	51.6	93.3	69.2	n.d.	74.9	48.0	
Uganda	Hombres	68.8	13.0	54.9	n.d.	41.7	n.d.	
	Mujeres	31.2	87.0	45.1	n.d.	58.3	n.d.	
Viet Nam	Hombres	55.2	22.2	31.4	n.d.	34.3	51.7	
	Mujeres	44.8	77.8	68.6	n.d.	65.7	48.3	

Nota: Bajo el epígrafe «médicos y profesionales afines» se agrupan los médicos, los farmacéuticos, los odontólogos y otros trabajadores con ocupaciones sanitarias de nivel superior según lo notificado en el momento del censo. El rubro «otros proveedores de servicios de salud» comprende –según el país– los técnicos y profesionales de la salud de nivel medio, los practicantes de la medicina tradicional, los trabajadores de cuidados personales y otros trabajadores no clasificados bajo otros epígrafes. Las «ocupaciones de gestión sanitaria» comprenden los administradores y supervisores de servicios de salud y ocupaciones similares. En este análisis, en la Argentina, todas las ocupaciones de servicios de salud (médicos y profesionales afines, personal de enfermería y partería) se agrupan bajo el rubro «otros proveedores de servicios de salud». En Chile y Hungría, el personal de enfermería y partería se asimila al grupo de los médicos y otros profesionales afines o al de otros proveedores de servicios de salud. En Uganda, los gestores y planificadores sanitarios se incluyen en la categoría de médicos y otros profesionales afines.

n. d. No disponible (según la clasificación ocupacional o la fuente de datos disponible).

Figura 8.1 Distribución por sexos del personal médico según los datos censales de algunos países (circa 2000)

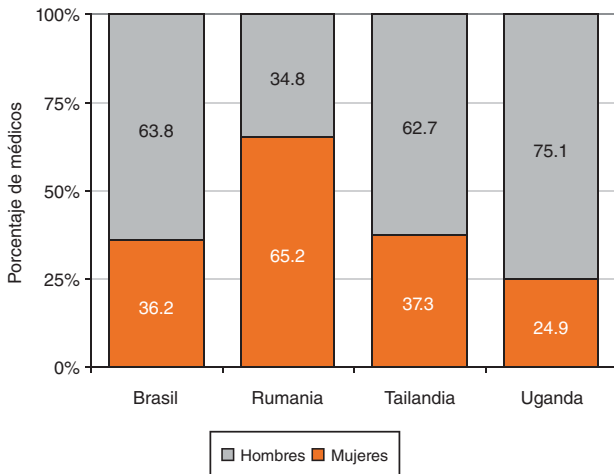
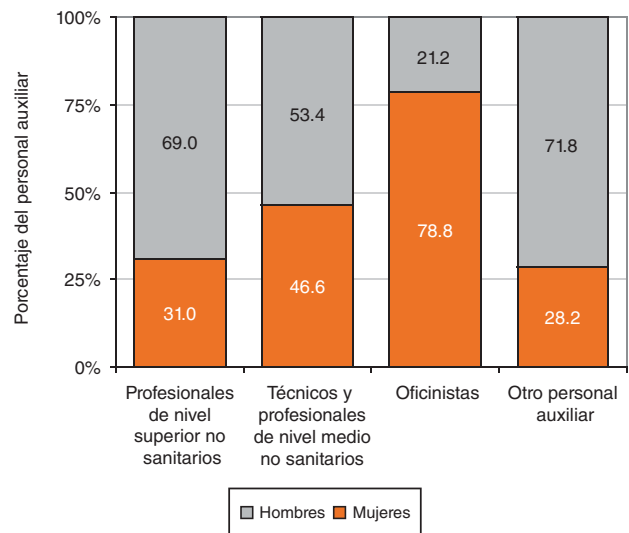


Figura 8.3 Distribución por sexos del personal auxiliar de los sistemas de salud según los datos censales, Uganda 2002



trabajan en la rama de los servicios de salud, así como al personal auxiliar de los sistemas sanitarios. Como se aprecia en el ejemplo de Uganda (figura 8.3), también en el personal auxiliar se dan desequilibrios de género. Las mujeres están subrepresentadas respecto a los hombres en las especializaciones técnicas no sanitarias (por ejemplo, contabilidad y finanzas, ingeniería, tecnologías de la información); además, dentro de estos campos, son menos numerosas en el nivel profesional superior que en el nivel medio. A la inversa, las mujeres están sobrerrepresentadas en términos de números de oficinistas.

Fuente: Ssenono, Petit y Leadbeter (15).

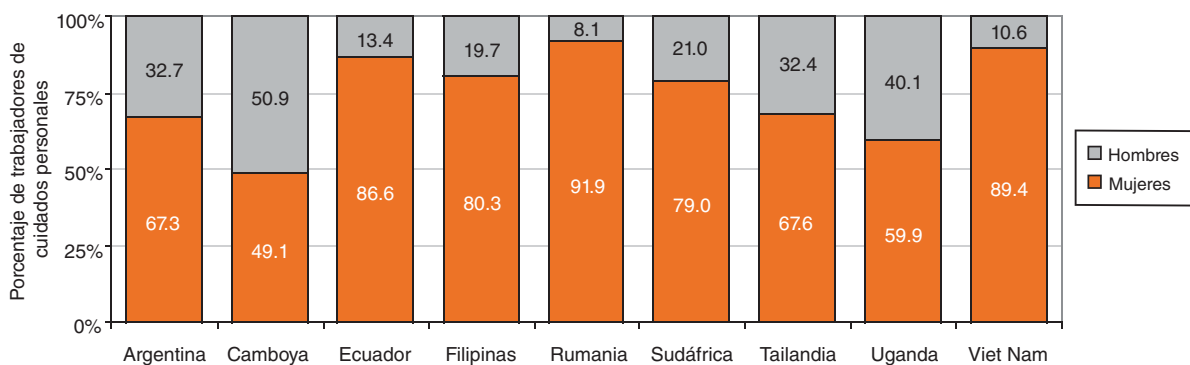
8.4.2 Género y entrada en la fuerza laboral sanitaria

Es posible que la agrupación ocupacional por sexos refleje las diferencias entre hombres y mujeres en el acceso a la formación teoricopráctica que conduce a una profesión calificada. Una de las ventajas de utilizar censos para el seguimiento de la dimensión de

género de la entrada en la fuerza laboral sanitaria es la disponibilidad de datos representativos a nivel nacional sobre el conjunto de candidatos aptos para recibir formación sanitaria avanzada. El seguimiento de este colectivo es un aspecto importante de las políticas relacionadas con los RHS, pero a menudo se pasa por alto en la investigación y la planificación del personal sanitario (véase el capítulo 4). También reviste especial importancia el seguimiento de las diferencias de género en el acceso a la educación: la razón de sexos en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria es uno de los indicadores básicos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (19).

En el cuadro 8.3 se presenta un análisis ilustrativo, basado en datos censales, del desequilibrio de género en el nivel de instrucción. En el personal sanitario de

Figura 8.2 Distribución por sexos de los trabajadores de cuidados personales según los datos censales de algunos países (circa 2000)



Cuadro 8.3 Razón de sexos (mujeres:hombres) por niveles de instrucción en el personal sanitario y en toda la población, según datos censales de algunos países (circa 2000)

País	Grupo	Nivel de instrucción		
		A lo sumo primaria	Secundaria	Terciaria
Argentina	Trabajadores sanitarios	4.5	3.0	1.2
	Toda la población	1.0	1.4	0.9
Brasil	Trabajadores sanitarios	2.2	3.4	1.3
	Toda la población	1.0	1.3	1.1
Camboya	Trabajadores sanitarios	0.8	0.6	0.3
	Toda la población	1.1	0.4	0.3
Chile	Trabajadores sanitarios	1.1	2.4	1.1
	Toda la población	1.0	1.1	0.8
Ecuador	Trabajadores sanitarios	6.9	5.3	0.9
	Toda la población	1.0	1.1	0.8
Filipinas	Trabajadores sanitarios	3.2	2.8	2.4
	Toda la población	1.0	1.0	1.4
Hungria	Trabajadores sanitarios	12.4	9.4	1.3
	Toda la población	1.3	0.9	1.0
Rumania	Trabajadores sanitarios	9.0	5.8	2.1
	Toda la población	1.3	0.8	0.9
Rwanda	Trabajadores sanitarios	1.3	1.7	0.3
	Toda la población	1.1	0.8	0.3
Sudáfrica	Trabajadores sanitarios	3.7	5.5	1.3
	Toda la población	1.1	1.1	0.9
Tailandia	Trabajadores sanitarios	1.9	2.6	1.7
	Toda la población	1.1	0.9	1.1
Viet Nam	Trabajadores sanitarios	2.5	2.4	0.8
	Toda la población	1.1	0.8	0.5

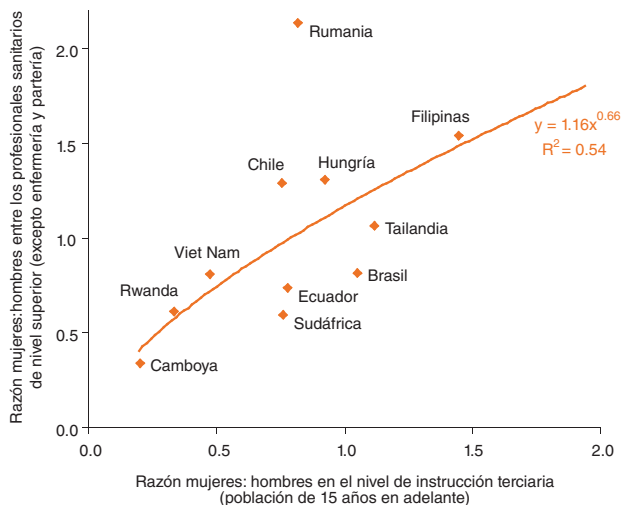
Nota: Los datos sobre el nivel de instrucción se refieren a la población de 15 años en adelante. El nivel de secundaria comprende la educación postsecundaria de nivel no universitario. Los trabajadores sanitarios se definen como personas activas en la fuerza laboral y que declaran tener una ocupación sanitaria en el momento del censo.

casi todos los países, las mujeres son más numerosas que sus homólogos masculinos en las categorías inferiores de instrucción, es decir, en la primaria y la secundaria. Además, a estos niveles el desequilibrio tiende a ser más pronunciado en el personal sanitario que en la población general adulta. Es especialmente notable en los dos países de la región de Europa oriental. La excepción es Camboya, donde el personal sanitario femenino con bajo nivel de instrucción es menos numeroso que el masculino, lo que puede guardar relación con el hecho de que Camboya sea uno de los países con menor nivel general de instrucción (el 98% de la población adulta ha terminado como máximo la enseñanza primaria).

Aunque la mayoría de los países tienen una alta proporción de personal sanitario femenino respecto al masculino en todos los niveles de instrucción –tendencia que refleja la feminización general de los RHS– el cociente suele ser mucho más bajo en el nivel terciario que en el primario. En el nivel de instrucción más elevado, la razón de sexos del personal sanitario tiende a aproximarse más a la de la población general.

Para profundizar en el análisis, como se observa en la figura 8.4, los países con mayores desigualdades de género en el acceso a la educación superior tienden a ser los que muestran mayores desequilibrios de género en el personal sanitario de grado superior. En los 11 países con datos censales comparables se constata una relación estrecha y directa entre la razón de sexos de la población general con nivel de instrucción terciaria y la de los profesionales sanitarios de grado superior en activo. En particular, el coeficiente de correlación, que mide el grado de asociación entre dos variables, se considera relativamente alto según estándares de las ciencias sociales (0,54 para el análisis de tendencias que incluye a los 11 países, o 0,67 si se excluye el dato atípico de Rumania).

Figura 8.4 Relación entre la razón de sexos del nivel de instrucción terciaria y la del personal sanitario de nivel superior en activo (circa 2000)



8.4.3 Género y salida de la fuerza laboral sanitaria

Aunque un censo es transversal, es decir, corresponde a un momento determinado, pueden utilizarse una serie de censos para evaluar las salidas de la fuerza laboral sanitaria. En Tailandia, como en muchos otros países, los censos se llevan a cabo cada diez años. Se aplicó un análisis de cohortes a dos censos sucesivos para estimar la pérdida neta de efectivos por sexos, es decir, utilizando datos etarios para el seguimiento de la misma cohorte de un censo al siguiente. Por ejemplo, el número de enfermeras de entre 35 y 39 años en

1990 se comparó con el número de ellas de entre 45 y 49 años diez años más tarde para estimar la pérdida neta (o efecto neto de las ganancias y pérdidas de personal) en esta cohorte. No fue fácil lograr que los datos fueran comparables, sobre todo porque el sistema de codificación ocupacional no era el mismo en una y otra ronda: en el censo de 1990, las ocupaciones se habían codificado según la versión de la CIUO de 1968, mientras que en el de 2000 se había seguido la versión de 1988. Los análisis de los datos censales tailandeses que presentamos se llevaron a cabo tomando como referencia la CIUO-88.

El cuadro 8.4 muestra la variación del volumen de la fuerza laboral a lo largo de la década en algunas cohortes de dos estamentos profesionales: médicos y enfermeros. Dado que casi todos los trabajadores sanitarios recién formados ingresan en la profesión con menos de 35 años, y suponiendo que no hay una inmigración internacional apreciable, puede utilizarse el número de trabajadores de 35 años o más para calcular la tasa de pérdida de efectivos de la fuerza laboral, o la reducción porcentual del total de profesionales de la salud a lo largo de los 10 años anteriores.

Los datos censales permiten confirmar tres tendencias fundamentales: las tasas de pérdida de efectivos aumentaban con la edad; la pérdida de efectivos era mayor entre los profesionales sanitarios varones que entre sus homólogas femeninas; y, en los grupos de más edad, la pérdida de efectivos era mayor entre el personal de enfermería que entre los médicos. La más alta tasa de pérdida de efectivos correspondía al personal de enfermería masculino de más edad. El abandono de la fuerza laboral sanitaria puede deberse a jubilación, emigración, cambio de trayectoria

Cuadro 8.4 Estimaciones de la pérdida intercensal de efectivos del personal sanitario por sexos en Tailandia, censos de 1990 y 2000

Grupo etario		Hombres			Mujeres		
		Número		% de pérdida	Número		% de pérdida
en 1990	en 2000	en 1990	en 2000		en 1990	en 2000	
Médicos							
35-39	45-49	1872	1543	18	661	583	12
40-44	50-54	1368	1114	19	527	466	12
45-49	55-59	732	543	26	332	272	18
Enfermeros							
35-39	45-49	694	596	14	7619	6755	11
40-44	50-54	562	407	28	5352	4541	15
45-49	55-59	459	270	41	3042	2217	27

profesional, dolencias que limiten la capacidad de trabajar, muerte u otras causas. Estos datos ponen de relieve la importancia de que los analistas, planificadores y formuladores de políticas relacionadas con los RHS incluyan el sexo de los trabajadores, en pie de igualdad con la ocupación y la edad, entre las principales variables utilizadas en la planificación y las proyecciones de la oferta y las necesidades nacionales de personal.

8.5 Resumen y conclusiones

Este capítulo se ha centrado en la utilización de datos de censos de población nacionales para llevar a cabo evaluaciones de género de los RHS que sirvan de base a la formulación de políticas basadas en pruebas científicas. Los censos de población pueden ser una valiosa fuente de información para el seguimiento y la evaluación del personal sanitario. En particular, unos datos censales adecuados permiten estimar cierto número de indicadores de este colectivo y desglosarlos por sexos, requisito fundamental para evaluar la equidad de género en la fuerza laboral.

Para que un censo resulte de utilidad en el análisis del personal sanitario, el requisito más importante es que contenga variables adecuadamente definidas y clasificadas de la fuerza laboral que permitan distinguir las ocupaciones sanitarias del resto de las ocupaciones. Como se ha señalado en el capítulo 2, lo ideal sería que los datos ocupacionales recopilados en los censos se trataran al nivel de máxima desagregación de la CIUO (o su equivalente nacional). Los estudios de casos que presentamos han demostrado que los censos pueden proporcionar información de interés para muchas facetas de la planificación de la fuerza laboral y de la formulación de políticas, en particular desde una perspectiva de género.

Para que los censos de población resulten más útiles en la investigación y la formulación de políticas, deben llevarse a cabo con regularidad, al menos cada 10 años (10). Pese a su reconocida importancia, en la anterior ronda de 2000 hubo muchos países que no participaron; en África, ocurrió con una tercera parte de los países (17 de 53), lo que determinó que casi la mitad de la población del continente quedara sin contabilizar. Con la intensificación de los esfuerzos y los apoyos nacionales, regionales e internacionales, a mediados de 2008, 51 países africanos habían llevado a cabo censos o estaban planificándolos para la ronda de 2010 (20).

Una de las principales restricciones al uso de fuentes censales para el análisis de los RHS (aparte de su relativamente larga periodicidad) es el limitado acceso a

microdatos y su escasa utilización en la investigación sanitaria. Optimizar los usos del censo exigirá planificar con antelación las colaboraciones entre los ministerios de salud, las oficinas del censo y otros interesados con miras a formular una estrategia de recopilación y procesamiento de los datos, y de difusión y uso de estos. En este último caso, lo ideal sería que la estrategia incluyera alguna combinación de cada uno de los instrumentos de difusión utilizados aquí: (i) acceso público a muestras de microdatos para la investigación académica (anonimizadas para preservar las normas de confidencialidad); (ii) acceso limitado a bancos de datos censales completos (como el acceso seguro para investigadores autorizados); y (iii) perfiles especiales del personal sanitario como parte de las series nacionales de publicaciones censales. Desde el punto de vista práctico, el coste de recopilar, procesar y tabular datos representativos de los RHS a nivel nacional será marginal en el caso de ejercicios censales que ya incluyan preguntas sobre la actividad en el mercado de trabajo.

En general, el análisis respalda la hipótesis de que, en muchos casos, la situación de los recursos humanos en los sistemas de salud reproduce, e incluso a veces exagera, las normas y desigualdades de género imperantes en un contexto social más general, sobre todo en lo que concierne al acceso a la educación y la formación necesarias para convertirse en un profesional sanitario calificado. La mayoría de los análisis de los RHS se llevan a cabo desde la óptica ocupacional y se presta poca atención explícita a las dimensiones de género dentro de los estamentos profesionales y entre ellos. Es preciso incorporar la perspectiva de género a las estrategias de seguimiento y evaluación del personal sanitario para lograr que la planificación y la gestión de este colectivo se lleve a cabo desde planteamientos sensibles a ella que estén basados en pruebas empíricas y tengan presentes las necesidades y los intereses de los trabajadores sanitarios de uno y otro sexo. La investigación, las políticas y los programas orientados a abordar la cuestión de la igualdad de género en el personal sanitario deberían conducir al fortalecimiento de los sistemas de salud en un sentido más amplio. El acceso a una información fiable y completa sobre género y personal sanitario –basada, por ejemplo, en datos de un censo de población desglosados por sexos– puede orientar las medidas necesarias para lograr la equidad de género.

Referencias

1. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>, accessed 10 January 2009).
2. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11 (<http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11>, accessed 11 January 2009).
3. *Tendencias mundiales del empleo de las mujeres*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_091227.pdf, accessed 23 January 2009).
4. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
5. Standing H. Gender: a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources Development Journal*, 2000, 4:1 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_04.pdf, accessed 23 January 2009).
6. George A. *Human resources for health: a gender analysis*. Background paper prepared for the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf, accessed 23 January 2009).
7. Sen G, Ostlin P, George A. *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf, accessed 23 January 2009).
8. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(1):97–109.
9. Reichenbach L. The overlooked dimension: gender and the global health workforce. In: Reichenbach L, ed. *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Cambridge, MA, Harvard University, 2007.
10. División de Estadística de las Naciones Unidas. *Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación: revisión 2*. Informes Estadísticos, serie M, Núm. 67. Nueva York, Naciones Unidas, 2008.
11. Dubois CA, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health: what can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.
12. McCaa R, Ruggles S. IPUMS International: a global project to preserve machine-readable census microdata and make them usable. In: Hall PK, McCaa R, Thorvaldsen G, eds. *Handbook of international historical microdata for population research*. Minnesota, MN, Minnesota Population Center, 2000.
13. Minnesota Population Center. *Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)-International: version 3.0*. Minneapolis, MN, University of Minnesota, 2007 (<http://www.ipums.umn.edu>, accessed 23 January 2009).
14. *About IHPP*. International Health Policy Program-Thailand (<http://www.ihpp.thaigov.net/about.html>, accessed 23 January 2009).
15. Ssenono V, Petit P, Leadbeter D. *Uganda 2002 population and housing census: special analysis on health workers commissioned by the Developing Human Resources for Health Project*. Kampala, Uganda Bureau of Statistics and Developing Human Resources for Health Project, 2005.
16. *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, CIUO-88*. Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco88/index.htm>, accessed 23 January 2009).
17. Gornick JC. *Gender equality in the labour market: a comparison of the public and private sectors in six countries*. Luxembourg Employment Study Working Paper Series No. 7. Syracuse, NY, Syracuse University, 1996 (<http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp7.pdf>, accessed 23 January 2009).
18. Anker R. *Gender and jobs: sex segregation of occupations in the world*. Geneva, International Labour Office, 1998.
19. *Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2008*. Nueva York, Naciones Unidas, 2008 (http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_Es.pdf, accessed 23 January 2009).
20. African Centre for Statistics. Status of implementation of 2010 round of population and housing censuses in Africa. *African Statistical Newsletter*, 2008, 2(2):7–9 (<http://www.uneca.org/statistics/statnews/ACSNewsletterJune2008.pdf>, accessed 23 January 2009).

9

Uso de fuentes de datos administrativos para el análisis del personal sanitario: experiencia multipaíses de aplicación de sistemas de información sobre recursos humanos

PAMELA MCQUIDE, DYKKI SETTLE, WALID ABUBAKER, GHANIM MUSTAFA ALSHEIKH, CÉLIA REGINA PIERANTONI, SHANNON TURLINGTON, DANNY DE VRIES

9.1 Introducción

La manera más eficiente e inmediata de hacer un seguimiento de los cambios que se producen en el personal sanitario es utilizar los datos de un sistema que recopile información administrativa de forma continua. Los censos y las encuestas, tanto de población como de establecimientos, son instrumentos fundamentales para obtener una instantánea precisa de la fuerza laboral sanitaria de un país, pero han de repetirse por entero cada cierto tiempo para observar una situación que evoluciona. Dado que la utilización regular de estos instrumentos tiene un coste prohibitivo, los datos que ofrecen deben considerarse una base (esencial, eso sí) que complementa los sistemas nacionales de recopilación sistemática de información sobre recursos humanos (sistemas de información sobre recursos humanos o SIRH), los cuales ofrecen un registro continuo de los cambios que se producen en el personal sanitario y representan la más actualizada de las fuentes de información disponibles. Los organismos administrativos de los países, como ministerios de salud, consejos profesionales y asociaciones profesionales, utilizan habitualmente los SIRH para calificar, gestionar y planificar la fuerza laboral sanitaria, y son los primeros interesados en que esos sistemas cuenten con una información exacta y actualizada.

Un SIRH puede ser tan simple como un archivador de fichas de personal en papel o tan complejo como un sistema de múltiples bases de datos con capacidad para analizar problemas de la fuerza laboral y ayudar a encontrar posibles soluciones. La utilidad de un SIRH no depende de la tecnología, sino de que ofrezca la posibilidad de adaptarlo para hacer frente a la problemática de recursos humanos del momento y genere información exacta y puntual. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, los datos del SIRH se recopilan sistemáticamente en formularios de papel.

Puede que tal sistema funcione, pero en muchos casos el uso de sus datos está muy limitado. Aunque es posible localizar y consultar (con mayor o menor facilidad) los registros que representan una sola función o un solo individuo, en muchos casos no es factible utilizarlos eficientemente debido al gran esfuerzo que supondría actualizar o agregar los datos, a las dificultades para vincular los datos del nivel individual con los de otros registros, y a problemas de calidad de los datos, como registros incompletos, retrasos e incoherencias. En consecuencia, puede que los decisores no tengan acceso con la puntualidad y la precisión deseables a información crucial para formular estrategias eficaces en el ámbito de los recursos humanos para la salud (RHS). Por ejemplo:

- ¿Cuántos médicos y enfermeros se están formando y en qué especialidades?
- ¿Cómo se distribuyen los trabajadores sanitarios en las zonas urbanas y rurales?
- ¿Por qué los profesionales sanitarios están abandonando la rama de los servicios de salud?
- ¿Cuántos profesionales sanitarios no tienen empleo en este momento?

Conocer las respuestas a estas y otras preguntas clave para la formulación de políticas ayudará eficazmente a las instancias decisorias a:

- garantizar una oferta sostenida de profesionales sanitarios calificados;
- distribuir recursos humanos con las competencias adecuadas en los puestos y lugares pertinentes para satisfacer las necesidades de atención de salud;
- lograr que las capacidades y la experiencia de los trabajadores sanitarios permanezcan en el país.

Un SIRH maduro e integral vincula todos los datos sobre recursos humanos desde el momento en que los profesionales sanitarios se incorporan a la formación

previa al empleo hasta su salida de la fuerza laboral sanitaria. Utilizando este sistema, los decisores pueden hallar rápidamente las respuestas que necesitan para determinar los problemas relacionados con los RHS, planificar intervenciones eficaces y evaluarlas. Si el diseño, la gestión y el mantenimiento del SIRH son correctos, sus datos pueden representar una fuente de información poco costosa y, sin embargo, sumamente útil para el seguimiento y la evaluación del impacto de los cambios en las políticas sociales a nivel nacional y subnacional.

La experiencia de los países indica que aunque en muchos casos son menos exactos que los datos de censos o encuestas, sobre todo en las fases iniciales, con el tiempo los sistemas de datos de servicios de salud mejoran en exactitud (1). Un SIRH que funcione correctamente tiene una ventaja frente a las encuestas, y es que permite el seguimiento continuo de información detallada en muestras grandes, incluidos análisis geográficos subnacionales. Además, es de carácter longitudinal y capaz de registrar la dinámica del personal sanitario. Permite obtener información continua y actual sobre un mismo individuo durante periodos prolongados a un menor coste por dato. Gracias a los avances en la tecnología informática, vincular entre sí varias bases de datos administrativas es ahora más sencillo, menos costoso y más fiable que nunca (2).

Además, muchos países de ingresos bajos necesitan desarrollar su capacidad, tanto humana como técnica, para mejorar el uso de los datos del SIRH, lo que comprende la planificación, el diseño de programas informáticos, el apoyo y la gestión de infraestructuras, y la formulación de estrategias de uso y fortalecimiento de la información. La aplicación de una estrategia nacional integral debería basarse en los siguientes principios:

- un planteamiento participativo que integre desde el principio a interesados de diversos ministerios y sectores y refuerce la identificación con el sistema;
- un método de desarrollo iterativo que incorpore en la mayor medida posible los sistemas, instrumentos y procesos existentes a fin de reducir costes y acelerar la aplicación;
- un programa informático maduro, concebido para el contexto nacional y para dar respuesta a las principales cuestiones de políticas del país en materia de RHS;
- una especial atención al fortalecimiento de la capacidad, velando por la sostenibilidad y mejorando constantemente el sistema mediante la capacitación y el apoyo técnico;
- una labor continua de formación de los decisores en el análisis de los datos del SIRH y en su uso para la toma de decisiones fundamentadas en materia de RHS.

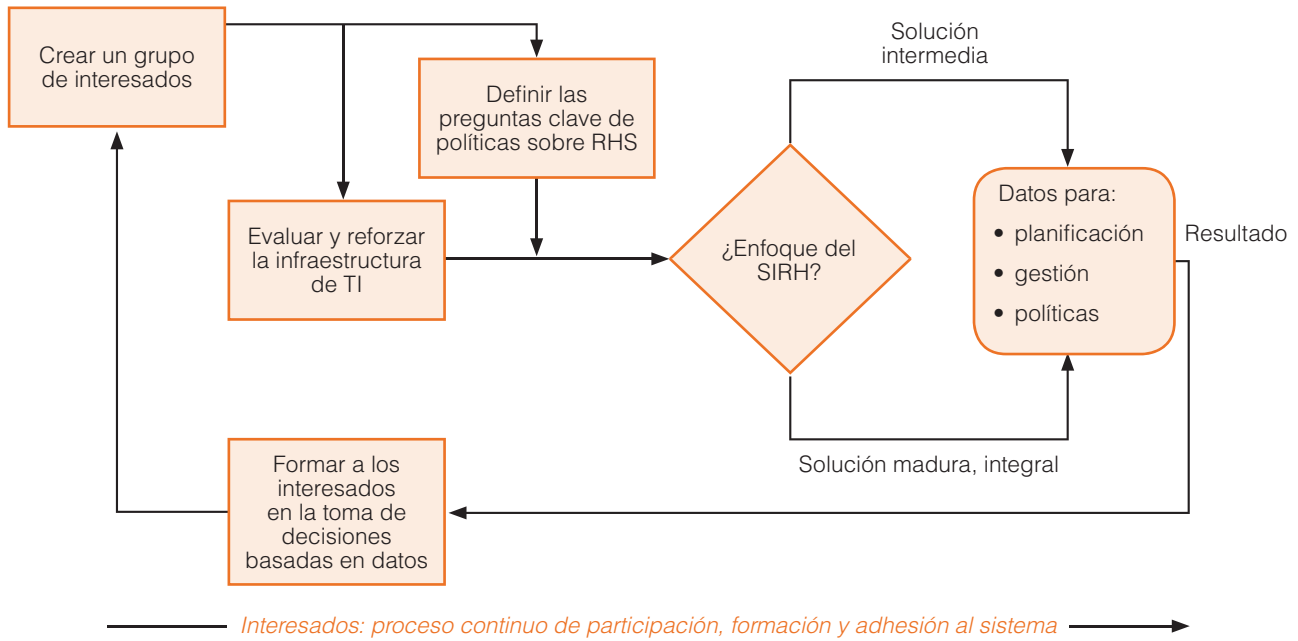
En este capítulo se ofrece una panorámica general de los principales elementos de una iniciativa integral de fortalecimiento del SIRH y de las enseñanzas extraídas de su aplicación hasta la fecha. Se comentan primero una serie de etapas fundamentales del desarrollo y el fortalecimiento de un SIRH completo y posteriormente se presentan varios estudios de casos basados en experiencias en algunos países de ingresos bajos y medianos.

9.2 Recomendaciones para las primeras etapas del desarrollo de un sistema de información sobre recursos humanos

En el desarrollo de un SIRH, lo que debemos tener presente ante todo es que, del mismo modo que los recursos humanos son una de las piedras angulares de un sistema de salud (3), el SIRH forma parte del sistema integral de información sanitaria. Y así como todos los aspectos del sistema de salud (lo que incluye la prestación de servicios en establecimientos y en la comunidad, el acceso a productos médicos, la financiación y la gestión) contribuyen al éxito de los trabajadores sanitarios y estos influyen en la funcionalidad del sistema, existe también una dependencia mutua y esencial entre el SIRH y los demás componentes del sistema de información sanitaria. En un sistema de información sanitaria maduro e integral, el SIRH será la fuente de datos de RHS de referencia obligada para todos los demás componentes, lo que deja patente hasta qué punto la integridad y el éxito del sistema de salud en su totalidad dependen de él.

El proceso teórico de desarrollo y fortalecimiento del SIRH consta de cinco etapas principales basadas en un planteamiento participativo (figura 9.1). En primer lugar se crea un grupo de liderazgo de interesados, o un grupo de trabajo nacional con participación de todos los interesados clave y dirigido por el ministerio de salud, y se identifican las principales preguntas de políticas relacionadas con los RHS. A continuación, el personal técnico del SIRH determina las necesidades centrándose en las infraestructuras disponibles (por ejemplo, las redes existentes, la conectividad a Internet y los programas informáticos) y los datos que ya estén recopilando los diversos ministerios, consejos y otras organizaciones. Una vez que el grupo de interesados se ha puesto de acuerdo en las preguntas y las infraestructuras, es el momento de personalizar las soluciones informáticas del SIRH para dar respuesta a las principales preguntas de políticas y gestión del personal sanitario del país. El resultado podría ser una solución intermedia o un sistema maduro (con varios componentes) capaz de apoyar los esfuerzos de

Figura 9.1 Marco para la institucionalización de un sistema de información sobre recursos humanos



Fuente: Capacity Project (1).

gestores y decisores por utilizar y analizar eficazmente los datos en aras de una toma de decisiones informada y llevada a cabo con confianza. En la fase de utilización de los datos se presta atención a la forma en que se emplean estos realmente en la toma de decisiones. Durante todo el proceso puede lograrse la sostenibilidad y la mejora continua del SIRH adiestrando al equipo del país y fortaleciendo su capacidad de apoyar, utilizar y mejorar el sistema de manera autónoma en el futuro.

9.2.1 Creación de un grupo de liderazgo de interesados

En la aplicación de un SIRH, una de las claves del éxito es la capacidad de responder a las necesidades internas del país. La creación de un grupo de liderazgo compuesto por todos los principales interesados que producen y utilizan información sobre los RHS ayuda a desarrollar un SIRH centrado en el país. Este grupo pondrá en marcha, dirigirá y supervisará todas las actividades orientadas a fortalecer el SIRH. El grupo de liderazgo habilita a los interesados para crear un SIRH que se ajuste a sus necesidades, garantiza la adhesión al sistema y crea la capacidad necesaria para apoyar, utilizar y mejorar el SIRH. Otra ventaja de incluir a los principales interesados es que con ello se abren canales de comunicación entre grupos de personas que habitualmente no se reúnen, lo que facilita la colaboración y el intercambio de datos.

El grupo de liderazgo de los interesados debería incluir a expertos en planificación y producción de personal sanitario y en sistemas de información. De la primera reunión deberían salir el mandato del grupo (por ejemplo: liderazgo, miembros, rendición de cuentas, misión, función y tareas) y los principios de funcionamiento de las reuniones (como la igualdad de todos los miembros, la necesidad de escuchar a todos los participantes y la necesidad de llegar a un consenso para que se tomen decisiones).

Tras decidir el mandato y los principios que regirán las operaciones, el grupo está listo para empezar a definir las principales preguntas sobre RHS que precisan respuesta y los indicadores que se aplicarán al seguimiento de la situación del personal sanitario a través del SIRH, y a abordar las cuestiones de confidencialidad y propiedad de los datos y de políticas de intercambio de estos. Para asegurarse el éxito y la usabilidad de su SIRH es fundamental que el país identifique esas preguntas y las haga suyas. Una vez que el grupo de interesados las haya definido, seguirá reuniéndose periódicamente para ofrecer orientaciones sobre el desarrollo de la infraestructura, la programación, la introducción de datos, la preparación de informes y el uso de datos en la toma de decisiones. Es particularmente importante abordar las cuestiones de confidencialidad y de propiedad de los datos desde el primer momento, ya que no suelen plantearse con los sistemas de información en papel y las consecuencias podrían ser graves de no estudiarse e instaurarse salvaguardias muy tempranamente.

En el SIRH intervienen muchos interesados. Ministerios, órganos de registro de profesionales, reconocimiento de títulos y concesión de autorizaciones para ejercer, organizaciones del sector privado y otros interesados trabajan juntos para lograr un SIRH maduro y completo que haga un seguimiento de los profesionales sanitarios desde su ingreso en la formación previa al empleo hasta su salida de la fuerza laboral sanitaria. Según el alcance del desarrollo del SIRH, puede que haya que incluir en el grupo de liderazgo de los interesados a los trabajadores de los puntos de prestación de servicios de establecimientos sanitarios para garantizar que los datos del nivel individual sigan siendo exactos y que los trabajadores tengan acceso a la información necesaria (por ejemplo, los ingresos directos del sueldo en sus cuentas bancarias). En cada etapa, el resultado más importante es que esté aumentando la adhesión al SIRH y se esté fortaleciendo la capacidad.

9.2.2 Desarrollo de la infraestructura

Pese al impulso que genera en muchos casos el grupo de liderazgo de los interesados, la experiencia nos dice que ningún país está preparado para desplegar de entrada un SIRH completo y maduro. Fortalecer el sistema de información siguiendo etapas planificadas reporta beneficios rápidos sin sobrecargar la infraestructura necesaria para dar respaldo al sistema. Los recopiladores de datos y los gestores, el personal de apoyo técnico y los responsables de la toma de decisiones deberían recibir formación en cada etapa, llegar a sentirse cómodos con el nuevo sistema y pasar a la etapa siguiente cuando estuvieran listos. En particular, deberían recibirla al actualizar la nueva información en cada etapa del ciclo de la vida laboral (por ejemplo, formación previa al empleo, nueva distribución de puestos, redistribución de puestos, migración, jubilación, fallecimiento).

En general, las mejoras de la infraestructura de tecnologías de la información existente pueden efectuarse en poco tiempo y muchas veces impulsan la eficiencia y la productividad. En este ámbito, las propuestas de mejora deberían basarse en una evaluación técnica y tener presentes soluciones de bajo coste que pueden reforzar con rapidez, pero notablemente, los sistemas y procesos existentes. Las mejoras recomendadas podrían consistir en adquirir ordenadores para los trabajadores que necesitan introducir datos en el sistema o acceder a ellos, perfeccionar las herramientas y los programas informáticos que se están utilizando actualmente, ampliar la capacidad de almacenamiento de datos, aumentar la capacidad de las conexiones de red para la transmisión de datos, o extender los servicios de apoyo técnico.

9.2.3 Etapas del desarrollo del SIRH

En función de su configuración actual, los sistemas de información sobre los RHS pueden fortalecerse siguiendo etapas iterativas. Una solución intermedia es cualquier solución provisional para gestionar los datos sobre RHS que se aplica mientras se está desarrollando un sistema maduro. Pueden aplicarse soluciones intermedias para permitirle al ministerio o el organismo de que se trate empezar rápidamente a introducir y gestionar sus datos sobre RHS. Dichos datos pueden luego trasladarse fácilmente a la solución madura cuando se disponga de ella y el usuario final esté preparado para aplicarla.

En los casos en los que sólo se disponga de un sistema basado en el papel puede crearse un registro electrónico. Si este ya existe, puede desarrollarse una base de datos sencilla. Y si ya hay tal base de datos, puede reforzarse o ampliarse progresivamente. Por ejemplo, podría darse el caso de que el sistema de base de datos estuviera tan desfasado y fuera tan poco fiable que los responsables de la formulación de políticas no pudieran gestionar los resultados. Una solución intermedia particularmente útil consiste en elaborar un breve formulario de encuesta para recopilar información mínima y exacta sobre los trabajadores sanitarios en el nivel de establecimientos e introducir los datos en un registro. Esos datos pueden servir para actualizar las bases de datos y devolver al sistema su operatividad. Otra importante solución intermedia podría ser el desarrollo de un SIRH sensible a la perspectiva de género.

La finalidad de este método iterativo de fortalecimiento es lograr que todos los programas de países u organismos puedan beneficiarse rápidamente de un proceso de fortalecimiento del SIRH sean cuales sean sus recursos. Además, el avance por etapas iterativas reduce el impacto de un cambio excesivo y excesivamente rápido al tiempo que garantiza que cada paso represente un avance hacia el objetivo de una solución completa y madura.

Cuando un país o una organización está preparado y dispone de la infraestructura y los sistemas de apoyo adecuados, puede aplicarse un completo conjunto de soluciones informáticas maduras para seguir toda la trayectoria de los proveedores calificados de servicios de salud desde su incorporación a la formación previa al empleo hasta su salida de la fuerza laboral sanitaria. Se precisan cuatro componentes para abordar los aspectos más importantes de la planificación, la producción y la gestión del personal sanitario:

- **Calificación.** Este componente se utiliza para recopilar y agregar datos sobre proveedores de servicios de salud calificados y acelera el proceso de generación de formularios ordinarios, como inscripciones

y autorizaciones para ejercer, o registros de los resultados de exámenes de competencia profesional, que antes eran manuscritos. Debe residir en la autoridad responsable del reconocimiento del título o de la concesión de autorizaciones para ejercer de cada estamento profesional sanitario, como médicos o enfermeros. En la mayoría de los países, tales autoridades son juntas o consejos. Esos datos son esenciales para que, en todo el país, las autoridades responsables de la contratación garanticen que sólo se contrate a profesionales sanitarios calificados, ya que en muchos países se registran falsificaciones de la documentación en papel.

- **Gestión.** Este componente registra información detallada sobre los trabajadores sanitarios asalariados del ministerio de salud, de un establecimiento sanitario del sector público, como un hospital, o de un punto de prestación de servicios del sector privado dentro del país. Además de la información individual sobre el destino, puede tener interés la relativa a evaluaciones del desempeño, medidas disciplinarias, jubilación, cambios de ocupación o nóminas.
- **Educación y formación.** La formación consta de dos componentes principales: (i) la formación previa al empleo, en la que se registra el nivel de instrucción y el campo de formación que conducen a la calificación para ejercer una ocupación sanitaria; y (ii) la formación continua y la capacitación en el empleo, que actualizan los conocimientos teoricoprácticos y las capacidades profesionales de los proveedores de servicios de salud. En algunos países se exige recibir formación continua para conservar la autorización para ejercer. Estos dos componentes de la formación pueden incluirse en el sistema de calificación o en el de gestión, o bien pueden constituir sistemas autónomos, en función de las necesidades del país.
- **Planificación.** Este componente utiliza los datos de cada uno de los otros sistemas junto con programas de modelización estadística para generar una panorámica completa del personal sanitario del país y elaborar proyecciones de los cambios que va a experimentar en el futuro (basándose en factores conocidos como la edad de jubilación, las tasas de pérdida de efectivos, los cambios de la población, las normas de dotación de personal, los patrones de morbilidad y otros). El componente de planificación y modelización del SIRH puede ayudar a los decisores a determinar sus necesidades en materia de personal sanitario y a tomar decisiones eficaces para atenderlas.

Juntos, estos cuatro componentes pueden proporcionar un poderoso circuito de información para analizar, planificar y gestionar los recursos y las necesidades en materia de personal sanitario. Si los cuatro utilizan el

mismo sistema básico de programación, arquitectura de bases de datos, y software y hardware de apoyo, una vez desplegado por completo uno de ellos, los otros pueden agregarse a un coste significativamente menor. Cada uno de los cuatro sistemas puede desplegarse de manera independiente o integrado con los programas informáticos que ya estén funcionando, a fin de que el país disponga de una solución personalizada y contextual que colme las lagunas que puedan haber dejado los sistemas existentes (1).

9.2.4 Apoyo al uso de los datos para una toma de decisiones eficaz

El objetivo principal de cualquier SIRH debería ser promover un mejor uso de los datos para impulsar una eficaz toma de decisiones dirigida a afrontar los retos diarios y a influir positivamente en las políticas y las prácticas relacionadas con los RHS. Sin embargo, les sería muy difícil a unas pocas personas estudiar detenidamente informes de datos para adoptar decisiones bien fundadas y vinculantes. Las formas de utilizar los datos para una toma de decisiones eficaz se basan en la participación activa de una amplia gama de interesados que trabajan juntos. También es fundamental conocer el contexto en el que se utilizan los datos para tomar decisiones.

En lugar de que un consultor externo suministre un programa de formación sobre utilización de datos en la toma de decisiones, todos los interesados nacionales deberían comprometerse a conocer cómo utilizan los datos actualmente, tanto a nivel individual como organizacional, y qué factores son importantes en su contexto para utilizarlos de manera eficaz. Estos son algunos de los métodos que se han aplicado en los países para mejorar el uso de los datos en la toma de decisiones:

- determinar cómo se utilizan los datos para apoyar una decisión, lo que ha llevado a elaborar estudios de casos sobre uso práctico de los datos;
- brindarles a los decisores oportunidades de enfrentarse a momentos críticos de toma de decisiones, para que puedan desarrollar sus capacidades utilizando datos auténticos en situaciones de la vida real;
- mejorar la comunicación entre los usuarios de los datos;
- identificar y aprovechar las oportunidades de mejorar el intercambio de datos entre diversos niveles de la organización y con otros interesados.

9.2.5 Métodos para garantizar la sostenibilidad y la mejora continua

Un sistema de información necesita apoyo y mejoras constantes para garantizar su máxima utilidad y sostenibilidad. Según el contexto y las necesidades del país, las estrategias de sostenibilidad comprenden

la recopilación continua de información de los interesados sobre la evolución de las necesidades en materia de datos y el despliegue de mejoras ajustadas a dichas necesidades. La participación temprana de los interesados en el diseño y la posterior aplicación del SIRH contribuye a que lo sientan como propio. En esta línea, el proceso de fortalecimiento del SIRH debería incluir la formación de los decisores y los interesados para que analicen y utilicen eficazmente los datos con miras a una toma de decisiones fundamentada y llevada a cabo con confianza. Además, la formación de los recopiladores de datos, del personal auxiliar del sistema y de sus gestores ayuda a mejorar la infraestructura tecnológica y la calidad e integridad de los datos. La calidad es de primordial importancia y debe hacerse hincapié en ella en cada etapa del proceso, desde la recopilación inicial de los datos hasta su análisis e interpretación.

Para que los datos puedan orientar la toma de decisiones han de ser exactos y completos. La normalización de los formularios de recogida de datos y de la codificación de estos puede facilitar el uso y mejorar la validez interna. Por otra parte, los procedimientos para reducir en lo posible los errores en la introducción de datos al transferirlos del papel a los formularios electrónicos pueden redundar en una mejor calidad de aquellos. La doble entrada de datos, en la que un registro se introduce en una base de datos electrónica en dos ocasiones distintas por dos personas diferentes, puede reducir los errores porque garantiza que las discrepancias en los datos se comparen con el documento original. Si la doble entrada resulta prohibitivamente cara o exige demasiado tiempo, puede utilizarse un sistema de verificación por muestreo en el que una lista de registros seleccionados al azar se coteja con los originales. Tanto la doble entrada como la verificación por muestreo permiten a los gestores de datos identificar, registrar y corregir los errores. Un registro de errores de los datos puede servir asimismo de punto de partida para posteriores mejoras de los métodos de formación o de los formularios de recopilación de datos, o para modificaciones de los programas informáticos.

También unas actualizaciones sistemáticas y fiables pueden mejorar la calidad de los datos, ya que garantizan que estos siguen siendo de interés para la planificación y la toma de decisiones. Pueden enviarse periódicamente (en formato electrónico o en formularios de papel) informes de datos desde el nivel central a los representantes provinciales o de distrito para su revisión y actualización. Del mismo modo, deberían establecerse procesos que faciliten el flujo de datos e informes entre el nivel central y los distritos, y entre los hospitales, los centros de salud y otros puntos de prestación de servicios. Este intercambio de información

le permite al SIRH dar cuenta con más precisión de los cambios en la fuerza laboral, como nuevas distribuciones, traslados, capacitaciones específicas en el empleo y salidas. El intercambio de datos no sólo mejora la exactitud, sino que también permite a los planificadores sanitarios de todos los niveles acceder a información valiosa para la formulación de políticas y la toma de decisiones administrativas. Además, permitir el acceso público a datos agregados del SIRH puede facilitar la planificación de los RHS y los estudios sobre ellos en diversos ámbitos, como las organizaciones no gubernamentales, la investigación académica y la formulación de políticas.

Aunque el intercambio de datos es esencial para mejorar su calidad y promover la toma de decisiones basada en pruebas científicas, también lo es preservar su seguridad. Los datos del SIRH comprenden información personal que debe mantenerse a buen recaudo para que se fortalezca la confianza en el sistema. Aplicar y cumplir una política de seguridad de los datos desde las primeras etapas del desarrollo del sistema de información ayudaría a garantizar su confidencialidad e integridad (recuadro 9.1) (4). El sistema puede estructurarse con varios niveles de acceso según las funciones del usuario. Por ejemplo, podría permitir a algunos usuarios introducir registros sin tener acceso a los informes; a otros, ver informes sin posibilidad de introducir o modificar datos, y a un tercer grupo de usuarios, acceder únicamente a informes agregados sin posibilidad de ver o modificar registros individuales. A todos los usuarios del SIRH debe suministrárseles una contraseña que se cambiará cada cierto tiempo, y se instalará un sistema que haga copias de seguridad de los datos a intervalos regulares.

Es preciso fortalecer las capacidades para apoyar, mantener y desarrollar sistemas de información computarizados. Esta parte de la estrategia podría incluir la creación de comunidades regionales de usuarios para facilitar la resolución de problemas e intercambiar mejoras del sistema, a ser posible en colaboración con instituciones educativas locales.

Aprovechar plenamente los resultados del SIRH para mejorar la planificación y gestión en los países en desarrollo exige un proceso de apoyo concertado. Cuando los responsables de la formulación de políticas y otros interesados clave logran acceder a mucha información sobre el personal sanitario, puede resultarles difícil ver aplicaciones para estos datos que no sean los habituales informes que antes generaban a partir de registros en papel. Además, la producción de datos del SIRH tiene lugar en un contexto de formulación de políticas muy politizado, en el que los cargos nombrados pueden cambiar con frecuencia (5). El uso de los datos en

Recuadro 9.1 Confidencialidad y seguridad de la información sobre RHS

El hecho de que se preste cada vez más atención a las oportunidades y limitaciones que representan los recursos humanos para el logro de los objetivos de los sistemas de salud está llevando a conceder mayor importancia a la recopilación de información que permita mejorar el desarrollo y el seguimiento de los RHS. Disponer de datos longitudinales, o de información recopilada en diferentes momentos a lo largo del tiempo, permite el seguimiento individual de la actividad de los trabajadores sanitarios en el mercado de trabajo y de otros sucesos importantes de su vida laboral, apoyando con ello la toma de decisiones basada en pruebas científicas para la formulación de políticas y programas dirigidos a momentos clave del ciclo de vida laboral.

La información a nivel de proveedores cobra aún mayor importancia cuando se utiliza para la formulación de estrategias de desarrollo de los recursos humanos o el seguimiento de la prestación de servicios sanitarios. Ello exige sistemas de información (electrónicos o en papel) que garanticen la confidencialidad de los datos de los trabajadores sanitarios y, sin embargo, permitan un acceso relativamente fácil a la información tanto a nivel individual como agregado. Los sistemas en funcionamiento también deben hacer frente a los problemas de disponibilidad.

Debe buscarse un equilibrio entre el uso de datos personales para alcanzar los objetivos de los sistemas sanitarios y el derecho de las personas a la privacidad y la confidencialidad, y dicho uso debería basarse en los principios de los derechos humanos.

Cuando se desarrollan nuevos métodos de protección de datos, debe hacerse una distinción entre la protección física de la información para salvaguardarla de amenazas ambientales y la protección que se necesita para evitar un uso inapropiado de información confidencial, tanto si se lleva a cabo voluntaria como involuntariamente.

Existen tres conceptos interrelacionados que se aplican cada uno de distinto modo e influyen en el desarrollo y la puesta en práctica de la protección de la información sensible: la privacidad, la confidencialidad y la seguridad.

La **privacidad** es un concepto jurídico y ético. Desde el punto de vista jurídico, hace referencia a la protección legal que se le concede a un individuo para que pueda controlar tanto el acceso a su información personal como el uso de esta; constituye el marco general en el que se aplican los conceptos de confidencialidad y seguridad.

La **confidencialidad** hace referencia al derecho de las personas a la protección de sus datos durante las fases de almacenamiento, transferencia y uso, a fin de evitar que se revele esta información a terceros sin autorización. En la formulación de políticas y procedimientos de confidencialidad debería debatirse el correcto uso y difusión de los datos de los trabajadores sanitarios, teniendo en cuenta sistemáticamente las cuestiones éticas y jurídicas tal y como se definen en las leyes y reglamentos sobre privacidad.

La **seguridad** se concreta en un conjunto de mecanismos técnicos que cubren aspectos físicos, electrónicos y procedimentales de la protección de la información recopilada en el SIRH. Debe ocuparse de proteger los datos, para que no sean revelados deliberada o involuntariamente, y de que no dejen de estar accesibles por fallos del sistema o errores del usuario.

Fuente: Adaptado de ONUSIDA (4).

la toma de decisiones implica a los principales interesados en un procedimiento práctico y participativo en el que utilizan, interpretan y aplican la nueva información del SIRH al tiempo que analizan qué capacidad es preciso desarrollar para llevar a efecto cambios en el plano individual, organizacional y de políticas. Ello puede suponer el intercambio de datos e informes

de los que ya se dispone y el adiestramiento en las diversas maneras de interpretar la información y de presentar las pruebas eficazmente para dar respuesta a preguntas fundamentales de políticas. El hecho de que los principales interesados presenten sus propios datos a sus homólogos contribuye a fortalecer la adhesión al sistema y la confianza en el uso de estos datos

para orientar las decisiones de gestión y políticas. La fase final consiste en elaborar un plan para difundir regularmente estos datos del SIRH, basado en el ciclo de presentación de informes del país.

9.3 Estudios de casos de países

Se presentan tres ejemplos de las labores de desarrollo, fortalecimiento y evaluación del SIRH en tres países de ingresos bajos y medianos: Uganda, el Sudán y el Brasil.

9.3.1 Desarrollo de un sistema de información sobre autorizaciones para ejercer profesiones sanitarias en Uganda

En Uganda, el Ministerio de Salud (6) y cuatro consejos de reglamentación de profesiones sanitarias, entre ellos el Consejo de Enfermería y Partería, necesitaban información actualizada y fiable sobre el número de profesionales de cada estamento que estaban autorizados a ejercer en el país, la formación que habían recibido, y si iban a abandonar la fuerza laboral sanitaria y, en caso afirmativo, por qué. Hasta hace poco tiempo, aunque funcionaba un complejo sistema de formularios en papel, no había forma de agregar o analizar la información, y era difícil incluso localizar la dirección actual de un determinado enfermero o la información sobre su autorización para ejercer.

Se constituyó un grupo de liderazgo de los interesados compuesto por representantes de varios departamentos del Ministerio de Salud, las cuatro asociaciones profesionales que expiden autorizaciones para ejercer, instituciones de formación y organizaciones no gubernamentales, así como consultores en sistemas de información y planificación del personal sanitario de Capacity Project (1), iniciativa mundial de desarrollo de los RHS financiada por Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El objetivo era elaborar un sistema de información sobre inscripciones y autorizaciones para ejercer que siguiera la trayectoria de todos los profesionales sanitarios desde su ingreso en la formación previa al empleo hasta su salida de la fuerza laboral sanitaria. Una de las primeras actividades del grupo de interesados consistió en identificar las principales preguntas de políticas que quería que se abordaran en relación con el personal de enfermería y partería, a fin de que el primer paso del fortalecimiento del SIRH pudiera centrarse en la generación de informes periódicos para dar respuesta a dichas preguntas.

Se mejoraron las infraestructuras de la red y de los equipos informáticos en el Consejo de Enfermería y Partería de Uganda, el órgano de reglamentación que autoriza a ejercer a los profesionales de la enfermería y

la partería que trabajan en el país. Se instaló una aplicación informática de código abierto llamada *iHRIS Qualify*, que es una base de datos sobre formación, reconocimiento de títulos y concesión de autorizaciones para ejercer (7). «Código abierto» es la denominación que se aplica a los programas informáticos distribuidos bajo una licencia que permite a cualquier persona estudiar, copiar y modificar el código fuente (es decir, el conjunto de instrucciones que crea un programa informático) y redistribuir el *software*, modificado o no, sin restricciones y sin necesidad de pagar un canon de licencia. Esto significa que los productos pueden distribuirse a un coste mínimo y los usuarios pueden seguir utilizando y mejorando sus sistemas sin tener que pagar onerosos cánones de licencia o tasas de actualización. El software de código abierto tiene algunos inconvenientes, en particular, la posibilidad de que el apoyo a los usuarios deje que desear en los países con escasez de personal competente en nuevas tecnologías de información y comunicaciones, y la falta de responsabilización en caso de que el programa tenga problemas o se produzca un acceso no autorizado. En contrapartida, el uso de programas de código abierto tiene la ventaja de fomentar el desarrollo de *software* en su contexto, y a menudo representa la alternativa menos costosa cuando hay una base de personal con competencias informáticas en el país o, mejor aún, en el sistema de salud. También es posible recurrir a la comunidad mundial de apoyo al código abierto que se ha desarrollado en torno a estas tecnologías para prestar asistencia y mejorar los sistemas de manera voluntaria. Esto puede ser muy ventajoso para ayudar a los usuarios a encontrar respuesta a sus dudas, solucionar problemas de *software* e incluso desarrollar nuevos módulos. El resultado es un sistema completamente «a medida» (pero aun así de bajo coste) que puede crecer y cambiar con el tiempo.

En el contexto de Uganda, se constituyeron equipos para programar y distribuir el *software*. Primero se introdujeron todos los registros históricos del Consejo de Enfermería y Partería de Uganda, seguidos de los registros de los otros tres organismos de concesión de autorizaciones para ejercer –de médicos y odontólogos, de farmacéuticos y de profesionales de salud aliados–. Se incorporaron controles de calidad a los procedimientos de introducción y procesamiento de datos, en particular la asignación a cada persona de un número de identificación único dentro de cada estamento profesional y en el conjunto de ellos para evitar posibles sesgos como el doble recuento (por ejemplo, cuando un profesional sanitario tiene más de un tipo de formación), y un sistema de doble entrada de datos para garantizar la exactitud de estos y permitir la detección de problemas en dicha entrada. Otro método utilizado para validar los datos consistía en solicitarle a cada

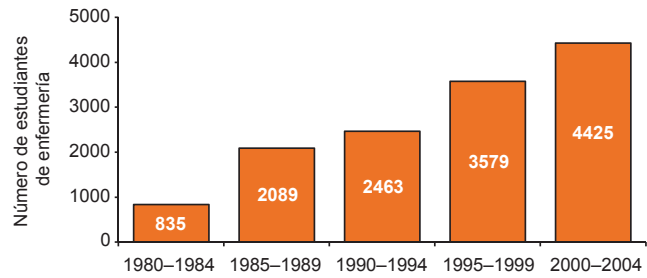
trabajador sanitario, en el momento de entrar en el consejo correspondiente, que sobre una copia impresa de su ficha electrónica confirmara su contenido y actualizara cualquier dato que pudiera haber cambiado. Este proceso mantiene la base de datos actualizada y ayuda a que los profesionales sanitarios comprendan la importancia de que los datos sean exactos.

Las tres figuras siguientes ofrecen ejemplos del tipo de información que puede estudiarse con la base de datos, tomando los registros administrativos de todos los estudiantes de enfermería y partería que iniciaron su formación entre 1980 y 2004. En la figura 9.2 se muestra el aumento de las matriculaciones en programas de formación en enfermería y partería durante ese periodo.

En la figura 9.3 se presentan los resultados al término de los programas de formación y la titulación profesional de los estudiantes de enfermería y partería de Uganda. De los 21 888 estudiantes que iniciaron la formación entre 1980 y 2004, sólo la terminaron y se presentaron al examen 17 297. De los que lo aprobaron, 16 658 reunían las condiciones para inscribirse en el Consejo de Enfermería y Partería, y lo hicieron 14 637 –aproximadamente las dos terceras partes de los que iniciaron la formación–. Estos datos se están utilizando, entre otras cosas, para garantizar que el personal de enfermería y partería contratado esté registrado en el Consejo de Enfermería y Partería de Uganda, lo que se consigue concediendo a las autoridades centrales y de distrito acceso restringido al SIRH para que comprueben si los solicitantes de puestos profesionales cumplen los requisitos del consejo.

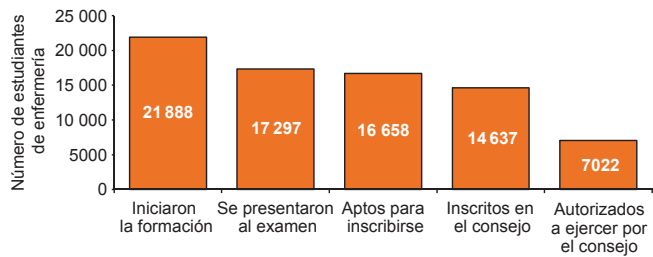
En la figura 9.4 se identifica la ubicación de las escuelas de enfermería por distritos y se muestra en cuáles de ellos se daban las mayores proporciones de

Figura 9.2 Número de estudiantes que ingresaron en programas de formación de enfermería (para obtener la calificación de enfermero habilitado o titulado) en Uganda, 1980–2004



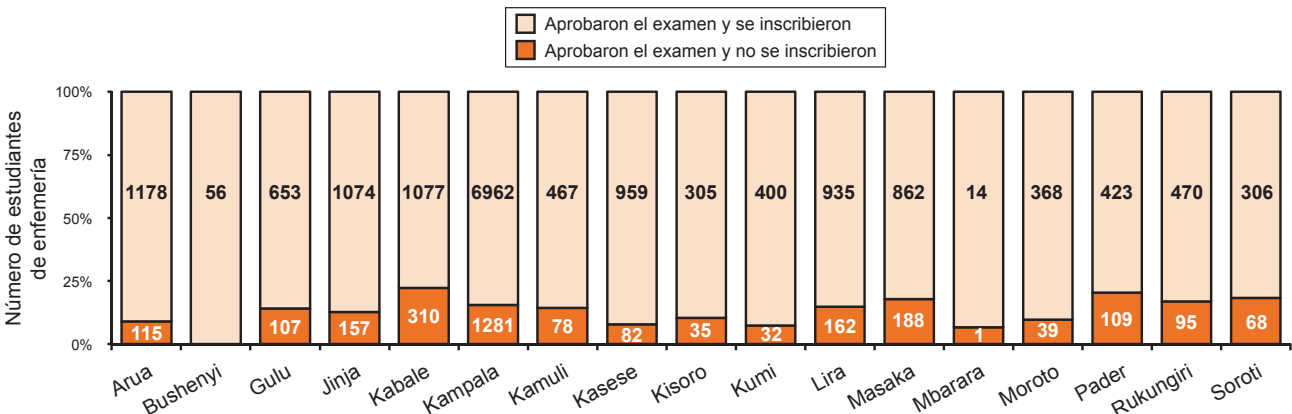
Fuente: Capacity Project (1).

Figura 9.3 Número de estudiantes de enfermería que comenzaron la formación entre 1980 y 2004, se presentaron al examen para obtener la autorización de ejercicio profesional, eran aptos para inscribirse, se inscribieron y obtuvieron la autorización de ejercicio del Consejo de Enfermería y Partería de Uganda



Fuente: Capacity Project (1).

Figura 9.4 Número y porcentaje de estudiantes de enfermería que aprobaron el examen para obtener la autorización de ejercicio profesional y se inscribieron en el Consejo de Enfermería y Partería de Uganda, por distrito académico (ingresos entre 1980 y 2001)



Fuente: Capacity Project (1).

alumnos que, tras aprobar el examen de habilitación para ejercer, se inscribieron en el registro y en cuáles los alumnos tenían más dificultades para inscribirse. Por ejemplo, el 18% de los enfermeros y parteros que estudiaron en el centro de formación del distrito de Kampala y aprobaron el examen, y el 11% de los formados en el distrito de Kisoro, no se inscribieron en el Consejo. En cambio, todos los enfermeros y parteros que se formaron y aprobaron el examen en el distrito de Bushenyi se inscribieron.

Desde el punto de vista de las políticas, estos datos tienen importantes implicaciones relativas al hecho de dedicar a la formación de profesionales sanitarios unos recursos nacionales escasos que se despilfarran si estas personas no completan la formación o no se inscriben en el organismo de reglamentación competente. Asimismo, llevan a cuestionarse la selección de los estudiantes y el proceso de examen. Si los responsables de formular las políticas y los planificadores ignoran cuántos de estos estudiantes no terminan la formación, no sabrán cómo presupuestar o planificar la formación o la distribución de los trabajadores sanitarios para satisfacer las necesidades del país. Por otra parte, estos datos ayudan a los educadores, los consejos profesionales y diversos ministerios a detectar posibles problemas en las primeras etapas, marcar objetivos prioritarios para las intervenciones, ofrecer orientaciones acerca de dónde se necesitan más labores de investigación y seguimiento, y a señalar los factores que han sido importantes para obtener resultados positivos de los que los interesados pueden extraer enseñanzas.

Basándose en los resultados comentados, se elaboró en Uganda una recomendación para investigar más detenidamente las causas de las altas tasas de fracaso entre los estudiantes de enfermería y partería y proponer medios de afrontar el problema (8). Se organizó una reunión interministerial de interesados para abordar algunas de las cuestiones relativas al examen del personal de enfermería para su inscripción en el Consejo de Enfermería y Partería.

9.3.2 Institucionalización de un marco de seguimiento del personal sanitario en Sudán

En los últimos años se han aplicado en el Sudán una serie de estrategias e iniciativas orientadas a mejorar el rendimiento del sistema sanitario, entre ellas, estrategias para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos internacionales, regionales y nacionales de reducción de la pobreza y mejora de la salud de la población. En esta línea, el Ministerio Federal de Salud del Sudán acordó llevar a cabo un estrecho seguimiento del desempeño institucional de los principales

departamentos y programas en todos los niveles (9, 10). En colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el ministerio preparó una completa matriz de seguimiento y evaluación del desempeño del sistema sanitario adaptada al contexto nacional. Se basaba en información de referencia y, para cada indicador acordado, fijaba unas metas periódicas con las que iban a compararse los datos del sistema de información para hacer un seguimiento de los avances. Comprendía tres secciones principales:

- indicadores globales, como los relacionados con la cobertura del sistema de salud y la densidad del personal sanitario;
- indicadores específicos de enfermedades, como los relativos al VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis;
- indicadores específicos de departamentos o de programas.

Con el fin de garantizar la adhesión nacional, el Ministerio de Salud asumió el liderazgo, especialmente durante la puesta en marcha y la institucionalización del sistema de información. Se solicitó no sólo a expertos de prestigio internacional sino también a otros asociados y representantes de la comunidad que participaran en todo el proceso de desarrollo y evaluación. Aunque el subsecretario del Ministerio de Salud actuó como promotor de todo el proceso, se encargó al Departamento de Planificación Sanitaria la creación de una nueva unidad de seguimiento y evaluación institucional con personal profesional y auxiliar a tiempo completo. Se trazó un perfil detallado de la unidad, incluidos los mandatos operacionales del equipo central y de los subnacionales.

Cada departamento y programa principal seleccionó unos coordinadores para que asumieran la responsabilidad de la aplicación de sus respectivos planes de seguimiento y evaluación de conformidad con los indicadores, las referencias de partida y las metas pertinentes. En particular, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos puso en marcha un plan anual específico de seguimiento y evaluación para supervisar las principales dinámicas de las variables de los RHS, como las relacionadas con la entrada en la fuerza de trabajo, la etapa laboral y la salida. El objetivo era crear un sistema sostenible de información y seguimiento para actualizar, verificar y analizar con puntualidad y regularidad los datos sobre la dinámica del personal sanitario. El plan se basó en la estrategia nacional de 10 años de desarrollo de los RHS y otras iniciativas conexas. Se revisó exhaustivamente el plan de seguimiento y evaluación, se debatió y fue aprobado por una gama muy diversa de funcionarios del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y por el subsecretario del Ministerio de Salud.

En las reuniones departamentales de revisión del desempeño celebradas mensualmente se presentaban informes especiales de seguimiento y evaluación de los RHS que incluían los progresos realizados y la identificación transparente de las áreas que requerían mejoras. Aunque esos informes no abordaban cuestiones mundiales tales como la retención y la migración, sí hacían un seguimiento de la contratación, la distribución, los traslados, las salidas, las oportunidades de recibir formación previa al empleo y capacitación durante este, y el cumplimiento de los planes de incentivos basados en el desempeño. Una vez examinados y aprobados por el departamento, se exponían gráficas murales en cada unidad departamental con las variaciones estadísticas mensuales. Los datos sobre las actividades de seguimiento y evaluación relacionadas con los RHS se utilizaron también para elaborar el informe estadístico anual del ministerio en su conjunto.

La experiencia del Sudán se componía de una serie de medidas prácticas para el desarrollo y la institucionalización del sistema de información y seguimiento de los RHS, entre ellas:

- una estrategia de masa crítica: actividades de promoción para sensibilizar sobre la crucial importancia del SIRH y lograr el compromiso político;
- la adhesión y el liderazgo institucionales: constitución de equipos multidisciplinarios guiados por una autoridad nacional;
- el consenso sobre un conjunto limitado de indicadores básicos adaptados al contexto del país, lo que incluye referencias de partida y metas de desempeño explícitas.
- la adopción de medios electrónicos: distribución de programas informáticos fáciles de usar para el seguimiento de los avances;
- el perfeccionamiento y la adaptación local de los métodos: flexibilidad para mejorar el sistema de información y adaptarlo o readaptarlo a los cambios del contexto local del personal sanitario;
- la formación del personal nacional de desarrollo de recursos humanos y de los coordinadores del seguimiento y la evaluación en el análisis, la difusión y el uso de los datos, así como en habilidades básicas relacionadas con las tecnologías de la información;
- la difusión transparente de la información generada por el sistema, lo que incluye sesiones periódicas de difusión entre los principales interesados, orientadas a obtener aportes y a generar el máximo consenso posible.

En el cuadro 9.1 se presentan algunos resultados del sistema de información y seguimiento de RHS del Sudán. En relación con ellos, es crucial que el análisis del seguimiento y la evaluación vaya unido a la resolución de problemas y al desarrollo estratégico de los RHS: no tiene sentido invertir en un complejo sistema de información si los resultados sólo se utilizan para

Cuadro 9.1 Algunos indicadores y metas de desempeño del sistema de información y seguimiento del personal sanitario en Sudán, 2006–2007

Indicador	Periodo	Meta	Resultado	Déficit	Tasa de cumplimiento	Medidas de rectificación propuestas
1. Número de médicos recién graduados que se incorporan puntualmente a la residencia de especialización	1T/2007	750	750	0	100%	El sistema de distribución ha mejorado considerablemente desde que, en 2006, pasó a ser electrónico a través de Internet; el tiempo máximo de espera es de 3 meses.
2. Número de visitas de supervisión a residentes en tres hospitales identificados utilizando la lista de comprobación aprobada de control de calidad	1T/2007	10	3	7	30%	La tasa de cumplimiento es demasiado baja; deberá discutirse en las próximas reuniones de revisión del personal o el desempeño del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. Debe hacerse un esfuerzo por notificar resultados cualitativos, no sólo cuantitativos.
3. Número de especialistas médicos distribuidos en zonas subatendidas	1T–4T, 2006	12	7	5	58%	Revisar el sistema de incentivos implantado recientemente y recomendar modificaciones para atraer a más especialistas a trabajar fuera de la capital.

Fuente: Ministerio Federal de Salud de la República del Sudán.

supervisar la aplicación. Es indispensable que el sistema incluya mecanismos para determinar qué áreas necesitan mejoras y llevar estas a cabo.

9.3.3 Evaluación de un sistema de información y gestión de los RHS en el Brasil

En el Brasil se creó el sistema de información y gestión de RHS (*sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde*, o SIGRHS) en el contexto de la reforma del sistema sanitario. Se concibió como un instrumento para recopilar, procesar y utilizar datos primarios que fueran de interés para la planificación y la gestión del personal sanitario. La finalidad del sistema era orientar a los gestores sanitarios regionales y locales para que tomaran mejores decisiones con relación a su personal. Este SIRH, propuesto en 1987 por el Departamento de Salud del Estado de Río de Janeiro y llevado a la práctica por el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, se ha actualizado, modificado y evaluado permanentemente en respuesta a las demandas locales y aprovechando las innovaciones de las tecnologías de la información. En particular, el desarrollo de nuevas aplicaciones informáticas fáciles de usar simplificó las operaciones de entrada de datos a nivel local y permitió incluir variables cuantitativas y cualitativas sobre gestión de los RHS.

El SIRH contiene datos procedentes de la documentación administrativa de instituciones de diversos niveles y tipos. La recopilación y la entrada de datos se llevan a cabo mediante plantillas normalizadas. Los elementos básicos registrados por el sistema comprenden características sociodemográficas de los trabajadores sanitarios, calificaciones profesionales y variables laborales, como puesto de trabajo, sector de empleo y horas de trabajo. Estos elementos de información permiten trazar un perfil de la fuerza laboral sanitaria, por ejemplo, la distribución por edad, sexo y nivel de instrucción. Pueden utilizarse para evaluar, entre otras cosas, la combinación de capacidades del personal sanitario y su distribución entre los diversos tipos de funciones profesionales, establecimientos sanitarios y regiones. La actualización periódica de los datos permite, asimismo, estimar las tasas de pérdida de efectivos laborales. Las principales fuentes de datos son las listas de personal y las nóminas de los servicios públicos de salud. Dada la naturaleza confidencial de estos datos, un equipo técnico supervisa el nivel de acceso (parcial o total) a la información contenida en el sistema para su uso en investigaciones.

El uso de datos administrativos ofrece muchas ventajas sobre otros tipos de fuentes estadísticas ordinarias. Tradicionalmente, en el Brasil, la información sobre

RHS procedía de bases de datos de gran escala compiladas por diversos organismos nacionales para una serie de objetivos. Comprenden el censo decenal de población, las encuestas de hogares por muestreo, que incluyen la encuesta mensual de población activa, y las encuestas de establecimientos de salud llevadas a cabo por la Oficina Central de Estadística (11). Otras fuentes de información sobre el mercado de trabajo formal son los diversos registros del Ministerio de Trabajo sobre puestos de trabajo, salarios, contrataciones y despidos, y los de ocupaciones específicas recopilados por los sistemas de inscripción de asociaciones, sindicatos y consejos profesionales (12). Sin embargo, estas fuentes tienden a ser fragmentarias y en muchos casos no pueden utilizarse directamente para orientar las prácticas y estrategias de gestión a nivel local, sobre todo en el sector sanitario.

El proceso de reforma y descentralización del sistema sanitario y la disponibilidad de nuevas tecnologías de la información en el nivel de las organizaciones sanitarias locales fueron los catalizadores de la aplicación del SIRH en el Brasil. Con el fin de evaluar el éxito del mantenimiento y la consolidación del sistema, y el uso de la información como instrumento de planificación y gestión, se llevó a cabo una encuesta en colaboración con la Universidad del Estado de Río de Janeiro que calibró la aplicación del SIRH y su desempeño. Se preparó un instrumento basado en un marco de evaluación del proceso de aplicación y que abarca tres componentes fundamentales de la rendición de cuentas de las políticas y los programas sanitarios: el nivel administrativo, el político y el comunitario (13, 14). La encuesta se administró a diversos interesados del país mediante visitas a los centros y entrevistas semiestructuradas. Sus objetivos concretos consistían en:

- determinar los diversos tipos y grados de implicación de los actores correspondientes en la aplicación y utilización del SIRH;
- identificar las oportunidades y las restricciones para la integración de información adicional en el ámbito de la gestión de los RHS, en particular la información cualitativa;
- evaluar el grado de satisfacción de los gestores de servicios de salud con el uso de la información contenida en el SIRH;
- describir la utilización de la información generada por el SIRH por parte de otras organizaciones dentro y fuera del sector sanitario.

Se evaluó el nivel de desempeño del SIRH mediante una serie de criterios como la cobertura, la integridad, la calidad, la puntualidad y la regularidad de utilización (cuadro 9.2) (15). Se consideró alto en el 45% de los centros encuestados, intermedio en el 33% e insuficiente en el 22% restante. Aunque no se incluyó

Cuadro 9.2 Algunos indicadores, y sus correspondientes criterios, utilizados para evaluar el desempeño del sistema de información y seguimiento de los RHS en Brasil

Indicador	Posibles respuestas sobre el nivel de desempeño		
	Alto	Intermedio	Bajo
Cobertura de la aplicación del SIRH entre los servidores registrados en la red pública de servicios de salud	Al menos el 90% de los servidores registrados	Entre el 70 y el 90% de los servidores registrados	Menos del 70% de los servidores registrados
Integridad de las fuentes de información en el SIRH	Recopilación de datos de fuentes primarias y campos completos	Se utilizan fundamentalmente fuentes de datos secundarias, con al menos una revisión de fuentes primarias	Recopilación/compilación incompleta de datos
Productividad de la aplicación del SIRH	El primer informe de difusión se publica menos de 3 meses después de recopilar los datos	El primer informe de difusión se publica entre 3 y 6 meses después de recopilar los datos	El primer informe de difusión se publica más de 6 meses después de recopilar los datos o no se publica
Regularidad de la aplicación del SIRH	La recopilación de datos se actualiza regularmente	La recopilación de datos se actualiza ocasionalmente o cuando se solicita	No se actualiza la recopilación de datos
Regularidad de la utilización del SIRH	Se publican regularmente informes de difusión, hasta 4 en los últimos 4 meses o cuando se solicitan	No se publican regularmente informes de difusión, pero se ha publicado al menos uno en los últimos 6 meses	No se publican informes de difusión

Fuente: Pierantoni (15).

explícitamente una evaluación de las características técnicas y el funcionamiento del programa informático del SIRH, los resultados de la encuesta sí reunieron información sobre la facilidad de uso del instrumento que orientó ulteriores actualizaciones.

El cuadro 9.3 presenta algunos resultados relativos al impacto institucional de la aplicación del SIRH en el Brasil (15). Dada la descentralización de la gestión del sistema sanitario en este contexto, no se preveía que hubiera homogeneidad en las necesidades de información relativas a los RHS, en las expectativas respecto al SIRH, en las capacidades para aplicar y utilizar el sistema ni en las respuestas a su evaluación. Sin embargo, los resultados indican una orientación general positiva en la utilización de la información sobre el personal sanitario en las diversas situaciones. La necesidad de contar con una información muy completa para la gestión de los RHS y los sistemas sanitarios se impone incluso en circunstancias en las que las que el desempeño en la aplicación del propio sistema de información es muy deficiente.

Recientemente, y a petición del Ministerio de Salud del Brasil (16), se ha actualizado el sistema para incorporar información más detallada sobre la formación de los trabajadores sanitarios, incluido el número de

graduados de programas de formación sanitaria avanzada. A través de Internet se han puesto a disposición de los interesados un *software* nuevo (*sistema de informação sobre a graduação em saúde*, o SIGRAS) y la última versión del paquete SIGRHS (17) (véase también el recuadro 9.2). Estos programas de libre acceso, adaptables y en versión web o de red local, deberían contribuir a facilitar la integración de datos procedentes de establecimientos de salud locales con otra información sobre procesos de producción y gestión de RHS, reducir los costes operativos, fortalecer la difusión y el uso de los datos, y ampliar la base de pruebas científicas para orientar la toma de decisiones en los cambios de gestión dentro de las organizaciones.

.....
9.4 Conclusiones

Al hilo del creciente interés por fortalecer los sistemas de salud, y en particular el funcionamiento de sus importantísimos recursos humanos, la necesidad de documentar y analizar las tendencias y los resultados relativos al personal sanitario está pasando a formar parte de la agenda nacional y mundial de seguimiento del desempeño de dichos sistemas. Instalar y mantener un SIRH operativo a nivel nacional, regional y mundial no es fácil, pero sí factible gracias al compromiso

Cuadro 9.3 Algunos indicadores y resultados de la evaluación del impacto institucional del sistema de información y gestión de los RHS en el Brasil

Indicador	Resultado previsto	Posibles respuestas sobre el impacto institucional		Resultados de la encuesta (n=9 centros)
		Sí	No	
Utilización de la información contenida en el SIRH en los procesos de planificación y gestión de los RHS	Mejoras en los procesos de planificación, gestión y capacidad de los RHS	La aplicación del SIRH ha influido en tres o más de los procesos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – calificación profesional; – planificación de la fuerza laboral; – creación de equipos; – formación continua; – planes de dotación de personal, desarrollo profesional y remuneración; – descentralización de la gestión de los RHS. 	La aplicación del SIRH no ha modificado los procesos de gestión de los RHS	Sí=100%
Utilización de la información contenida en el SIRH en los procesos de gestión del sistema sanitario a nivel local	Inducción a llevar a cabo innovaciones o reformulaciones de los procesos de gestión en sistemas de salud descentralizados	La aplicación del SIRH ha influido en uno o más de los procesos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – reestructuración de los servicios de salud locales; – integración de la información sobre RHS en otras bases de datos del sistema de salud; – aplicación de programas para la mejora del desempeño. 	La aplicación del SIRH no ha modificado la gestión del sistema de salud.	Sí=78%

Source: Pierantoni (15).

político y al dinámico empeño de muchos países por formular políticas basadas en pruebas científicas para avanzar en la superación de la problemática de los RHS. El desarrollo y la sostenibilidad de un SIRH integral que ayude a orientar la toma de decisiones es una cuestión de liderazgo, financiación, educación, establecimiento de alianzas y gestión (18).

En muchos países, y en particular en sus ministerios de salud, crece la demanda de indicadores bien definidos y de datos de alta calidad para supervisar permanentemente la situación del personal sanitario y evaluar resultados. Sin embargo, estos países no buscan sólo una tecnología y una asistencia técnica de vanguardia, con atractivos manuales y directrices, sino opciones prácticas y métodos fáciles de usar para el seguimiento de la compleja dinámica del personal sanitario. Un marco genérico y conceptualmente sólido para la aplicación del SIRH no es ni útil ni suficiente. La experiencia sobre el terreno demuestra que la idea de «un

marco único para todos» no es la solución, toda vez que el contexto del personal sanitario es singular en cada país.

Al mismo tiempo, este capítulo ha identificado en las experiencias de diversos países y las enseñanzas extraídas de ellas una serie de elementos comunes que son cruciales para desarrollar un SIRH operativo y viable, que funcione eficazmente y resulte sostenible dentro del sistema general de información sanitaria.

En primer lugar, aunque a lo largo del proceso habrán de participar otros asociados y representantes locales, debe ser el ministerio de salud el responsable de crear e institucionalizar el sistema de información. Además, la preparación institucional es una de las condiciones más importantes para lograr un SIRH funcional y sostenible. Reunir a todos los interesados del SIRH, en muchos casos por vez primera en la misma sala, garantiza el intercambio de información y ayuda

Recuadro 9.2 Aplicación y uso del sistema de información SIGRHS para la gestión de los RHS en Guinea Bissau

El Ministerio de Salud Pública de Guinea Bissau adoptó el sistema SIGRHS de información y gestión de RHS en el marco de una alianza entre el Ministerio de Salud del Brasil y la Organización Mundial de la Salud para apoyar el uso de sistemas de información en el desarrollo del personal sanitario de los Estados Miembros de la organización PALOP (Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa).

Para aplicar el programa informático SIGRHS a la recopilación, el almacenamiento y el análisis de los datos en Guinea Bissau hubo que adaptar el sistema a las especificidades locales. La nueva configuración se basó en la organización administrativa del sistema de salud del país, la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública, la identificación y distribución de los establecimientos y servicios de salud a nivel de distrito, los puestos y la ubicación de los trabajadores sanitarios, y la estructura del sistema educativo para la producción de proveedores de servicios de salud calificados.

También hubo que cargar unos 2400 registros correspondientes a declaraciones de dotación de personal de establecimientos a partir de su formato anterior en una simple hoja de cálculo (archivo de Excel). La incorporación de estos primeros datos al SIGRHS adaptado permitió elaborar informes preliminares y trazar un primer perfil del personal sanitario. Los resultados mostraron que la fuerza laboral sanitaria del sector público de Guinea Bissau se compone en su mayor parte de trabajadores con bajo nivel de instrucción; sólo el 11% tienen formación de nivel universitario. La mayoría de los trabajadores sanitarios (63%) se localizaban en centros de atención primaria, el 25% en establecimientos de nivel secundario, y el 12% restante en grandes establecimientos de nivel regional.

a determinar qué datos existen y a alcanzar un consenso para seleccionar los indicadores y las metas de desempeño adecuados. Es fundamental que desde las primeras etapas de la planificación se organicen la formación y el desarrollo de la capacidad de los interesados, no sólo en el análisis de los datos y en habilidades básicas de tecnologías de la información, sino también en la difusión de los datos y su aplicación a la toma de decisiones.

También es preciso tener en cuenta una serie de aspectos prácticos. La utilidad del SIRH para estudiar la situación nacional de los RHS depende en grado sumo de la calidad de los datos que se introducen. Los criterios para medir dicha calidad comprenden la validez, la fiabilidad, la integridad, la precisión, la veracidad y la puntualidad del sistema (19). Por ejemplo, la validez de los datos puede verse comprometida si los registros individuales no se actualizan en el momento de la jubilación, la emigración o la muerte. Durante el desarrollo del SIRH, un plan formal de evaluación de la calidad de los datos incluiría comparar los datos administrativos ordinarios utilizados para el seguimiento continuo con datos de encuestas o censos periódicos, a fin de validarlos. Otra cuestión estrechamente relacionada con la calidad de los datos es la de la privacidad y la confidencialidad. Ningún dato que permita identificar específicamente a los individuos debe ser de acceso público. Incluso el intercambio de datos

agregados debería llevarse a cabo únicamente con la autorización del interesado responsable.

Aunque en este capítulo se ha expuesto una progresión planificada e ideal hacia una solución informática completa y madura, la experiencia indica que, en algunos casos, «menos es mejor», y es fundamental tener paciencia para dar tiempo a que, antes de aplicar la solución, los interesados la comprendan, la hagan suya y se comprometan. En particular, aunque hay soluciones informáticas comerciales para el SIRH, la elección de *software* libre y gratuito ofrece importantes ventajas de sostenibilidad a nivel nacional en los casos en los que es vital que las soluciones tengan una buena relación entre coste y eficacia (1). Las soluciones de código abierto reducen los costes de aplicación y mantenimiento del SIRH y cuentan con una comunidad mundial que ofrece apoyo y mejoras continuas. Muchos gobiernos y sistemas sanitarios han optado por utilizar uniformemente tecnologías de código abierto y desarrollar la capacidad necesaria para apoyarlas y obtener los correspondientes beneficios.

Lamentablemente, algunos países siguen mostrándose reacios a poner los datos a disposición pública para su posterior análisis, en particular en contextos de grave penuria de RHS. Es muy recomendable vincular los resultados del sistema de información a la resolución de problemas por parte de expertos en

planificación y gestión del personal sanitario. Es importante intercambiar información coherente para que otros puedan comparar y utilizar las estrategias mejoradas en materia de recursos humanos. El intercambio de conocimientos entre países dentro del proceso de fortalecimiento del SIRH ofrece modelos que ayudan a evitar la repetición de errores y uniforma la información y las pruebas científicas entre regiones y países. Como se comentará en el capítulo 12 de este manual, los observatorios de RHS son un mecanismo valioso que puede utilizarse para difundir ampliamente información y pruebas científicas sobre prácticas eficaces a nivel nacional, regional y mundial.

Referencias

1. *Global HRIS strengthening*. Capacity Project (<http://www.capacityproject.org/hris>, accessed 24 January 2009).
2. Hotz VJ, Goerge R, Balzekas J, Margolin F, eds. Administrative data for policy-relevant research: an assessment of current utility and recommendations for development. In: *Report of the Advisory Panel on Research Uses of Administrative Data of the Northwestern University/University of Chicago Joint Center for Poverty Research*, 1998.
3. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 10 January 2009).
4. *Confidencialidad y seguridad de información sobre VIH*. Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2008 (<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/Confidentiality/default.asp>, accessed 24 January 2009).
5. Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7) (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 24 January 2009).
6. Ministry of Health, Republic of Uganda (<http://www.health.go.ug/>, accessed 24 January 2009).
7. *Global HRIS strengthening: iHRIS software suite*. Capacity Project, 2008 (<http://www.capacityproject.org/hris/suite>, accessed 24 January 2009).
8. Mshana E. *Addressing the human resources for health crisis in Uganda*. Presented at the National Symposium on Developing Human Resources for Health hosted by the Uganda Ministry of Health, Kampala, 2–4 April 2006.
9. Ahmed HS. Monitoring and evaluation system of the Federal Ministry of Health: the current situation and future perspective. *Sudanese Journal of Public Health*, 2008, 3(1):39–40.
10. *Sudan National Health Policy, 2006*. Federal Ministry of Health of the Republic of the Sudan, 2006.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (<http://www.ibge.gov.br/home/>, accessed 24 January 2009).
12. Pierantoni CR. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde. In: Ministério da Saúde, *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
13. Perez JRP. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico EM, ed. *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo, Cortez, 1999.
14. Pierantoni CR, Viana AL. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no contexto das reformas setoriais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2003, 13(1):59–92.
15. Pierantoni CR. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Uma estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde* [doctoral thesis]. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
16. *Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde: ProgeSUS*. Ministry of Health of Brazil, 2007 (<http://www.saude.gov.br>, accessed 24 January 2009).
17. Department of Health Planning and Administration: Workstation of the Health Human Resources Observatory Network, Social Medicine Institute, University of the State of Rio de Janeiro (<http://www.obsnetims.org.br>, accessed 24 January 2009).
18. World Health Organization. *Strengthening national and subnational departments for human resources development*. Health Workforce Development Series, Issue 1. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa954.pdf>, accessed 24 February 2009).
19. Selvaggio MP. *Producing good data: data quality management*. Presented at the professional development workshops prior to the South African Monitoring and Evaluation Association (SAMEA) Conference, Gauteng, 26–28 March 2007.

10

Guía selectiva del uso de métodos cualitativos para comprender la problemática del personal sanitario

TOMAS LIEVENS, MAGNUS LINDELOW, PIETER SERNEELS

10.1 Introducción

Los datos y las pruebas científicas son componentes esenciales de la formulación de políticas y estrategias eficaces relacionadas con el personal sanitario. Los responsables de formularlas necesitan información sobre el volumen y la distribución de este colectivo, los flujos de entrada y de salida, el ingreso absoluto y relativo de los trabajadores sanitarios y otras variables. Asimismo, necesitan comprender por qué se están observando determinados resultados del mercado laboral y cómo podrían repercutir diversos tipos de políticas y reformas en los resultados de interés. Por ejemplo, si un país está teniendo problemas para distribuir personal en establecimientos rurales, ¿a qué se debe? ¿Se resolvería el problema estableciendo obligaciones contractuales de servicio rural, quizá combinadas con incentivos económicos, o harían falta otras medidas? O si el problema es que muy pocos trabajadores sanitarios optan por un empleo en el sector público y la mayoría prefieren el privado, entonces los responsables de políticas necesitan comprender el atractivo de este y cuál será la respuesta probable de los trabajadores sanitarios a diversas formas de reglamentaciones gubernamentales dirigidas a restringir estos movimientos.

En otros capítulos de este manual se ha mostrado de qué forma los datos cuantitativos procedentes de fuentes administrativas, evaluaciones de establecimientos sanitarios y fuentes poblacionales pueden ayudar a satisfacer las necesidades de los responsables de la formulación de políticas en materia de información y pruebas científicas. Ese tipo de datos pueden arrojar luz sobre los patrones y tendencias del personal sanitario, los factores que determinan la conducta y las decisiones de este en el mercado laboral, y el impacto de las políticas y reglamentaciones relativas a la fuerza laboral sanitaria. Sin embargo, los datos cuantitativos tienen limitaciones importantes, en particular en lo que se refiere a aspectos o fenómenos que no se conocen bien o son difíciles de clasificar y medir. Reconociendo esas limitaciones, el presente capítulo describe cómo

pueden utilizarse métodos cualitativos para apoyar y complementar el análisis cuantitativo en el estudio del personal sanitario.

Los métodos cualitativos comprenden una amplia gama de técnicas y enfoques para describir y comprender los fenómenos sociales. A diferencia de los cuantitativos, evitan concentrarse en la estructura y las mediciones precisas en favor de formas más abiertas de abordar el examen, el análisis y la interpretación de comportamientos y fenómenos. Aunque a menudo es difícil generalizar a partir de análisis cualitativos, la abundante información que generan puede resultar de gran valor. Piénsese, por ejemplo, en el intento de comprender los impactos de las reformas actuales o previstas del mercado laboral sanitario. Es probable que esos impactos dependan de muy diversos factores, muchos de los cuales son difíciles de medir (como las preferencias y expectativas de los trabajadores sanitarios, las condiciones sociales y culturales, y las disposiciones para la aplicación). Además, algunos de los efectos de las reformas sobre resultados tales como la satisfacción en el empleo, el trabajo en equipo o el comportamiento en el lugar de trabajo son, en sí mismos, difíciles de medir, y puede que ni siquiera se hayan previsto.

Así pues, es evidente que los métodos cualitativos pueden ser útiles para comprender un contexto en el que se introducen políticas o intervenciones porque permiten prever respuestas e impactos comportamentales, identifican problemas de aplicación y arrojan luz sobre la forma en que los diversos interesados perciben y comprenden realmente las políticas. El objetivo de este capítulo es ofrecer algunas orientaciones acerca de la manera de diseñar y llevar a cabo estudios cualitativos. Para ello parte de una nutrida bibliografía metodológica y un gran número de investigaciones aplicadas, pero no pretende ser una guía completa de métodos cualitativos; el texto se centra en consejos prácticos y orientaciones para la investigación cualitativa sobre personal sanitario. Se remite

al lector interesado en cuestiones más fundamentales, incluidas las epistemológicas, a obras que abordan estas cuestiones más extensamente de lo que este capítulo permite (1–11).¹ Para ilustrar ambos aspectos metodológicos y la posible utilidad de la investigación cualitativa, el capítulo se basa en dos estudios llevados a cabo en Etiopía y Rwanda.

El resto del capítulo se organiza de la manera siguiente: en la sección 10.2 se describen métodos y enfoques cualitativos y se analiza su utilidad en estudios sobre los trabajadores sanitarios; en la sección 10.3 se discuten algunas cuestiones de diseño y aplicación de las investigaciones sobre personal sanitario; la última sección cierra el capítulo con algunas propuestas para ampliar y fortalecer la aplicación de métodos cualitativos al estudio del personal sanitario.

10.2 Utilidad y potencial de los métodos cualitativos

10.2.1 Definición de investigación cualitativa

La definición más utilizada de investigación cualitativa es «investigación que no es de carácter cuantitativo». Otra forma de abordarla es concentrarse en lo que todas las investigaciones cualitativas tienen en común, a saber, la utilización de datos en forma de texto, ya que esto en sí mismo condiciona profundamente las técnicas utilizadas en la recopilación y el análisis de datos (1, 12, 13). Otra característica distintiva de la investigación cualitativa es que el investigador suele estar muy implicado en la recopilación de los datos. Los métodos

¹ Como fuentes de información general sobre cuestiones metodológicas e interpretativas en investigación cualitativa véase, por ejemplo, Becker (1) Bryman (2), Bryman y Burgess (3), Denzin y Lincoln (4), Flick (5), Greene (6), Seale (7), Silverman (8, 9), Walker (10) y Wolcott (11).

cualitativos le exigen, en mayor medida que los cuantitativos, decidir sobre el terreno qué va a registrar, a qué ha de prestar especial atención y cuándo debe profundizar. Desde el punto de vista del análisis se plantean retos similares, toda vez que los resultados dependen en cierto grado, mayor que en la investigación cuantitativa, de la interpretación de los datos.

En la práctica, la denominación «investigación cualitativa» se aplica a muy diversas técnicas de investigación. En este capítulo se distinguen tres enfoques metodológicos principales: (i) la entrevista individual; (ii) los grupos focales; y (iii) la etnografía y la observación participante (recuadro 10.1). Cada una de estas técnicas² tiene sus ventajas e inconvenientes, pero también comparten diversos puntos fuertes y débiles.

10.2.2 Puntos fuertes y débiles

Al considerar los puntos fuertes y débiles de los métodos cualitativos es útil empezar por comparar estos con los cuantitativos. Los segundos se basan en instrumentos estructurados para recopilar datos cuantitativos que correspondan a categorías y clasificaciones predeterminadas. Los datos resultantes pueden describirse y resumirse fácilmente. Además, siempre y cuando sean datos representativos de una población más amplia, pueden aplicarse técnicas estadísticas para hacer inferencias acerca de esa población y explorar relaciones entre múltiples variables.

En cambio, los métodos cualitativos tienden a imponerles menos estructura a los datos, lo que tiene varias ventajas:

² Este capítulo no aborda otras técnicas cualitativas como los métodos basados en el lenguaje (por ejemplo, el análisis del discurso o la conversación), las técnicas proyectivas, los estudios de casos y el análisis textual. Tesch (14) distingue 26 tipos de métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. Las fuentes citadas en la nota a pie 1 de este capítulo ofrecen una panorámica general de la cuestión.

Recuadro 10.1 Tres técnicas importantes en investigación cualitativa

Entrevista individual. Término genérico para describir las entrevistas de carácter cualitativo. El entrevistador puede optar por un planteamiento estructurado, semiestructurado o no estructurado. Una entrevista individual cualitativa difiere de una entrevista cuantitativa en que permite que las respuestas sean libres y las registra como texto, mientras que en las encuestas cuantitativas las posibles respuestas suelen estar precodificadas.

Grupos focales. Discusiones de grupo en las que se pide a los participantes que hablen con franqueza de determinados temas. Tienden a ser de carácter semiestructurado o no estructurado.

Etnografía y observación participante. Recopilación de datos basada en la inmersión del investigador en un contexto social durante algún tiempo para observar y escuchar con el propósito de familiarizarse con la cultura y los procesos del grupo.

- Permiten las respuestas libres y la exploración interactiva de cuestiones junto con el entrevistado. Esto puede arrojar luz sobre aspectos difíciles de medir, como creencias, sentimientos, valores y percepciones. Un efecto secundario y favorable de este enfoque es que también registra el vocabulario de los participantes, que a menudo resulta útil para diseñar encuestas cuantitativas y comunicarse con los interesados acerca de las cuestiones objeto de estudio.
- Una interacción no dirigida («abierta») con el entrevistado o entrevistados ayuda a que se establezca la relación de comunicación y confianza necesaria para explorar cuestiones delicadas o difíciles, o para trabajar con grupos marginados o de difícil acceso. Por ejemplo, problemas como la corrupción y otras formas de comportamiento ilícito son muy difíciles de registrar mediante encuestas, pero pueden explorarse eficazmente –aunque no medirse– utilizando métodos cualitativos.
- Los métodos cualitativos pueden ayudar a comprender comportamientos y la relación entre distintas variables. Por ejemplo, son aplicables a la exploración de patrones de comportamiento (como la incorporación de trabajadores sanitarios de distintos perfiles socioeconómicos y demográficos a servicios rurales) o la naturaleza de la relación entre distintas variables mensurables (como la educación y la emigración).
- Mediante la selección intencional de entrevistados individuales o de participantes en grupos focales, los métodos cualitativos pueden poner de manifiesto diferencias de opinión y de puntos de vista entre grupos y dentro de ellos, y explorar las razones de estas.

Inevitablemente, las ventajas de los métodos cualitativos tienen un coste. Una de las limitaciones de sus datos es, sin duda, que no pueden describirse y sintetizarse fácilmente, por lo que resulta difícil hacer

afirmaciones sobre la magnitud y la importancia relativa de los fenómenos abordados en la investigación cualitativa. Y quizá sea aún más importante el hecho de que los entrevistados de los estudios cualitativos sean en general poco numerosos y seleccionados de manera intencional, lo que significa que los resultados no pueden considerarse justificadamente como representativos o generalizables a una población más amplia. Otra posible limitación es la objetividad relativamente endeble que se deriva de la estrecha implicación del investigador en la recopilación de los datos y el carácter interactivo del proceso. Esta característica de los métodos cualitativos también significa que los estudios son difíciles de reproducir, ya sea por investigadores distintos o en un contexto diferente. Aunque estos puntos débiles son, al menos en cierta medida, inherentes al enfoque, es posible superarlos parcialmente cuidando el diseño y la realización del estudio y documentando con transparencia los métodos y los planteamientos (véase la sección 9.3).

Los puntos fuertes y débiles de los métodos cualitativos explican el atractivo de combinar la investigación cuantitativa con la cualitativa, ya que ambas se complementan muy bien. Varios autores han intentado captar las características diferenciales de los dos métodos mediante imágenes y conceptos poderosos y fáciles de entender. Como se indica en el cuadro 10.1, estas características son generalizaciones y no siempre se cumplen; con todo, resultan útiles y ponen de relieve que la investigación cualitativa puede ser muy valiosa, por ejemplo, cuando la teoría es endeble o no existe, para afinar hipótesis que pueden probarse con datos cuantitativos o para comprender mejor resultados de la investigación cuantitativa (15–17). Además, dado que muestran la forma en que los interesados perciben y comentan un fenómeno o una política e identifican las respuestas y comportamientos que esta

Cuadro 10.1 Comparación entre los métodos cualitativos y los cuantitativos

Cualitativos	Cuantitativos
Palabras	Números
Puntos de vista de los participantes	Punto de vista del investigador
Cercanía del investigador	Lejanía del investigador
Génesis de teorías	Puesta a prueba de teorías
No estructurado	Estructurado
Comprensión contextual	Generalizaciones
Datos abundantes y profundos	Datos cuantitativos, fiables
Significado	Comportamiento
Tiende a seguir un razonamiento inductivo	Tiende a seguir un razonamiento deductivo

Fuente: Adaptado de Hammersley (15), Bryman (16) y Halfpenny (17).

podría generar, los métodos cualitativos pueden ayudar a la elaboración de cuestionarios para encuestas cuantitativas (2, 12, 15, 18, 19).³

Como reflejo de los puntos fuertes y débiles señalados anteriormente, los métodos cualitativos se han utilizado ampliamente en la investigación de los sistemas sanitarios, por ejemplo, para conocer el comportamiento de demanda de atención sanitaria, identificar las necesidades en materia de salud comunitaria, evaluar la calidad asistencial y la satisfacción de los clientes, y elaborar programas para grupos de difícil acceso (por ejemplo, los profesionales del sexo o los consumidores de drogas por vía parenteral). No es de extrañar, por tanto, que exista un corpus considerable, y en rápido crecimiento, de estudios cualitativos sobre cuestiones relacionadas con el personal sanitario.

10.2.3 Investigación cualitativa del personal sanitario

La investigación sobre los trabajadores sanitarios es un campo relativamente joven, lo cual tiene una consecuencia importante, y es que casi no existe marco teórico para estudiar su comportamiento. Por ello, aunque su número está aumentando a gran velocidad, los estudios cuantitativos siguen siendo en gran medida de carácter descriptivo y pueden beneficiarse considerablemente de un enfoque cualitativo. Por ejemplo, la investigación cualitativa puede ayudar a entender y categorizar el complejo entorno en el que opera el trabajador sanitario. Puede, asimismo, contribuir a desentrañar los motivos de ciertos comportamientos y aportar información sobre modos de mejorar la medición del desempeño de los trabajadores sanitarios. Los investigadores que estudian el comportamiento de estos son cada vez más conscientes de estas y otras posibles aportaciones de un enfoque cualitativo, como se desprende del número cada vez mayor de estudios sobre personal sanitario que lo utilizan.

El cuadro 10.2 ilustra cómo se ha utilizado la investigación cualitativa de diversas formas para abordar múltiples cuestiones relacionadas con el personal sanitario, desde amplios ejercicios diagnósticos pensados para explorar la motivación y el comportamiento de los profesionales sanitarios en el lugar de trabajo y el mercado laboral, a estudios más orientados a fenómenos concretos como el pluriempleo o la migración. La mayoría de las investigaciones se han centrado en cuestiones que se conocen mal o son difíciles de

medir cuantitativamente. Ello incluye, por ejemplo, el desempeño y la motivación de los trabajadores sanitarios, la corrupción y la relación entre proveedores y clientes de los servicios de salud. La mayoría de los estudios emplean entrevistas cualitativas individuales, grupos focales o ambos. La observación participante se ha utilizado menos, posiblemente debido al carácter confidencial de la relación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Sin embargo, un buen ejemplo de lo que se puede obtener con este método lo ofrecen Jaffré y Olivier de Sardan (20), que lo combinan con visitas a los centros, entrevistas estructuradas y grupos focales en su estudio pionero de la relación médico-paciente en cinco países de África Occidental.

En algunos casos, los estudios cualitativos se emplean como complemento de la investigación cuantitativa, ya sea para comprender interrogantes planteados por la investigación cuantitativa o para preparar esta. El recuadro 10.2 ilustra la forma en que la investigación cualitativa puede ayudar a preparar análisis cuantitativos.

Aunque los estudios cualitativos sobre el personal sanitario ya han generado multitud de información, queda mucho campo para seguir trabajando. Ello incluye la exploración de cuestiones similares a las indicadas en el cuadro 10.2 en diversos contextos y el uso de métodos cualitativos para comprender mejor un conjunto más amplio de aspectos del mercado laboral en el sector sanitario. Volveremos sobre ello en la última sección del capítulo.

10.3 Aspectos prácticos del diseño y la aplicación de un estudio cualitativo

En el apartado anterior se han descrito la utilidad y las posibles aplicaciones de los métodos cualitativos en la investigación del personal sanitario, y en el presente se abordarán los principales aspectos prácticos del diseño y la realización. La sección se centrará en las entrevistas y las discusiones (términos que se utilizarán indistintamente en este capítulo por abstracción del hecho de que ambos métodos permitan la libre interacción). Una tercera técnica ya descrita, la denominada etnografía y la observación participante, rara vez se aplica en la investigación del personal sanitario y no se describirá aquí, toda vez que requiere métodos más específicos y otras capacidades. Las referencias citadas en la nota a pie 1 de este capítulo ofrecen orientaciones más completas sobre técnicas y métodos.

³ Más información sobre la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos en Bryman (2), Holland y Campbell (12), Hammersley (15) y Morgan (18). Sobre recursos y el debate en torno a las diferencias, complementariedades y tensiones entre los dos enfoques en la investigación sobre la pobreza, véase Centre for International Studies (19).

Cuadro 10.2 Ejemplos de investigaciones cualitativas sobre personal sanitario

Tema	Centros de interés del estudio	Método	Referencia
Estrategias de afrontamiento	Estudio de las actividades económicas informales de los trabajadores sanitarios de Uganda, lo que incluye las «fugas» de medicamentos, los cobros informales a los pacientes y la mala gestión de las ganancias obtenidas de los cobros formales a los pacientes	Mixto cuantitativo y cualitativo	McPake et al. (21)
	Evaluación de la magnitud y las razones del hurto de medicamentos por el personal sanitario en Mozambique y Cabo Verde	Combinación de preguntas abiertas y preguntas con alternativas fijas en una encuesta autocumplimentada realizada a una muestra pequeña y seleccionada intencionalmente	Ferrinho et al. (22)
	Estudio del papel de la identidad profesional, la motivación y otros factores para comprender las estrategias de supervivencia en respuesta a las reformas del sistema sanitario en Uganda	Entrevistas en profundidad y grupos focales en cuatro establecimientos seleccionados intencionalmente	Kayaddondo y Whyte (23)
	Exploración de las formas de afrontar los recortes salariales por parte de los trabajadores sanitarios de Camerún, y de la repercusión de las estrategias de afrontamiento en la calidad del servicio	Entrevistas a informadores clave y grupos focales y entrevistas con usuarios de los servicios	Israr et al. (24)
Pluriempleo	Exploración de la forma en que los incentivos económicos y de otro tipo influyen en las preferencias laborales de médicos de Bangladesh que trabajan en servicios de salud públicos y en la práctica privada	Encuesta cuantitativa combinada con entrevistas en profundidad en una submuestra	Gruen et al. (25)
	Exploración de las actividades suplementarias generadoras de ingresos entre médicos del sector público de los países lusófonos de África, y de las razones por las que no han abandonado por completo el sector público	Combinación de preguntas abiertas y preguntas con alternativas fijas en una encuesta autocumplimentada a una muestra pequeña y seleccionada intencionalmente	Ferrinho et al. (26)
	Exploración de la naturaleza del pluriempleo en el Perú, incluidos los principales factores que influyen en las decisiones individuales de optar por el pluriempleo	Entrevistas semiestructuradas a trabajadores sanitarios seleccionados intencionalmente	Jumpa et al. (27)
Cobro informal y corrupción	Investigación de los pagos directos por servicios de salud, formales e informales, en la República de Georgia	Entrevistas en profundidad y grupos focales de usuarios y proveedores	Belli, Gotsadze y Shahriari (28)
Motivación	Exploración de una amplia gama de determinantes y resultados motivacionales en dos hospitales de Jordania y otros dos de Georgia	Análisis contextual, evaluación cualitativa y análisis cuantitativo	Franco et al. (29)
	Evaluación de los principales factores motivadores de los trabajadores y gestores sanitarios en el Viet Nam	Grupos focales, entrevistas en profundidad y entrevistas a la salida	Dieleman et al. (30)
	Evaluación del papel de los incentivos no económicos y del <i>ethos</i> profesional en la motivación de los trabajadores sanitarios de Benín y Kenya	Entrevistas semiestructuradas a médicos y enfermeros de establecimientos públicos, privados y no gubernamentales de zonas rurales	Mathauer y Imhoff (31)

Continuado...

Continuación de la página anterior...

Tema	Centros de interés del estudio	Método	Referencia
Distribución y retención	Exploración de las barreras a la contratación y la retención de personal de enfermería en el estado de Nueva York, Estados Unidos de América	Grupos focales	Brewer et al. (32)
Migración internacional	Comprender las razones para emigrar del sector sanitario en Malawi	Entrevistas en profundidad y grupos focales	Muula y Maseko (33)
	Comprender los motivos y las experiencias de los trabajadores sanitarios indios que emigran a hospitales del Reino Unido	Entrevistas en profundidad a lo largo de seis meses	Robinson y Carey (34)
	Experiencias del personal de enfermería inmigrante en hospitales del Reino Unido	Entrevistas en profundidad	Hardill y MacDonald (35)
	Percepciones y opiniones de los implicados en la contratación y la emigración desde países en desarrollo	Entrevistas en profundidad con directores y personal de enfermería extranjero	Troy, Wyness y McAuliffe (36)
Patrones de calidad/ejercicio profesional	Exploración de la forma en que los problemas organizacionales, las inseguridades profesionales y otros factores contribuyen a la desatención del paciente y a una deficiente asistencia clínica en Sudáfrica	Entrevistas en profundidad mínimamente estructuradas y grupos focales con pacientes y personal	Jewkes, Abrahams y Mvo (37)
	Evaluación y análisis de la mala calidad de la atención en cinco capitales de países de África occidental	Observación participante combinada con entrevistas en profundidad, visitas a centros y grupos focales	Jaffré y Olivier de Sardan (20)
	Evaluación de los cambios en los patrones de prescripción y la calidad de la atención en Ghana a raíz de la introducción del pago de honorarios por parte de los usuarios	Entrevistas en profundidad y grupos focales	Asenso-Okyere et al. (38)
Ejercicios generales de diagnóstico	Exploración de las experiencias de trabajadores sanitarios de atención primaria de la República Unida de Tanzania en lo relativo a motivación, satisfacción y frustración	Grupos focales y entrevistas en profundidad	Manongi, Marchant y Bygbjerg (39)
	Exploración de los problemas de desempeño y mercado de trabajo de los médicos y enfermeros en Etiopía	Entrevistas a informantes clave y grupos focales con personal de enfermería, médicos y usuarios de los servicios	Lindelov y Serneels (40)
	Exploración de los problemas de desempeño y mercado de trabajo de los médicos y enfermeros en Rwanda, con especial atención a la trayectoria profesional y el desempeño ante el problema del VIH/SIDA	Grupos focales con proveedores y usuarios de servicios de salud y con personas afectadas por el VIH/SIDA	Lievens y Serneels (41)

10.3.1 Elección del tipo de entrevista

Una de las primeras cuestiones que habrá que sopesar es si se llevarán a cabo entrevistas individuales o grupales. La diferencia fundamental entre unas y otras radica en la interacción entre los miembros del grupo. Las discusiones grupales, que suelen tener lugar en grupos de entre cuatro y nueve personas, les dan a los investigadores la oportunidad de hacer surgir multitud de puntos de vista sobre un tema y de explorar y

contrastar las opiniones de los participantes. Les permiten, además, recopilar datos sobre comportamientos muy diversos en un tiempo relativamente corto. Uno de los riesgos de los grupos de discusión es que algunas personas dominen el debate y otros participantes se abstengan de expresar sus ideas porque no concuerden con la opinión predominante; esto puede dar lugar a un «falso» consenso.

Recuadro 10.2 Investigación cualitativa para orientar los estudios cuantitativos: absentismo en Etiopía y Rwanda

Hasta la fecha, la mayor parte de los estudios sobre absentismo han sido de carácter cuantitativo y basado en probar especificaciones derivadas de la teoría económica estándar. Cuando se aplica a los trabajadores sanitarios, la labor suele ser de carácter exploratorio. Una razón importante es que los actuales marcos teóricos sobre el absentismo parecen menos apropiados para el estudio de los recursos humanos en el sector sanitario, especialmente en los países en desarrollo.

Para abordar este problema se llevaron a cabo sendos estudios cualitativos en Etiopía y Rwanda, en los que se emplearon grupos focales con un diseño similar. Ambos se consideraron actividades previas a la investigación, ya que su principal finalidad era proporcionar información para futuros estudios cuantitativos. Fueron financiados por el Banco Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Gobierno de Noruega.

Los estudios confirmaron que la teoría existente no proporciona un marco adecuado para analizar el absentismo entre los trabajadores sanitarios de estos dos países. Los resultados de los grupos focales autorizan a pensar que los correlatos teóricos del absentismo (sueldos, horas de trabajo contratadas y coste de la detección) influyen en este como lo predice la teoría, pero que su importancia relativa parece depender del contexto nacional. Los estudios indican, asimismo, que otros factores como el acceso a un segundo empleo, la motivación intrínseca, la movilidad laboral y los riesgos percibidos para la salud, son importantes a la hora de explicar los niveles de absentismo. Estos datos son argumentos a favor de revisar la teoría y la estimación empírica para tener en cuenta este conjunto más amplio de determinantes.

Fuente: Adaptado de Serneels, Lindelow y Lievens (42).

La ventaja de las entrevistas individuales (presenciales o cara a cara) es que ofrecen más posibilidades de aclarar y ampliar la conversación con cada entrevistado. También es más probable que un entorno seguro y privado cree un clima de confianza y sinceridad, lo que facilita el abordaje de temas tabú. Además, el investigador puede vincular los resultados de las conversaciones con características del entrevistado (como la experiencia profesional o el nivel socioeconómico). En general, las entrevistas individuales se dirigen más fácilmente que los grupos de discusión; sin embargo, puede resultar difícil mantenerlas centradas, sobre todo cuando no son estructuradas, y existe el riesgo de generar un gran volumen de datos que llevará mucho trabajo analizar. Por otra parte, las entrevistas individuales suelen ser más costosas en tiempo y dinero que las grupales.⁴

El cuadro 10.3 ofrece algunas orientaciones para decidir cuándo conviene utilizar entrevistas individuales o grupos de discusión, teniendo en cuenta también factores

logísticos y económicos (43). Con frecuencia se recurre a una tercera opción consistente en combinar ambos métodos, como se hace a menudo en los estudios sobre personal sanitario (véanse los ejemplos del cuadro 10.2).

Una segunda decisión que los investigadores han de tomar se refiere al grado de estructura que tendrá la entrevista. En el recuadro 10.3 se presenta una breve descripción de los tipos de entrevista habituales en función de ese parámetro (2, 13, 43, 44). En realidad, las entrevistas estructuradas y las no estructuradas constituyen un espectro continuo. El principal factor discriminante radica en las posibilidades que dan a los entrevistados de expresar y desarrollar sus propios puntos de vista, y al entrevistador de orientar la discusión. Si el objetivo es recopilar información abundante y profunda acerca de temas sobre los cuales se sabe poco, el guión debe ser menos estructurado. Esto tiene un precio: se obtienen datos menos comparables entre los entrevistados. Asimismo, cuanto menos estructurada sea la entrevista, más capacidad y experiencia deberá tener el entrevistador y, posteriormente, el analista de datos.

Un caso especial de entrevista grupal es el grupo focal, que es una discusión de grupo semiestructurada en torno a un conjunto concreto de temas. Aquí, el guión de la entrevista se utiliza sobre todo como recordatorio

4 Cuando las entrevistas individuales se realizan a expertos, es frecuente denominarlas «entrevistas de expertos». Por ejemplo, para comprender el contexto institucional y de políticas en el que operan los trabajadores sanitarios puede resultar útil entrevistar, entre otros, a funcionarios públicos de nivel nacional y de distrito o a representantes de asociaciones de profesionales sanitarios y de organizaciones no gubernamentales activas en el sector sanitario.

Cuadro 10.3 ¿Grupos de discusión o entrevistas individuales?

Factores que deben tenerse en cuenta	Utilice grupos de discusión si...	Utilice entrevistas individuales si...
Interacción grupal	La interacción entre los entrevistados puede inducir una respuesta más rica en información o perspectivas nuevas y valiosas	Es probable que la interacción grupal vaya a ser limitada o improductiva
Presión del grupo	La presión del grupo será útil para poner en cuestión las ideas de los entrevistados y arrojar luz sobre las opiniones encontradas	La presión del grupo inhibiría las respuestas y oscurecería el significado de los resultados
Sensibilidad de la materia que va a tratarse	La materia no es lo bastante sensible como para que los entrevistados vayan a atemperar sus respuestas o a retener información	La materia es tan sensible que los entrevistados no estarían dispuestos a hablar de ello abiertamente en un grupo
Amplitud de las cuestiones que se desea tratar frente a profundidad de las respuestas individuales	Se necesita tratar un pequeño número de cuestiones acerca de un tema sobre el que la mayor parte de los entrevistados pueden decir todo lo que sea de interés en menos de 10 minutos	Es preciso tratar un mayor número de cuestiones sobre un tema que exige mayor profundidad en las respuestas de cada individuo
Guía de la entrevista	Se sabe lo bastante como para establecer una guía temática útil	Probablemente haga falta modificar la guía de la entrevista tras una serie de entrevistas iniciales
Necesidades logísticas	Se puede reunir en un lugar a un número aceptable del conjunto de personas a las que se desea entrevistar	Las personas a las que se desea entrevistar están dispersas o no es fácil reunir las
Coste y formación	Es determinante que el trabajo se realice rápidamente, y los fondos son limitados	No es esencial que el trabajo se realice rápidamente, y el presupuesto permitirá costes más altos
Acceso a personal calificado para llevar a cabo la entrevista	Los facilitadores de los grupos focales saben moderar y gestionar las discusiones de grupo	Los entrevistadores saben escuchar y prestan apoyo

Fuente: Adaptado de Frechtling, Sharp y Westat (43).

Recuadro 10.3 Tipos de entrevistas cualitativas según el grado de estructura

Entrevista estructurada o normalizada. Este tipo de entrevista utiliza un guión compuesto generalmente por un número predeterminado de preguntas que se le presentan al entrevistado una tras otra. Dado que el cuestionario es idéntico para todos los entrevistados, pueden agregarse fiablemente sus respuestas, lo que con frecuencia es el principal objetivo de la técnica. También es posible recopilar datos para un análisis cuantitativo, especialmente si las respuestas están precodificadas.

Entrevista semiestructurada. Este término abarca una amplia gama de casos, pero se refiere generalmente a entrevistas en las que, a diferencia de las estructuradas, el entrevistador puede cambiar el orden de las preguntas; también goza de cierta libertad para formular nuevas preguntas al hilo de lo que se consideren respuestas significativas. Las respuestas son abiertas y se hace más hincapié en que el entrevistado se extienda en sus argumentos.

Entrevista no estructurada. En este tipo de entrevistas, el entrevistador suele disponer únicamente de una lista (denominada a menudo guía o recordatorio de la entrevista) de los temas o cuestiones que tiene previsto abordar. Por lo general, el estilo del interrogatorio es informal y el enunciado de las preguntas y el orden que siguen varían de una entrevista a otra.

Fuentes: Adaptado de Bryman (2), Denscombe (13), Frechtling, Sharp y Westat (43) y Atkinson (44).

y la técnica consiste fundamentalmente en estimular la intervención de los participantes y en sondearlos. Las preguntas para estimular el discurso buscan abrir el debate sobre un tema de manera neutral mediante un aporte que no imponga ideas preestablecidas,

mientras que las de profundización intentan que los participantes ahonden en sus respuestas.

Escribir el guión completo es una buena práctica, ya que permite una total transparencia en el diseño del estudio. En el recuadro 10.4 se muestra un extracto

Recuadro 10.4 Extracto de un guión de entrevista semiestructurada de un estudio cualitativo sobre personal sanitario en Etiopía y Rwanda

SATISFACCIÓN, MOTIVACIÓN Y DESEMPEÑO EN EL TRABAJO

Tiempo asignado: 30' Hora de comienzo:

Pregunta para estimular el discurso:

En muchos países, los usuarios se quejan de los servicios de salud. Por ejemplo, es frecuente que se quejen de que los trabajadores sanitarios no están muy motivados, de que no pasan todo el tiempo que debieran haciendo su trabajo, de que no hacen bien su trabajo, e incluso a veces de que están involucrados en actividades ilegales como robar medicamentos y material y cobrar demasiado por sus servicios. ¿Cómo creen ustedes que está la situación en Etiopía?

■ Empecemos por la cuestión de la **motivación**...

Cuestiones en las que profundizar

¿Creen ustedes que la mayoría de los trabajadores sanitarios están satisfechos con su trabajo?

¿Por qué creen que algunos trabajadores sanitarios no están satisfechos con su trabajo?

- remuneración, falta de equipamiento

¿Creen ustedes que hay un firme compromiso de prestar una buena atención sanitaria?

¿Cuál creen ustedes que es la principal fuente de motivación para los trabajadores sanitarios?

- ¿El dinero y las prestaciones?
- ¿Las actividades y responsabilidades de su trabajo?

¿Creen que el compromiso de los trabajadores sanitarios es distinto según los sectores (privado, con fines de lucro, sin fines de lucro)? ¿Por qué?

(...)

■ Pasemos a la **corrupción y las conductas inapropiadas**...

Cuestiones en las que profundizar

¿En qué medida creen ustedes que existe un problema de corrupción en el sector sanitario?

- uso de equipos para fines privados
- cobros excesivos
- hurto o desvío de medicamentos y otros materiales

¿Por qué creen ustedes que surgen estos problemas?

¿Qué se hace en sus lugares de trabajo para reducir estos problemas?

¿Qué tipo de medidas disciplinarias existen? ¿Se están aplicando?

Fuente: Los autores.

de un guión para grupos focales con trabajadores sanitarios en Etiopía.⁵ Comenzaba con una pregunta destinada a estimular el discurso y en la que se expone la posibilidad de que existan problemas de desempeño entre los trabajadores sanitarios, y seguía con preguntas de profundización sobre cuestiones de motivación, uso del tiempo, instituciones del mercado laboral y corrupción. Dado que el guión servía principalmente como lista de comprobación, se iban discutiendo los temas a medida que surgían, pero el guión ayudaba a orientar la discusión y a generar datos de mayor profundidad (las preguntas de estímulo a participar se elaboraron tras una breve revisión bibliográfica preparatoria). Aunque no aparecen en el guión, se utilizaron también otras técnicas clásicas de profundización y de estímulo a participar, como permanecer en silencio, repetir la pregunta, repetir las últimas palabras de uno de los miembros del grupo, ofrecer un ejemplo o solicitarlo, o pedir una aclaración o más detalles.

Otra ventaja de escribir el guión completo es que facilita la reproducción de las entrevistas, lo cual puede tener interés para contrastar resultados de diferentes

contextos. Por ejemplo, utilizando un guión y un diseño de estudio similares, los trabajadores sanitarios de Etiopía estuvieron dispuestos a discutir de prácticas corruptas como el absentismo, los cobros ilegales, la apropiación indebida de materiales, los hurtos de medicamentos y el ejercicio profesional privado en el sector público, mientras que los de Rwanda se mostraron más reacios a reconocer estas malas prácticas. Sin embargo, tras profundizar, los trabajadores sanitarios admitieron que existían prácticas corruptas, pero que solían darse en pequeña escala, no eran frecuentes y se habían vuelto menos habituales que en el pasado. En el recuadro 10.5 se recogen algunas citas ilustrativas. El análisis comparativo indica que las prácticas corruptas están menos generalizadas en Rwanda que en Etiopía, y también los datos ofrecen explicaciones de por qué ocurre así. El sistema sanitario ruandés cuenta con una mejor supervisión y rendición de cuentas (entre otras cosas, porque implica a los agentes comunitarios en la gestión de los establecimientos sanitarios), está en vías de adoptar el pago por desem-

Recuadro 10.5 Algunas citas de entrevistas cualitativas en Etiopía y Rwanda

La corrupción llegó y se propagó ampliamente en los últimos diez años. Ahora es frecuente entre las personas de todos los niveles de instrucción y en todos los ámbitos.

—Funcionario médico de una ciudad de provincias de Etiopía

He trabajado en una farmacia privada. Los medicamentos llegan ilegalmente y sabemos de dónde proceden... Se sacan de establecimientos públicos.

—Auxiliar sanitario de una ciudad de provincias de Etiopía

El personal mal pagado puede verse involucrado en pequeños sobornos... En cierto modo, es humano, y está bien apoyarlo porque las personas que trabajan en otras instituciones de servicios, como el abastecimiento de aguas, tienen la ventaja de poder cobrar por servicios gratuitos.

—Médico de Addis Abeba, Etiopía

Hubo casos de pacientes que pagaron más de lo anotado en el registro, pero detectamos la mayoría de ellos. También sé que despidieron a algunas personas porque el registro de pagos era fraudulento.

—Trabajador sanitario auxiliar de Kigali, Rwanda

He visto a un paciente darle mil francos a un enfermero. El enfermero se asustó, lo que demuestra que no es una práctica habitual.

—Cliente de un servicio de salud de Kigali, Rwanda

Los trabajadores sanitarios ya no venden medicamentos sacados del centro de salud. Eso es algo del pasado. Quizá en las zonas rurales, pero no aquí en la ciudad.

—Cliente de un servicio de salud de Kigali, Rwanda

Fuente: Los autores.

peño (lo que también estimula la supervisión mutua) y aplica mejor las sanciones.

10.3.2 Selección de los participantes

A diferencia de la investigación cuantitativa, en la que la representatividad es lo más importante en el diseño de la muestra, el principal objetivo de la selección de los participantes en investigaciones cualitativas es incluir a personas que estén bien informadas sobre una cuestión y tengan opiniones y experiencias muy diversas. Ello contribuye a que las entrevistas cualitativas sean informativas y generen abundantes datos (2, 13). La selección de los participantes en los grupos de discusión exige tener en cuenta otras cuestiones relacionadas con el tamaño del grupo, el número de grupos, la dinámica dentro de ellos y la deseada variedad intragrupal de perfiles de participantes.

La decisión sobre el tamaño de los grupos depende de si se desea tener una discusión animada o un intercambio íntimo. Los debates en grupos amplios suelen ser más vivaces, mientras que los grupos pequeños pueden resultar más propicios para abordar temas delicados. Por razones de comparabilidad y transparencia, es recomendable utilizar grupos de tamaño similar durante todo el estudio.

El número de grupos debe ser tal que incluya a todos los participantes que tengan opiniones bien informadas y diferentes sobre el tema. Otra opción es ir añadiendo grupos hasta que sea posible predecir bastante bien las respuestas, si bien esto puede no ser realista, toda vez que en muchos casos el número de grupos focales se fija durante el diseño del estudio. Otro problema es la homogeneidad intragrupal. Por ejemplo, es muy frecuente que se busque la homogeneidad de estatus, ya que la interacción entre participantes de muy distinta condición social puede ser menos productiva. En el caso de los trabajadores sanitarios, parece aconsejable establecer grupos separados para los distintos estamentos profesionales. Este punto cobra especial importancia en las investigaciones que abordan cuestiones delicadas como el absentismo, el hurto o cualquier otra conducta ilícita. Es probable que a los trabajadores entre los cuales existe una relación jerárquica les resulte incómodo compartir abiertamente sus puntos de vista (por ejemplo, enfermeros con médicos).

Una última pregunta es cómo puede garantizarse la dinámica intragrupal y qué grado de diversidad de opiniones se desea que exista dentro del grupo. Para lograr una dinámica de grupo constructiva, por norma, los participantes no deberían conocerse. Sin embargo, se ha propugnado lo contrario para los casos en los que exista un tabú en torno al tema que se desea abordar, ya que la discusión franca entre participantes que

no se conocen los haría sentirse incómodos. Por ejemplo, en su estudio sobre el VIH/SIDA, Kitzinger (45) seleccionó deliberadamente a personas que se conocían a fin de lograr una discusión «tan natural como fuera posible». Esta forma de proceder puede plantear el problema de que, en muchos casos, supuestos compartidos por los participantes no se expliciten (18).

Cuando el objetivo de la investigación es explorar una cuestión, los datos más abundantes proceden de discusiones en las que se confrontan puntos de vista diferentes. Una buena manera de garantizar la diversidad de opiniones entre los participantes consiste en prestar especial atención a la selección de estos. Por ejemplo, para un estudio sobre el desempeño de los trabajadores sanitarios y sus decisiones profesionales puede resultar útil tener en cuenta posibles influencias tales como el sexo, la edad, la situación familiar (tener hijos o no), el sector institucional (público, privado con fines de lucro, confesional) y la actividad laboral (por ejemplo, tener uno o más puestos de trabajo). En el recuadro 10.6 se reproduce la ficha de selección de enfermeros y parteros empleada en Etiopía. Se elaboraron fichas similares para los médicos, los auxiliares de enfermería y los usuarios de servicios de salud.

Puede aplicarse el mismo planteamiento a las entrevistas individuales. Los participantes se eligen según criterios y características determinados previamente. En este caso, la riqueza de los datos deriva de contrastar en el análisis las opiniones de personas con antecedentes, formación o experiencia diferentes.

10.3.3 Diseño del estudio y recopilación de los datos: cómo mejorar la validez y la fiabilidad

La forma de recopilar y analizar los datos afecta a los resultados de los estudios. Existe actualmente una abundante bibliografía sobre la mejor forma de abordar las cuestiones de validez y fiabilidad (46–49).⁶ Aquí nos centraremos en algunos aspectos prácticos que deben tenerse en cuenta al planificar un estudio cualitativo con personal sanitario.

- **Posición del investigador.** La participación del investigador en la recopilación y el análisis de los datos es un elemento esencial de la investigación

6 Puede considerarse que la validez se refiere a la integridad de la conclusión generada por la investigación, mientras que la fiabilidad lo hace al grado en que una medida es estable (para más información véase Guba y Lincoln (46), LeCompte y Goetz (47), Lincoln y Guba (48) y Mason (49)). Una y otra pueden verse afectadas por diversos factores, y especialmente por los objetivos del estudio. También influyen otros elementos más mundanos, como el presupuesto disponible y la motivación y el control del organismo financiador.

Recuadro 10.6 Criterios de selección para formar grupos focales de ocho participantes sobre desempeño y decisiones laborales del personal de enfermería y partería en Etiopía

Criterios de selección:

- Cinco enfermeros; todos deben haber recibido al menos dos años de formación en enfermería después de terminar la enseñanza secundaria; al menos dos hombres y al menos dos mujeres.
- Tres parteros; al menos un hombre, al menos una mujer.
- Al menos dos de las mujeres deben ser madres.
- Al menos dos de los hombres deben ser padres.
- Al menos dos participantes deben trabajar a la vez en el sector sanitario privado y en el público.
- Al menos dos participantes deben trabajar exclusivamente en el sector privado con fines de lucro.
- Al menos un participante debe trabajar en el sector privado sin fines de lucro.
- Al menos un participante debe trabajar exclusivamente en el sector público (no desempeña ninguna labor en el sector sanitario privado).
- Ninguno de los participantes debe ser muy tímido (para participar en un grupo de discusión como este).
- Los participantes no deben conocerse entre sí ni trabajar en el mismo establecimiento.

Fuente: Los autores.

cualitativa. Se sabe que el sexo, la edad y el origen étnico del entrevistador influyen en las respuestas de los entrevistados (13). Esto puede tener consecuencias de gran alcance para la validez del estudio. En las investigaciones aplicadas sobre personal sanitario es frecuente que los propios investigadores formen parte del sistema sanitario que están estudiando. A menudo, son funcionarios del ministerio y trabajadores sanitarios los responsables de llevar adelante el proyecto de investigación, cuando no de todo su diseño y gestión, lo cual puede sesgar los resultados. Se plantea un problema similar si se percibe a los investigadores como representantes de organismos donantes que participan en el sector. Dado que es difícil reparar el sesgo derivado de este «efecto del entrevistador», hay que preverlo y, en caso necesario, reconsiderar la composición del equipo de investigación o los papeles asumidos por los investigadores que lo integran.

- **Autorización.** Los estudios sobre el personal sanitario suelen basarse en entrevistas a personal sanitario clínico y administrativo. En general, los trabajadores sanitarios desean que se les confirme que el empleador ha autorizado el estudio, sobre todo cuando las entrevistas tienen lugar durante las horas de trabajo. En la mayor parte de los casos la autorización deberá incluir una carta del ministerio

de salud, aunque puede no ser suficiente, sobre todo cuando el empleador es un proveedor privado.

- **Lugar, momento y duración.** Estos tres elementos deben elegirse pensando en la comodidad de los entrevistados. El lugar ha de propiciar un clima de privacidad en el que nada la perturbe. Puede que el centro de trabajo –con frecuencia un establecimiento sanitario o el ministerio de salud– sea adecuado, salvo que la entrevista aborde asuntos delicados, como el absentismo o la corrupción, o se les pregunte a los trabajadores sanitarios su opinión sobre cuestiones en las que pueden no estar de acuerdo con sus empleadores. La acústica del lugar es importante si se va a grabar la entrevista. Por ejemplo, la lluvia sobre un tejado metálico o el tráfico de una calle muy transitada pueden generar un intenso ruido de fondo que hará inaudibles las grabaciones.
- **Remuneración.** Cuando no se cubren del todo los costes de participar en la entrevista, existe el riesgo de que los participantes no se presenten o no se muestren participativos. Por otro lado, una remuneración excesiva puede inducir un comportamiento estratégico, como intentar complacer al entrevistador con las respuestas. Como mínimo, debe reembolsarse el coste del transporte para acudir a la entrevista. En cuanto a los pagos adicionales, conviene pedir consejo a los profesionales locales.

Por ejemplo, en un contexto en el que los salarios se consideran insuficientes, muchos trabajadores sanitarios están acostumbrados a recibir incentivos económicos por participar en seminarios, formación o investigación. Otra posibilidad es reemplazar o complementar los incentivos económicos con recompensas de otro tipo, como alimentos, bebidas o regalos, las cuales pueden, además, contribuir a relajar el ambiente, y ofrecer una bebida al comienzo de la entrevista puede ayudar a pasar el tiempo de espera hasta que todos los participantes hayan llegado. Con independencia de lo que se decida, es importante informar a los participantes acerca de estas formalidades antes de proceder a la entrevista.

- **Confidencialidad.** El anonimato y la confidencialidad son importantes porque pueden influir en la

franqueza de los entrevistados. Si los participantes sospechan que en los resultados finales del estudio se va a poder seguir el rastro de sus respuestas hasta identificarlos, es menos probable que digan lo que piensan. Por lo tanto, para recopilar datos de calidad suele ser crucial garantizar la confidencialidad y el anonimato. Como ejemplo de ello, en el recuadro 10.7 se reproduce un extracto de un guión que contiene la presentación de un grupo focal con trabajadores sanitarios de Rwanda. Una tercera persona encargada específicamente de la selección de los participantes ya había tratado antes de la entrevista de las formalidades relativas al reembolso de los gastos de desplazamiento y la remuneración por participar en el estudio.

Recuadro 10.7 Extracto de la presentación ante los participantes de un grupo focal en Rwanda

Buenas tardes. Muchas gracias a todos por haber aceptado participar en este grupo de discusión. El objetivo de la sesión es conocer mejor los recursos humanos del sector sanitario de Rwanda e investigar qué problemas se les plantean y qué oportunidades se les ofrecen a los trabajadores sanitarios. La discusión de hoy es parte de un estudio más amplio dirigido a formular una política de recursos humanos para los trabajadores sanitarios de Rwanda. El estudio ha sido financiado por el Banco Mundial y aprobado por el Ministerio de Salud. Si lo desean, podemos leerles la carta de aprobación firmada por el Secretario General.

El objetivo inmediato de nuestra reunión es escuchar por boca de los propios trabajadores sanitarios su opinión sobre diversos aspectos relacionados con su trabajo. Nos gustaría tener un debate abierto y sincero con ustedes acerca de esos aspectos. Estamos aquí para escucharlos y aprender de ustedes.

El debate se desarrollará de la manera siguiente. [*Nombre*] y yo dirigiremos la discusión. Hemos preparado varios temas sobre los cuales les pediremos su opinión.

Es muy importante que se sientan totalmente libres de decir lo que piensan. Exprésense de la forma más abierta, directa y sincera que puedan. Lo que digan debe estar basado en experiencias y observaciones de la vida real. Para nosotros es importante saber cómo es la situación realmente, no cómo debería ser. Si no están de acuerdo con algo que está diciendo otra persona, manifiésteno.

Esto es importante: queremos insistir en que sus aportaciones y opiniones personales no se le mostrarán a nadie fuera de esta sala. Para garantizar el anonimato de la participación en este grupo, no anotaremos sus nombres. Trabajamos también con otros grupos de discusión, por lo que sus opiniones se compensarán con las de ellos.

Asimismo, tengan en cuenta que la discusión se grabará. Lo hacemos porque no queremos perdernos nada de lo que digan, pero sus palabras no se harán nunca públicas asociadas a sus nombres. Los resultados sólo se harán constar por escrito como informe de una discusión con «un grupo de trabajadores sanitarios seleccionados».

Por último, se calcula que la discusión durará unas dos horas, y al terminar recibirán ustedes una compensación por el desplazamiento, el tiempo y la colaboración.

¿Tienen alguna duda o desean comentar algo?

Fuente: Los autores.

- **Aptitudes del entrevistador.** Dado que el investigador participa activamente en la producción y el análisis de los datos cualitativos, y tanto más cuanto menos estructurado esté el guión de la entrevista, la calidad del estudio vendrá determinada en gran medida por su experiencia, competencia e intuición como moderador. Además de dominar las técnicas de moderación de la discusión, para generar datos de buena calidad es indispensable que esté familiarizado con el tema objeto de estudio (véase, por ejemplo, Hurley (50)).

10.3.4 Registro y análisis de los datos

Para registrar los datos lo habitual es recurrir a la toma de notas o a la grabación de audio. Las notas pueden tomarse durante la entrevista o después de ella, lo que causa menos interferencias. Sin embargo, dado que los datos dependen totalmente de la memoria del investigador, la cual está sujeta a prejuicios y recuerdos parciales, la técnica que más se utiliza es la grabación de audio (con el acuerdo de los participantes).⁷ Otra posibilidad es grabar la entrevista en vídeo. Aunque esta técnica puede hacer que los participantes se sientan incómodos al principio, es frecuente que el impacto negativo sobre la franqueza desaparezca una vez que la discusión se ponga en marcha. La grabación de vídeo tiene la ventaja de que permite vincular las respuestas a características individuales. Los datos de las imágenes también pueden utilizarse creativamente, por ejemplo, para determinar el grado en que un médico está centrado en el paciente. Tanto la grabación de vídeo como la de audio permiten a los investigadores poner los datos brutos a disposición de otros colegas, si bien esto plantea la cuestión de si unos y otros pueden mantener su compromiso de preservar el anonimato de los datos y tratarlos confidencialmente. Las posibilidades cada vez mayores de copiar y transferir archivos digitales de datos exigen salvaguardias superiores a las convencionales, como proteger los archivos con contraseñas y solicitar a los otros investigadores que garanticen por escrito el anonimato de los participantes. La política básica para proteger la confidencialidad es convertir en anónimos los datos mediante el uso de identificadores numéricos únicos que remitan a una base de datos independiente donde se aloje la información personal, de manera que los analistas de datos no tengan acceso automático a la identidad de los participantes.

7 Incluso cuando se graba el audio, es frecuente que el investigador tome notas durante la entrevista, ya sea para ayudar a orientar la discusión o para recopilar información adicional –por ejemplo, extraída del lenguaje corporal y la expresión facial de los entrevistados–.

Una vez grabados los datos en vídeo o en audio, se transcriben literalmente las entrevistas⁸ y, si procede, se traducen.⁹ Esta versión escrita es necesaria para el análisis en profundidad, y puede utilizarse para el análisis informático, que se comentará luego con más detenimiento. Tanto si el análisis es manual como si se lleva a cabo mediante *software* especializado, el planteamiento básico es el mismo.

En un primer paso, el analista identifica los temas principales en las transcripciones, para lo cual se concentra en las cuestiones que se mencionan con frecuencia o de manera uniforme, en las que se hace más hincapié o sobre las cuales las opiniones expresadas en las entrevistas divergen de forma sistemática. Esta labor se realiza anotando códigos (referidos a temas) junto al texto transcrito y comparándolos visualmente. El investigador hojea las transcripciones para ir comparando grupos de texto codificado y seguidamente agrupa los temas en temas principales y subtemas. Los datos textuales se estructuran luego en matrices en las que se asigna una columna a cada grupo focal o individuo y filas a los diversos temas y subtemas. Cuando esto se lleva a cabo con la ayuda de un programa de tratamiento de textos, se pueden crear las matrices trasladando a estas el texto de las transcripciones por el procedimiento de cortar y pegar. La ventaja del método basado en matrices es que facilita las comparaciones entre individuos y entre grupos o dentro de ellos, al tiempo que evita una estructura excesiva. Asimismo, permite que surjan cuestiones y opiniones tal y como las expresaron los participantes, sin demasiada interpretación por parte de los investigadores. En el recuadro 10.8 se muestra un extracto de un análisis matricial de datos recopilados mediante grupos focales en Etiopía. La matriz contiene citas de las opiniones de tres estamentos distintos sobre el sector público.

Si se analizan los datos con la ayuda de programas especializados, el primer paso consiste en proporcionar los datos de cada entrevista con una etiqueta colectiva identificativa (por ejemplo, «Médicos urbanos de Etiopía», que corresponde al encabezamiento

8 Hoy día, las grabadoras digitales generan archivos sonoros de alta calidad que pueden reproducirse en el ordenador, lo que facilita su transcripción. Sigue siendo más fiable transcribir las entrevistas manualmente, ya que los programas informáticos que transforman el habla en texto funcionan mejor cuando están adaptados a una sola voz, y no parecen ser lo bastante precisos como para transcribir debates de grupo, o incluso entrevistas individuales. Estos programas sólo existen para un número reducido de lenguas, y además persisten los problemas con el reconocimiento del vocabulario especializado.

9 Dado que existe un riesgo real de que parte de los datos se pierdan o alteren en el proceso de traducción, la exactitud es importante. Puede mejorarse retrotraduciendo el texto para poner de manifiesto desviaciones respecto al original.

Recuadro 10.8 Matriz para el análisis de los datos de grupos focales en Etiopía

	Auxiliares sanitarios	Personal de enfermería y partería	Médicos y practicantes paramédicos
Percepciones acerca del sector público	<p>La principal diferencia entre los sectores público y privado radica en el pago y la capacidad de los pacientes de pagar por los servicios médicos necesarios.</p> <p>Las condiciones de trabajo no son seguras, faltan equipos y suministros médicos. En ocasiones, el personal se ve obligado a esterilizar guantes para reutilizarlos, mientras que en los establecimientos privados se desechan.</p> <p>En la sanidad pública los suministros médicos son muy insuficientes.</p> <p>(...)</p>	<p>Trabajo en la sanidad pública. La remuneración no compensa el trabajo que hacemos. En los establecimientos privados los sueldos son buenos y no hay demasiado trabajo. El problema del sector privado es que si los propietarios encuentran a otra persona, se quedan con ella y a ti te despiden.</p> <p>En los servicios públicos prestamos servicio al conjunto de la población. Faltan muchas cosas. Para los trabajadores el sueldo no es satisfactorio. Trabajo en el sector público y la remuneración es buena.</p> <p>Las prestaciones sociales, como la pensión, el seguro de enfermedad y la seguridad del empleo son buenas razones para trabajar en centros públicos.</p> <p>(...)</p>	<p>El problema actual para el sector público es que el personal no tiene incentivos, faltan oportunidades para el desarrollo profesional, etc.</p> <p>La remuneración en el sector público no compensa adecuadamente el trabajo de los médicos. Yo no diría que la carga de trabajo les afecta a todos por igual. Mi experiencia es que la carga de trabajo no era un gran problema.</p> <p>No estoy de acuerdo en que la carga de trabajo es muy alta en los establecimientos públicos. En el sector privado uno puede tener un máximo de tres intervenciones quirúrgicas diarias. El problema es que hay que llegar puntual y marcharse a la hora debida; la remuneración es buena.</p> <p>Además, el número de instituciones privadas en las que trabajar es limitado. Puede que algunos no quieran enfrentarse a la posibilidad de quedarse sin empleo. No hay una relación madura entre el propietario de los centros y el resto de la profesión debido a la falta de experiencia.</p> <p>(...)</p>

Fuente: Los autores.

de la última columna de la matriz presentada en el recuadro 10.8). El paso siguiente es atribuir al menos un código, aunque en general son más, a cada parte coherente del texto, o a citas enteras (estos códigos corresponden a los temas y subtemas del método de la matriz).

La ventaja del análisis informatizado queda clara de inmediato, ya que permite una mayor flexibilidad en la utilización de los códigos. Por ejemplo, facilita la asignación de varios códigos a la misma cita, pero también la modificación de cualquier estructura jerárquica de aquellos. La forma en que se conciben los

códigos depende en parte de que la investigación sea exploratoria, en cuyo caso se utiliza una codificación abierta, o de que se busque probar una teoría, para lo cual el investigador utiliza fundamentalmente códigos preestablecidos. Al igual que en el método manual, los códigos se reorganizan a lo largo del análisis, a medida que van tomando forma ideas sobre los datos. La siguiente fase de la investigación consiste en identificar patrones entre los datos codificados. El análisis informatizado es más flexible porque facilita la codificación y, al término de esta, los datos pueden recuperarse o combinarse de diversas maneras aplicando los códigos. Además, permite un grado de análisis más avanzado, ya que busca patrones en los datos. Dado que una cita puede recibir varios códigos, se puede buscar la asociación entre códigos o en qué medida algunas cuestiones se suscitan juntas. Una posible desventaja es el coste inicial del aprendizaje del programa, por lo que el uso de *software* para el análisis puede resultarles menos atractivo a los programas independientes de pequeña escala. En el recuadro 10.9 se ofrece un ejemplo práctico de un análisis informatizado.

Para hacer frente a los problemas de fiabilidad y validez del análisis resultante pueden adoptarse las medidas siguientes:

- Dado que la investigación cualitativa se centra fundamentalmente en los puntos de vista de los participantes, puede mejorarse la validez de los resultados del estudio presentándoselos a aquellos e integrando sus comentarios al producto de la investigación.

- Plasmar por escrito las hipótesis del estudio y la información contextual permite a los lectores y a los posibles usuarios calibrar en qué medida los resultados de la investigación pueden ser comparables a otro contexto.
- Se puede mejorar la fiabilidad interna –que denota en qué medida otros investigadores habrían llegado a las mismas conclusiones– mediante una auditoría que examine los procedimientos de recopilación y análisis de los datos e identifique las posibles fuentes de sesgo. Un planteamiento más intensivo consiste en que otros investigadores vuelvan a codificar los mismos datos cualitativos, sobre todo en el caso de que la codificación sea libre, y se comparen los resultados.

10.3.5 Elaboración de informes

Dado que la investigación cualitativa maneja datos en forma de texto, puede resultar complicado presentar los resultados de una manera fácil de asimilar. Es tentador incluir demasiadas citas en el informe final, por lo que el investigador debe regirse por la norma básica de elegir sólo una pequeña proporción de las que *desearía* incluir. Suele resultar útil compilar un «resumen de citas» después de realizar el análisis, pero antes de presentar los informes. Puede contener hasta diez citas por tema y ayuda a seleccionar las más adecuadas para el informe final y la presentación. Las citas se eligen generalmente por su relevancia y porque se refieren a un tema importante de la discusión. No porque el número de citas sea mayor, el lector va a encontrarlas más convincentes. En el informe final, las

Recuadro 10.9 Registrar, transcribir, codificar y analizar: el ejemplo de un estudio sobre personal sanitario en Rwanda

En el estudio sobre personal sanitario de Rwanda se organizaron diez grupos focales. Las discusiones se grabaron digitalmente y se obtuvo un archivo sonoro de cada grupo. Los archivos se transcribieron, lo que generó registros escritos de entre 10 y 15 páginas cada uno. Si la discusión se había producido en kinyaruanda, se traducía al francés. El análisis se llevó a cabo mediante el programa de análisis de datos cualitativos *QSR NVivo 2.0*. Su principal ventaja radica en la facilidad para codificar los resultados y en las funciones que permiten visualizar diversas representaciones transversales de los datos. Sin embargo, no permite generar una panorámica general de los datos en una estructura matricial.

En primer lugar se codificaron todas las transcripciones: se atribuyó un código a cada unidad de datos (cita). En total se emplearon 35 códigos que reflejaban los muy diversos intereses del estudio, por ejemplo: *vocación, rural frente a urbano, salida del sector sanitario, satisfacción con el empleo, remuneración, absentismo, corrupción*. Una misma cita podía recibir varios códigos si hacía referencia a varios temas, lo que permitía estudiar las asociaciones entre citas. En total, se examinaron 1203 citas.

Fuente: Los autores.

citas principales se integran en el cuerpo del texto o se presentan en recuadros aparte.

En la elaboración de informes de investigación cualitativa también es importante dedicar un espacio a la descripción de las técnicas utilizadas. Ser transparentes y explícitos acerca del método del estudio, incluyendo los guiones y las hojas de selección de los participantes, señalando los problemas surgidos en la aplicación y describiendo cómo se llevó a cabo el análisis, aumenta la confianza de los lectores en los resultados y permite reproducir el estudio en otro contexto.

10.4 Resumen

En este capítulo se sostiene que las técnicas cualitativas pueden desempeñar un papel importante en la mejora de nuestro conocimiento de los problemas y las políticas relacionados con el personal sanitario. Dichas técnicas son particularmente adecuadas para llegar a una comprensión de un entorno complejo que permita generar y perfeccionar hipótesis (que pueden probarse mediante estudios cuantitativos), así como para identificar y abordar los problemas relacionados con la medición. Estas cualidades quedan reflejadas en el creciente acervo de investigaciones cualitativas sobre personal sanitario. En muchos estudios se combinan varios métodos cualitativos: los más utilizados son las entrevistas individuales y los grupos de discusión, mientras que un tercero, la observación participante, es una opción, pero se usa menos. Además, muchos de ellos sirven de complemento a estudios cuantitativos, ya sea para comprender mejor los interrogantes planteados por la investigación cuantitativa o como preparación para una encuesta de ese tipo.

La realización de investigaciones cualitativas plantea diversos retos metodológicos y prácticos. Por ello, un objetivo importante de este capítulo ha sido ofrecer orientaciones prácticas sobre la forma de diseñar y llevar a cabo este tipo de estudios. Un mensaje importante al respecto es que para obtener datos de buena calidad hay que preparar y realizar cuidadosamente el estudio. Pese a que los métodos cualitativos tienen puntos débiles –sobre todo la deficiente objetividad derivada de la participación del investigador en la producción e interpretación de los datos–, estos pueden compensarse considerablemente en el diseño del estudio. La transparencia al informar del método aplicado (por ejemplo, incluyendo los guiones, la selección de los participantes y el método de análisis) aumenta la credibilidad de los resultados del estudio y, sin embargo, es algo que muchos estudios siguen desatendiendo; además, permite reproducir las investigaciones en un contexto distinto. Un segundo mensaje

es que no debe abordarse la investigación cualitativa aisladamente: combinar distintos métodos refuerza la validez de los resultados del estudio, y el alto grado de complementariedad entre los métodos cualitativo y cuantitativo pide combinar ambos.

La utilidad de la futura investigación cualitativa sobre recursos humanos para la salud se juzgará en función de lo que ayude a reorientar las políticas. Por ejemplo, en general, las políticas de recursos humanos en el sector de la salud han hecho hincapié en un enfoque de planificación de la fuerza laboral –basándose en la suposición de que el personal sanitario es competente y está motivado para servir al público, pero se muestra pasivo en sus decisiones profesionales–. Sin embargo, en la actualidad se está generalizando la idea de que estos trabajadores, al igual que otros profesionales, reaccionan intencionalmente a los incentivos de su entorno y tratan de equilibrar su propia felicidad y la de su familia con la preocupación por los pacientes. En consecuencia, cada vez es más frecuente que la investigación sobre trabajadores sanitarios incorpore una perspectiva de mercado laboral y utilice más conceptos e ideas de la economía laboral y personal, como ilustran estudios recientes sobre satisfacción en el empleo (51), participación de las mujeres en el mercado laboral (52), y diseño organizativo y toma de decisiones (53), así como el creciente interés de la economía por el uso de métodos cualitativos (véase, por ejemplo, Bewley (54)). Dado el limitado conocimiento que se tiene de los mercados de trabajo del personal sanitario y su complejo contexto institucional, las técnicas de investigación cualitativa están destinadas a utilizarse fundamentalmente en las primeras etapas de esta nueva vía de investigación sobre el personal de salud. Unos estudios cualitativos basados en diseños cuidadosos y métodos robustos serán un poderoso instrumento para apoyar el desarrollo de estas y otras líneas innovadoras de investigación sobre la fuerza laboral sanitaria.

Referencias

1. Becker HS. The epistemology of qualitative research. In: Jessor R, Colby A, Shweder RA, eds. *Ethnography and human development: context and meaning in social inquiry*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
2. Bryman A. *Social research methods*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
3. Bryman A, Burgess RG, eds. *Analyzing qualitative data*. New York, Routledge, 1994.
4. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *The SAGE handbook of qualitative research*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2005.
5. Flick U, ed. *The SAGE qualitative research kit*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2007.
6. Greene JC. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.
7. Seale C. Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1999, 5(4):465–478.
8. Silverman D. *Doing qualitative research: a practical handbook*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2005.
9. Silverman D. *Interpreting qualitative data*, 3rd ed. London, Sage Publications, 2006.
10. Walker R. *Applied qualitative research*. Aldershot, Gower Publishing Company, 1985.
11. Wolcott HF. *Writing up qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2008.
12. Holland J, Campbell J. *Methods in development research: combining qualitative and quantitative approaches*. Bourton Hall, IDTG Publishing, 2005.
13. Denscombe M. *The good research guide: for small-scale social research projects*. Buckingham, Open University Press, 1998.
14. Tesch R. *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, Falmer Press, 1990.
15. Hammersley M. The relationship between qualitative and quantitative research: paradigm loyalty versus methodological eclecticism. In: Richardson JTE, ed. *Handbook of research methods for psychology and the social sciences*. Leicester, BPS Books, 1996.
16. Bryman A. Quantitative and qualitative research strategies in knowing the social world. In: May T, Williams M, eds. *Knowing the social world*. Buckingham, Open University Press, 1998.
17. Halfpenny P. The analysis of qualitative data. *Sociological Review*, 1979, 27(4):799–825.
18. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications for health research. *Qualitative Health Research*, 1998, 8(3):362–376.
19. *Q-squared: combining qualitative and quantitative approaches in poverty analysis*. Centre for International Studies (<http://www.q-squared.ca/>, accessed 25 January 2009).
20. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris, Karthala, 2003.
21. McPake B, Asiimwe A, Mwesigye F et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine*, 1999, 49(7):849–865.
22. Ferrinho P, Omar MC, Fernandes MD et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4 (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4>, accessed 25 January 2009).
23. Kyaddondo D, Whyte SR. Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18(4):329–342.
24. Israr SM, Razum O, Ndirforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis: a case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5(4):288–292.
25. Gruen R, Anwar R, Begum T et al. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(2):267–279.
26. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR et al. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):332–338 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/3/332>, accessed 25 January 2009).
27. Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health*, 2007, 5:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/5/1/5>, accessed 25 January 2009).
28. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70(1):109–123.
29. Franco LM, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 2004, 58(2):343–355.
30. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in north Viet Nam. *Human Resources for Health*, 2003, 1:10 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10>, accessed 25 January 2009).
31. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 2006, 4:24 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>, accessed 25 January 2009).
32. Brewer CS, Zayas LE, Kahn LS, Sienkiewicz MJ. Nursing recruitment and retention in New York State: a qualitative workforce needs assessment. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2006, 7(1):54–63.

33. Muula AS, Maseko FC. How are health professionals earning their living in Malawi? *BMC Health Services Research*, 2006, 6:97 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/97>, accessed 25 January 2009).
34. Robinson V, Carey M. Peopling skilled international migration: Indian doctors in the UK. *International Migration*, 2000, 38(1):89-108.
35. Hardill I, MacDonald S. Skilled international migration: the experience of nurses in the UK. *Regional Studies*, 2000, 34(7):681-692.
36. Troy PH, Wyness LA, McAuliffe E. Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health*, 2007, 5:15 (<http://www.human-resources-health.com/content/5/1/15>, accessed 25 January 2009).
37. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Sciences and Medicine*, 1998, 47(11):1781-1795.
38. Asenso-Okyere WK, Osei-Akoto I, Anum A, Adukonu A. The behaviour of health workers in an area of cost sharing: Ghana's drug cash and carry system. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(8):586-593.
39. Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 2006, 4:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/6>, accessed 25 January 2009).
40. Lindelow M, Serneels P. The performance of health workers in Ethiopia: results from qualitative research. *Social Science and Medicine*, 2006, 62(9):2225-2235.
41. Lievens T, Serneels P. *Synthesis of focus group discussions with health workers in Rwanda*. World Bank Research Report. Washington, DC, World Bank and Rwanda Ministry of Health, 2006.
42. Serneels P, Lindelow M, Lievens T. Qualitative research to prepare quantitative analysis: absenteeism among health workers in two African countries. In: Amin S, Das J, Goldstein M, eds. *Are you being served? New tools for measuring service delivery*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/F6K1IC0700>, accessed 25 January 2009).
43. Frechtling J, Sharp Westat L, eds. *User-friendly handbook for mixed method evaluations*. Arlington, VA, National Science Foundation, 1997 (<http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm>, accessed 25 January 2009).
44. Atkinson R. *The life story interview*. Qualitative Research Methods Series, volume 44. London, Sage Publications, 1998.
45. Kitzinger J. Understanding AIDS: researching audience perceptions of acquired immune deficiency syndrome. In: Eldridge J, ed. *Getting the message: news, truth and power*. London, Routledge, 1993.
46. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1994.
47. LeCompte MD, Goetz JP. Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 1982, 52(1):31-60.
48. Lincoln YS, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, Sage Publications, 1985.
49. Mason J. *Qualitative researching*, 2nd ed. London, Sage Publications, 2002.
50. Hurley RE. Qualitative research and the profound grasp of the obvious. *Health Services Research*, 1999, 34(5 part 2):1119-1136 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089056&blobtype=pdf>, accessed 25 January 2009).
51. Bitsch V, Hogberg M. Exploring horticultural employees' attitudes toward their jobs: a qualitative analysis based on Herzberg's theory of job satisfaction. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, December 2005.
52. Kwagala B. Integrating women's reproductive roles with productive activities in commerce: the case of businesswomen in Kampala, Uganda. *Urban Studies*, 1999, 36(9):1535-1550.
53. Friebe G, Panova E, Shaw K. Insider privatization and careers: a study of a Russian firm in transition. In: Bender S, Lane J, Shaw K et al., eds. *The analysis of firms and employees: quantitative and qualitative approaches*. Chicago, University of Chicago Press, 2008.
54. Bewley TF. *Why wages don't fall during a recession*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999.

11

Análisis y síntesis de la información sobre recursos humanos para la salud a partir de múltiples fuentes: estudios de casos

GUSTAVO NIGENDA, JOSÉ ARTURO RUIZ, CHRISTOPHER H HERBST, AARUSHI BHATNAGAR, KRISHNA D RAO, INDRANI SARAN, SHOMIKHO RAHA

11.1 Introducción

Para los decisores, los gestores de programas, los asociados para el desarrollo y otros interesados es cada vez más importante disponer de medidas puntuales y fiables del personal sanitario porque son elementos clave del seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Sin embargo, el seguimiento de los recursos humanos para la salud (RHS) puede ser difícil y complejo. Las estimaciones de los efectivos, de la combinación de capacidades o de otras características pueden diferir en función de las fuentes de datos y de los métodos de ajuste empleados para corregir las deficiencias de estos (si las hay). Lo ideal es que los datos procedan de un sistema integral y armonizado de información sanitaria que incluya a todas las personas que han recibido formación sanitaria o trabajan en la promoción, la protección o la mejora de la salud de la población, así como el tipo de competencias que han adquirido o utilizan. Sin embargo, las fuentes de datos con las que se alimentan dichos sistemas tienden a ser fragmentarias e incompletas, lo que puede dar lugar a sesgos en cualquier medición basada en ellos. Lamentablemente, los métodos para medir la dinámica del personal sanitario van muy a la zaga de la demanda de información y pruebas científicas.

Como ya se trató en el capítulo 3 de este manual, hay varias fuentes que pueden producir datos de interés para el análisis de los RHS, como los censos y las encuestas de población y de establecimientos sanitarios, la documentación administrativa y los estudios cualitativos. Utilizando varias de ellas pueden obtenerse estimaciones de mejor calidad de las características del personal sanitario y una panorámica mucho más completa (1). Es conveniente unificar datos procedentes de diversas fuentes de información en lugar de basarse en una sola. La dependencia de una única fuente aumenta el riesgo de tomar decisiones basadas en estadísticas incompletas o sesgadas (2).

Puede emplearse una estrategia de triangulación (cotejo y síntesis de los datos disponibles sobre un tema

utilizando varias fuentes y métodos) para identificar posibles diferencias en la cobertura, la clasificación y la notificación de la información y unificar estos aspectos. La triangulación puede ser útil en la formulación de políticas y la toma de decisiones cuando existen múltiples fuentes de datos (como ocurre a menudo en el análisis de los RHS). Mientras los estudios basados en una sola investigación buscan maximizar el rigor científico por medio de la validez interna, con la triangulación se aspira a tomar las mejores decisiones de salud pública partiendo de la información disponible. El uso óptimo de las fuentes de datos existentes por medio de la triangulación permite conocer rápidamente la situación y facilita la toma de decisiones oportunas y basadas en pruebas científicas.

En este capítulo se presentan tres estudios de casos sobre los usos de la triangulación en el análisis de los RHS, con aplicaciones ilustrativas en algunos países de ingresos bajos y medianos. Se comentan tanto la dimensión informacional como la dimensión metodológica de las diversas formas de abordar esta estrategia. Partiendo de estudios de casos de México, la India y Zambia, se revisan las posibilidades de extraer datos de interés para medir un determinado indicador de los RHS a partir de diversas fuentes de información, se analiza de qué forma puede utilizarse la triangulación para determinar la fiabilidad de la información disponible y se investiga la manera de extraer información nueva triangulando los datos entre distintos tipos de fuentes.

11.2 Identificación de posibles fuentes de información y su uso para estimar indicadores de la participación en el mercado laboral sanitario de México

Los trabajadores sanitarios constituyen un grupo heterogéneo cuyas actividades son muy diversas en función de cómo estén incorporados en el mercado laboral. Medir la dinámica del personal sanitario

puede ser complejo, pero existen también oportunidades viables de generar estimaciones precisas a partir de fuentes estadísticas ordinarias. A diferencia de la población general, el personal sanitario es, en general, un grupo muy calificado de trabajadores en el que el nivel de instrucción y el campo de formación tienden a estar estrechamente correlacionados con la naturaleza de sus puestos de trabajo. La formulación de políticas de RHS basadas en pruebas científicas exige evaluar de forma continua los posibles desequilibrios entre la capacitación formal obtenida por los trabajadores sanitarios y su estatus profesional y actividades laborales actuales (3).

En México pueden utilizarse diversas fuentes para determinar el número de profesionales sanitarios y su situación laboral. Comprenden el Censo General de Población y Vivienda y la Encuesta Nacional de Empleo. Los censos los realiza cada diez años el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (4). El censo de 2000 tocó diversos temas relacionados con la educación y las actividades en el mercado de trabajo (cuadro 11.1). Además, a mitad del intervalo intercensal se lleva a cabo un recuento (conteo) que recopila información de una muestra representativa de

la población. Sin embargo, el último recuento (2005) no incluyó preguntas sobre el campo de formación o la actividad laboral, por lo que no generó la información necesaria para el análisis del personal sanitario. Aunque en el anterior recuento (1995) se recopiló alguna información de interés, ciertas diferencias en el texto del cuestionario respecto al del censo mermaron la comparabilidad de algunos indicadores entre estas dos fuentes. Una limitación importante era la imposibilidad de hacer un seguimiento del campo de educación a lo largo del tiempo.

En México, como en muchos otros países, se llevan a cabo periódicamente encuestas de población activa que representan una buena fuente de actualizaciones regulares de la situación laboral del personal sanitario (5). La encuesta mexicana de empleo se realiza trimestralmente desde 1988 y recopila información sobre las características demográficas de la población (como el nivel de instrucción y el campo de formación), la actividad en el mercado de trabajo (participación, situación en el empleo, ocupación, sector de actividad) y las condiciones laborales (ingresos, prestaciones, horas trabajadas), entre otras.

Cuadro 11.1 Preguntas sobre educación y actividad laboral incluidas en los censos de población y los conteos intercensales nacionales de México, 1995–2005

Fuente Indicador	Conteo de población y vivienda, 1995	XII Censo de población y vivienda, 2000	Conteo de población y vivienda, 2005
Nivel de instrucción	Último año o grado de enseñanza formal aprobado por el encuestado. Nueve respuestas posibles.	Último año o grado de enseñanza formal aprobado por el encuestado. Ocho respuestas posibles.	Último año o grado de enseñanza formal aprobado por el encuestado. Diez respuestas posibles.
Campo de formación	n. d.	Nombre de la carrera (para encuestados con los niveles de instrucción más altos). Pregunta de respuesta libre.	n. d.
Actividad en el mercado laboral	Participación en el mercado laboral durante la semana anterior. Nueve respuestas posibles.	Participación en el mercado laboral durante la semana anterior. Ocho respuestas posibles.	n. d.
Ocupación	Denominación de la ocupación o puesto de trabajo. Pregunta de respuesta libre.	Denominación de la ocupación o puesto de trabajo. Pregunta de respuesta libre.	n. d.
	Naturaleza de las actividades o tareas laborales. Pregunta de respuesta libre.	Naturaleza de las actividades o tareas laborales. Pregunta de respuesta libre.	n. d.
Rama de la actividad económica	Lugar de trabajo por tipo. Ocho posibles respuestas.	Lugar de trabajo por tipo. Pregunta de respuesta libre.	n. d.
	Lugar de trabajo por tipo. Pregunta de respuesta libre.	Principal actividad económica en el lugar de trabajo. Pregunta de respuesta libre.	n. d.

n. d. No disponible (no se recopiló información).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (4).

El hecho de que el censo y la encuesta de empleo incluyan preguntas sobre la formación y la actividad en el mercado laboral permite estimar a partir de ambas fuentes el número de médicos, enfermeros y profesionales sanitarios de otros estamentos que hay en el país, y su situación en el empleo. Entre los que están empleados en este momento es posible determinar el tipo de actividad que desempeñan y si guarda relación con el campo académico en el que se formaron. Los datos disponibles ofrecen, asimismo, estimaciones del número de personas con formación relacionada con la salud y sin actividad en el mercado laboral formal (por ejemplo, se dedican a quehaceres domésticos, están jubiladas o tienen mala salud).

Esta información es útil para medir el despilfarro de RHS, con el que se hace referencia a los recursos humanos calificados que, pese a tener edad de participar en el mercado laboral, están en situaciones de empleo inadecuadas porque no están trabajando o porque desempeñan actividades que no se corresponden con su formación (6). Desde el punto de vista del fortalecimiento de los sistemas sanitarios, el hecho de que personas calificadas no pongan en práctica las capacidades específicas fruto de su formación supone un despilfarro de la inversión social, pública o privada, que no redundará en beneficios ni para la población ni para los propios trabajadores. Las personas formadas en la prestación de servicios de salud que permanecen fuera de esta por diversas razones (capacidad insuficiente de absorción por parte del mercado, motivación personal) se clasifican en varias categorías:

- Subempleados: personas que han completado su capacitación formal y en la actualidad tienen un puesto de trabajo, pero realizan actividades no relacionadas con su formación. Pertenecen a esta categoría los profesionales sanitarios capacitados que trabajan fuera de los servicios de salud, y que representan un desequilibrio de las competencias profesionales. El concepto es coherente con la definición de subempleo de la Organización Internacional del Trabajo, que comprende a las personas cuyo «puesto de trabajo es insuficiente, en relación con determinadas normas o alternativas de empleo, teniendo en cuenta [su] capacidad profesional» (7).¹
- Desempleados: personas que ejercen presión activamente sobre el mercado laboral buscando un puesto de trabajo o esperando el resultado de una solicitud de empleo (durante un periodo de

referencia, como la semana anterior a la recogida de datos). La definición puede extenderse también a quienes buscan trabajo fuera del sector económico formal.

- Inactivos-aptos: personas que en este momento no están buscando empleo, pero serían aptas para trabajar en virtud de sus competencias, su edad y su capacidad. Ello incluye a quienes han optado por retirarse del mercado de trabajo como una opción personal (a corto o largo plazo), incluidas las personas dedicadas a las labores domésticas.
- Inactivos-no aptos: personas no disponibles o que no pueden trabajar, por ejemplo, por jubilación, estudios, discapacidades que limitan la capacidad de trabajar u otros motivos.

El cuadro 11.2 muestra algunos resultados de indicadores del despilfarro de RHS en México basados en dos fuentes distintas (8). Se utilizaron microdatos, es decir, datos obtenidos de entrevistados individuales, procedentes del último censo de población y de la ronda de encuestas nacionales de empleo correspondiente al mismo periodo (tercer trimestre del año 2000). Los indicadores se refieren al personal médico y de enfermería, calculado utilizando las mismas definiciones de ambas fuentes de datos. Aunque se aplicó un método similar, se observan importantes diferencias en el número total de médicos (los resultados de la encuesta superan en un 20% aproximadamente a los del censo), pero los indicadores de la fuerza laboral (en porcentajes) son en general coherentes entre ambas fuentes.

En lo que concierne a los profesionales de la enfermería, a diferencia de lo que ocurre con los médicos, las estimaciones de los efectivos totales son más reducidas según las encuestas que según el censo (un 7% más bajas), y los indicadores de participación en la población activa muestran una mayor asimetría. Por ejemplo, la tasa de empleo entre los enfermeros difiere 9 puntos porcentuales entre ambas fuentes, y las tasas de subempleo y de desempleo distan unos 6 puntos en cada caso.

Es posible que las discrepancias entre las dos fuentes de datos mexicanas en cuanto a las estimaciones de los indicadores de actividad de los profesionales sanitarios en el mercado laboral obedezcan a diferencias en el muestreo, la formación de los responsables del recuento y de la supervisión sobre el terreno, la codificación de las descripciones que hacen los encuestados de su ocupación, las operaciones de entrada y procesamiento de datos, u otras consideraciones metodológicas.

1 Una alternativa a la determinación del subempleo basada en las capacidades consiste en aplicar un criterio cronológico, como en el caso de los profesionales sanitarios empleados en servicios de salud que han trabajado por debajo de un umbral relacionado con el tiempo de trabajo (por ejemplo, han trabajado menos que lo que se considera trabajo a tiempo completo en un país).

Cuadro 11.2 Efectivos y distribución del personal médico y enfermero por situación en el mercado de trabajo, basado en datos censales y de encuestas de México, 2000

Fuente de datos Indicador	Censo		Encuesta de empleo	
	Número	%	Número	%
Médicos				
Empleados	142 923	70	189 930	74
Subempleados	26 733	13	28 457	11
Desempleados	10 892	5	7 036	3
Trabajo doméstico	7 895	4	14 556	6
No disponibles para trabajar	16 335	8	17 509	7
Total	204 778	100	257 488	100
Profesionales de enfermería				
Empleados	57 834	55	62 406	64
Subempleados	16 128	15	7 666	8
Desempleados	7 143	7	1 254	1
Trabajo doméstico	16 971	16	19 530	20
No disponibles para trabajar	6 659	6	7 124	7
Total	104 735	100	97 980	100

Nota: Se consideran subempleados los profesionales que han terminado la formación universitaria en medicina o enfermería, pero llevan a cabo actividades laborales no relacionadas con dicha formación. Se consideran no disponibles para trabajar las personas que están jubiladas o estudiando, o que padecen una discapacidad que limita su capacidad de trabajar. Los porcentajes pueden no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (8).

También se desprende de este estudio de caso que las fuentes estadísticas ordinarias pueden ser un instrumento útil para el análisis de los RHS en muchos países. En el contexto mexicano, los datos disponibles permiten cuantificar el concepto esencialmente cualitativo de despilfarro de personal sanitario, lo que a su vez ayuda a sensibilizar a los responsables de la toma de decisiones de la magnitud de los desafíos relacionados con los RHS y a orientar las recomendaciones de políticas (6). Pese a los obstáculos al acceso a trabajadores sanitarios calificados que perciben algunos segmentos de la población, los datos demuestran que, simultáneamente, existen en el país un gran número de proveedores capacitados que no trabajan en la prestación de servicios de salud. Aunque el presente análisis se limitaba a los médicos y los enfermeros, podría sin duda ampliarse a otros grupos de profesionales y técnicos sanitarios, y en última instancia a otros países en los que los textos de los cuestionarios de esas fuentes sean similares.

Es crucial evaluar los datos y, a ser posible, realizar ajustes que compensen sus deficiencias, para validar las fuentes de información sobre RHS que van a guiar

la formulación de políticas y la planificación. Los cotejos aquí presentados son informativos, pero no ofrecen una base para evaluaciones o ajustes formales de las cifras notificadas. Es probable que la repetición de este ejercicio a lo largo de censos sucesivos o en varios países traiga consigo mejoras en los procedimientos de estimación y evaluación. En México, las posibilidades de análisis de las tendencias temporales eran limitadas porque los instrumentos de recopilación de datos del censo y los de los recuentos intercensales diferían entre sí, lo que restringía la posibilidad de calcular indicadores de interés a partir de estos últimos. Se anima a los países a que compilen y publiquen la información disponible de todas las fuentes, incluso aunque a primera vista los datos puedan parecer de calidad cuestionable. Ello podría reforzar las posibilidades, que quizá de otro modo se perderían, de desarrollar técnicas para evaluar y ajustar dichos datos y aprender de la experiencia.

11.3 Uso de varias fuentes de información para obtener estimaciones óptimas del personal sanitario de la India

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos es preciso reforzar las estimaciones sobre RHS notificadas por los ministerios de salud y los organismos conexos en cuanto a su exhaustividad, fiabilidad y puntualidad. En la India, la información sistemática sobre el personal sanitario nacional adolece de varias limitaciones. Las notificaciones de los órganos de reglamentación profesional de los estados –que constituyen la base de las estadísticas oficiales sobre personal sanitario– tienden a ser inexactas debido a la ausencia de ajustes para tener en cuenta a los trabajadores sanitarios que abandonan la fuerza laboral por fallecimiento, emigración o jubilación, o al doble recuento de trabajadores inscritos en más de un estado. Además, no todos los estados aplican el mismo procedimiento de inscripción, lo que plantea problemas de comparabilidad; por ejemplo, el Consejo Médico de Delhi exige a los médicos en ejercicio que renueven la inscripción cada cinco años, requisito que no rige en otros estados. Por último, las estadísticas oficiales no registran determinadas categorías de trabajadores sanitarios (como los investigadores biomédicos, los fisioterapeutas y los tecnólogos de laboratorio), lo que dificulta la estimación del volumen total y la composición del personal sanitario (9, 10).

Como se ha comentado anteriormente, pueden utilizarse diversas fuentes de datos disponibles en la mayoría de los países para ofrecer información útil sobre los RHS. En este análisis se comparan estimaciones del número de trabajadores sanitarios obtenidas de fuentes oficiales y de fuentes estadísticas ordinarias (poblacionales):

- Se obtuvieron de los consejos médicos y de enfermería de la India estadísticas oficiales del número de médicos y enfermeros inscritos (se basan en la compilación de informes de sus homólogos de los estados y abarcan los sectores público y privado); otras estadísticas sobre RHS se extrajeron de diversos informes del Ministerio de Salud (11–13).
- A partir del censo de 2001 de la India, en el que se recopiló información sobre la ocupación declarada por todas las personas del país, se extrajeron recuentos de personal sanitario correspondientes a varios grupos profesionales (14). En el presente análisis se utiliza una muestra de microdatos censales del 20% de las áreas censales rurales y el 50% de las urbanas en todos los distritos, lo que representa una muestra de aproximadamente 300 millones de personas, y se le aplican coeficientes de ponderación para que represente a toda la población.

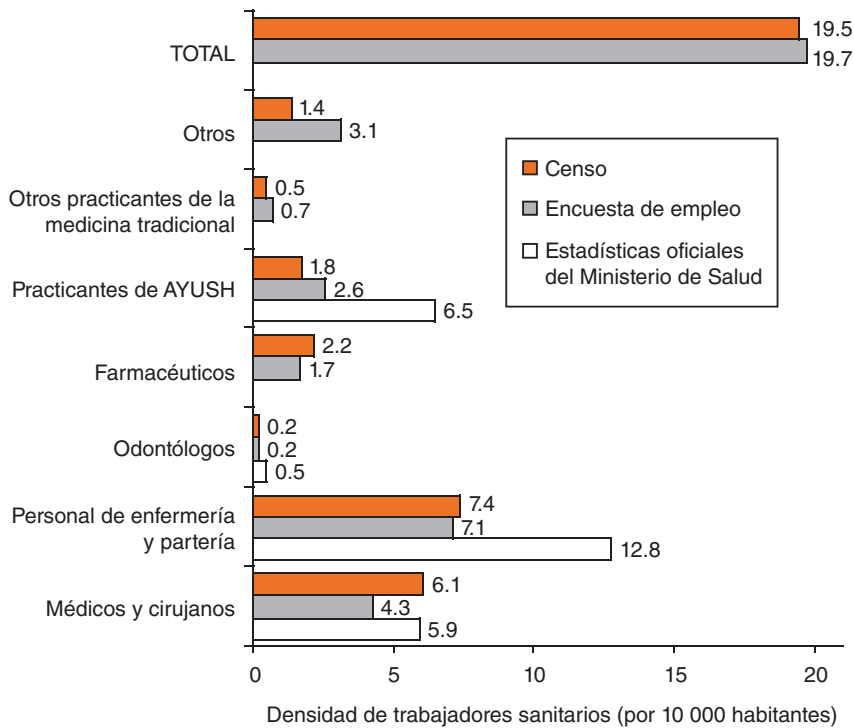
- También se obtuvieron estimaciones de los efectivos de diversos estamentos profesionales sanitarios a partir de la ronda de 2004–2005 de una encuesta quinquenal de empleo y desempleo llevada a cabo por la National Sample Survey Organisation (15). La encuesta de hogares representativa a nivel nacional registró la principal actividad económica declarada por las personas que estaban empleadas.

Se hicieron algunos ajustes para que las estimaciones de la encuesta de empleo y las del censo fueran comparables. Las estimaciones censales se registraron en marzo de 2001, mientras que la encuesta se llevó a cabo entre julio de 2004 y junio de 2005. Partiendo del supuesto de que el crecimiento del personal sanitario es similar al de la población general, se incrementaron las estimaciones censales en un 8% para reflejar el crecimiento demográfico entre 2001 y 2005.

Los trabajadores sanitarios se identificaron en el censo y las encuestas de empleo mediante la Clasificación Nacional de Ocupaciones (16). El censo utilizó la última versión de 2004 de la clasificación (también conocida como NCO-04), mientras que la encuesta empleó los códigos de 1968 (NCO-68). En las estimaciones que se presentan aquí, se convirtieron los códigos de la NCO-68 en los de la NCO-04 con una escasa pérdida de información. Para mejorar aún más la comparabilidad entre las dos fuentes, algunas categorías de trabajadores sanitarios se dividieron o se fusionaron. Por ejemplo, dado que la función de enfermeros y parteros es a menudo similar, se fusionaron en una sola categoría. En un número limitado de casos en los que faltaba información ocupacional, algunas personas asalariadas fueron identificadas como trabajadores sanitarios basándose en su rama de la actividad económica o sus calificaciones académicas.

El conjunto definitivo de categorías de trabajadores sanitarios para el que se elaboraron estimaciones comprendía médicos y cirujanos (profesionales de la medicina alopática), personal de enfermería y partería, odontólogos, farmacéuticos, practicantes de AYUSH (medicina ayurvédica, yoga, unani, sidha y homeopatía), otros practicantes de la medicina tradicional, y otros (dietistas, ópticos, ayudantes de odontología, fisioterapeutas, asistentes y técnicos médicos, otro personal hospitalario).

Como se observa en la figura 11.1, en general las estimaciones oficiales del Ministerio de Salud son más elevadas que las basadas en el censo y en la encuesta, y entre estas dos últimas fuentes la concordancia es significativamente superior. Las cifras más similares en las tres fuentes eran las correspondientes al personal médico y odontológico. En total, las estimaciones

Figura 11.1 Densidad del personal sanitario por estamento profesional, según la fuente de datos, India 2005

Fuentes: Indian Nursing Council (11), Medical Council of India (12), Central Bureau of Health Intelligence (13), Census of India 2001 (14), National Sample Survey Organization 2004–2005 (15).

basadas en el censo y la encuesta de empleo indican que existen unos 2,1 millones de trabajadores sanitarios en la India, lo que representa una densidad de alrededor de 20 trabajadores sanitarios por cada 10 000 habitantes. No se dispone de estadísticas comparativas del número total de trabajadores sanitarios procedentes de fuentes administrativas. También quedan excluidos de estas estimaciones los aproximadamente 1,5 millones de trabajadores comunitarios de salud, para los cuales no se incluye un código ocupacional específico en la clasificación actual (aunque es posible que algunos de estos trabajadores queden registrados bajo el rubro de personal de enfermería y partería).

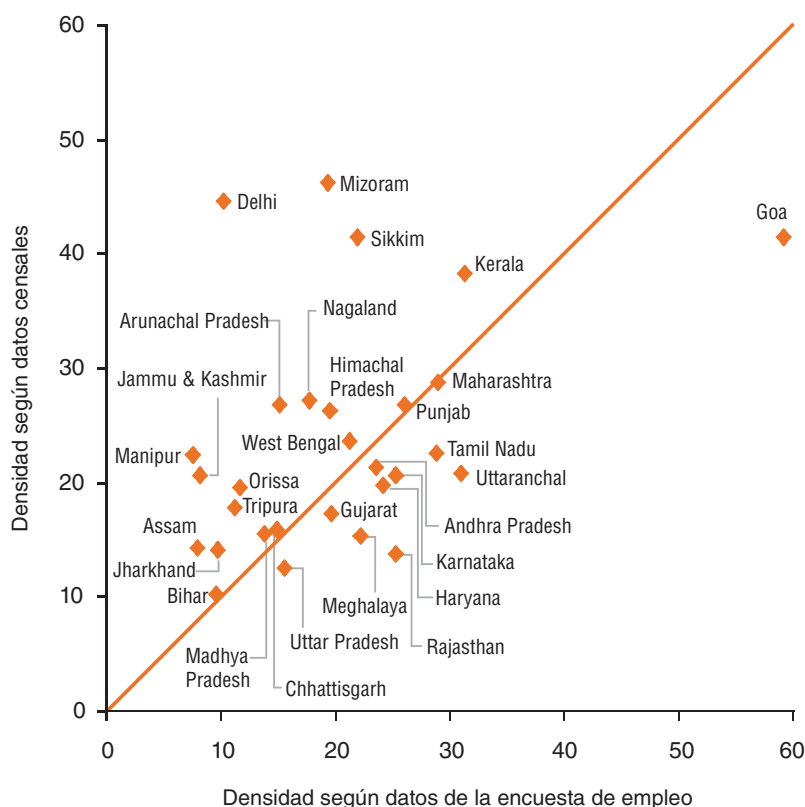
Otros análisis de los datos del censo y las encuestas revelan notables diferencias en la densidad del personal sanitario (sin distinción de grupos profesionales) de los estados de la India (figura 11.2). En la mayoría de ellos, las estimaciones censales son más altas que las obtenidas a partir de la encuesta de empleo. La pequeña muestra de esta última no permite hacer estimaciones desagregadas robustas a nivel de estado.

Las estimaciones del personal sanitario que utilizan datos del censo y de la encuesta de empleo tienen varias ventajas. Al basarse en recuentos poblacionales, evitan el problema de la doble contabilidad, cubren

una amplia gama de ocupaciones sanitarias, están disponibles para todas las zonas del país y tienen menos problemas de comparabilidad porque emplean códigos ocupacionales normalizados. Sin embargo, estas fuentes de información también adolecen de ciertas limitaciones. En particular, no pueden proporcionar estimaciones del personal sanitario de forma continua, toda vez que la encuesta de empleo de la India sólo se lleva a cabo cada cinco años, y el censo, cada 10 años.

En conjunto, el censo parece ser la mejor fuente disponible para las estimaciones del personal sanitario. El gran tamaño de la muestra de microdatos utilizada en este caso –que comprendía todos los distritos del país y, dentro de cada distrito, tanto las áreas urbanas como las rurales– permitió estimaciones robustas en todas las categorías de trabajadores sanitarios y por estados. En el ejemplo de la India, las estimaciones censales han mostrado una buena correspondencia con las obtenidas a partir de la encuesta en el nivel de datos agregados, lo que es signo de fiabilidad.

Figura 11.2 Densidad del personal sanitario (por 10 000 habitantes): datos censales frente a datos de la encuesta de empleo, por estado, India 2005



Fuentes: Census of India 2001 (14), National Sample Survey Organization 2004–2005 (15).

11.4 Triangulación de datos de dos fuentes distintas para el seguimiento del absentismo y los «trabajadores fantasmas» en el personal sanitario de Zambia

El absentismo del personal sanitario alimenta las ineficiencias y las inequidades en muchos mercados laborales sanitarios del mundo en desarrollo. Como ocurre con otras dimensiones de la crisis del personal sanitario, se necesitan datos e información adecuados para que gobiernos y asociados puedan abordar el problema y seguir su evolución. Las evaluaciones de establecimientos, a menudo infrautilizadas, representan un mecanismo ideal para obtener y producir información y pruebas científicas sobre diversas formas de absentismo laboral. La medición de este indicador de la dinámica laboral exige recopilar sólo unos pocos datos adicionales y seguidamente triangular los nuevos datos de establecimientos con información de los registros administrativos ordinarios (17).

El absentismo del personal sanitario adopta diversas formas. Es preciso distinguir entre: (i) el absentismo de los trabajadores sanitarios inscritos y presentes habitualmente en el establecimiento, pero ausentes en un determinado momento (en adelante denominado «absentismo»); y (ii) los trabajadores sanitarios ausentes por completo de la fuerza laboral, que no figuran en las listas de personal del establecimiento, pero sí en las nóminas oficiales (en adelante denominados «trabajadores fantasmas»). El absentismo incluye las ausencias previstas para cumplir deberes cívicos o por motivos personales (p. ej., el trabajador no está presente en ese momento debido a que trabaja a tiempo parcial, asiste a sesiones de capacitación o a reuniones, se halla en comisión de servicios, tiene vacaciones o está de baja maternal o parental), las ausencias imprevistas (por enfermedad u otras circunstancias urgentes), el pluriempleo (el trabajador tiene un puesto en otro lugar) o las bajas no autorizadas o injustificadas. Estas últimas comprenden la salida de la fuerza laboral del establecimiento (pero no de la nómina) por fallecimiento, enfermedad de larga duración o incluso fraude. En algunos contextos, los trabajadores fantasmas son una estrategia del personal sanitario para

compensar una remuneración o unas condiciones de trabajo insatisfactorias.

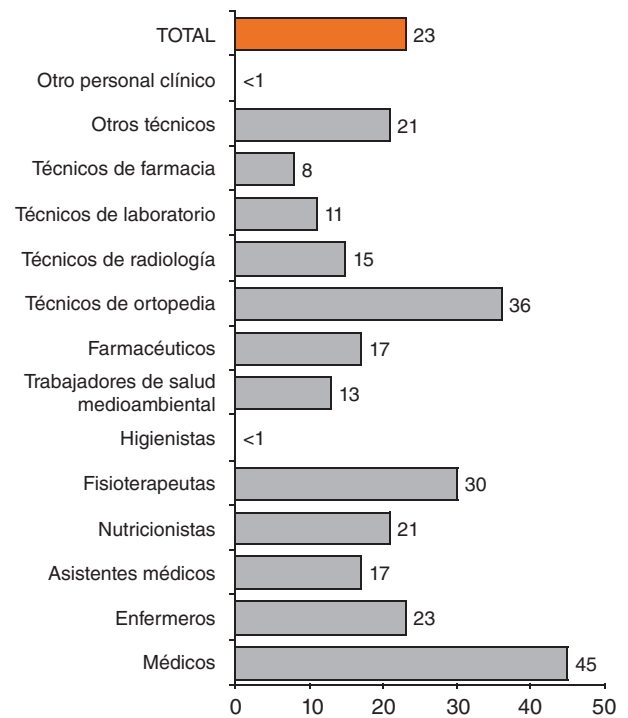
El requisito fundamental para obtener información fiable sobre el absentismo y los trabajadores fantasmas es recopilar datos primarios por medio de evaluaciones de establecimientos, y en concreto datos relativos a los trabajadores sanitarios registrados en los centros (es decir, los que figuran en los inventarios de personal), a los que deberían estar trabajando en el momento de recopilar los datos (es decir, los que figuran en los turnos de trabajo) y a los que están presentes en el momento de recopilar los datos (es decir, los contabilizados realmente). También se necesitan datos puntuales de fuentes administrativas sobre los trabajadores sanitarios que figuran en nóminas (públicas o privadas). Los indicadores respectivos se calculan como se indica a continuación:

- absentismo = trabajadores sanitarios de establecimientos que constan en los turnos de trabajo menos trabajadores contabilizados realmente
- trabajadores fantasmas = trabajadores sanitarios que constan en los registros centrales de nóminas menos trabajadores registrados en los establecimientos

Para obtener instantáneas básicas del absentismo y los trabajadores fantasmas, los tres componentes (inventarios de personal, turnos de trabajo y recuentos) deben aportar los datos mínimos siguientes sobre los trabajadores de establecimientos: nombre, estamento profesional, número de identificación único y origen del salario. Si no se conocen el nombre y el estamento profesional, no es posible identificar a los ausentes. Sin el número de identificación no puede evitarse el doble recuento de los trabajadores que tienen puestos de trabajo en más de un establecimiento. El origen del salario es esencial para triangular los datos del establecimiento con los datos administrativos de las nóminas y así estimar la proporción de trabajadores fantasmas en el sistema sanitario. A nivel del establecimiento, también se necesita información sobre la propiedad o la autoridad responsable de operar el establecimiento.

En un recuento llevado a cabo en establecimientos sanitarios de Zambia se obtuvieron datos sobre los trabajadores sanitarios que deberían estar de servicio en el momento de la visita al establecimiento (es decir, figuraban en los turnos de trabajo) y los que estaban presentes realmente (es decir, los que fueron contabilizados), lo que generó una instantánea del absentismo en ese momento (figura 11.3) (véase también en el capítulo 7 un ejemplo ilustrativo de Kenya). Los resultados sobre la proporción estimada de trabajadores fantasmas en establecimientos sanitarios de Zambia se exponen en la figura 11.4.

Figura 11.3 Porcentaje de los trabajadores sanitarios de establecimientos que figuraban en los turnos de trabajo, pero no se contabilizaron el día de la evaluación, por estamento profesional, Zambia 2006



Fuente: Herbst y Gijsbrechts (17).

Figura 11.4 Porcentaje de trabajadores sanitarios que figuraban en la nómina del Ministerio de Salud, pero no estaban registrados en establecimientos, Zambia 2006



Fuente: Herbst y Gijsbrechts (17).

Pese a los esfuerzos por ajustar los datos de establecimientos en función de los datos de las nóminas para mejorar la comparabilidad, lagunas nada desdeñables de información sobre el origen de los salarios de los trabajadores sanitarios pueden haber afectado a la exactitud de las medidas (17). La estimación de los indicadores sobre trabajadores fantasmas exige triangular los datos sobre trabajadores sanitarios por origen del salario –no por sector de empleo– con los registros de nóminas. Aunque en Zambia la gran mayoría de los trabajadores sanitarios de establecimientos del sector público figuran efectivamente en la nómina del sector público (suposición formulada durante el análisis), no tiene por qué ser la norma.

Sólo es posible producir información útil sobre el absentismo del personal sanitario (en un momento determinado) y los trabajadores fantasmas si los datos utilizados se recopilan y triangulan adecuadamente (mediante instrumentos y técnicas analíticas bien diseñados) y, además, reflejan con exactitud la situación cotidiana sobre el terreno. Para reducir al mínimo los posibles sesgos es importante tener en cuenta ciertas consideraciones, en particular el momento de la recopilación de datos en el establecimiento: las instantáneas del absentismo pueden variar según que dicha recopilación tenga lugar al principio o al final de una jornada laboral, dado que los niveles de absentismo suelen ser mayores por las tardes. Asimismo, anunciarles con antelación la recogida de datos a las personas con autoridad para la toma de decisiones de gestión podría distorsionar la instantánea del absentismo en algunas circunstancias. Quizá los gestores del establecimiento deseen asegurar la presencia del personal, toda vez que unos altos niveles de absentismo podrían dar una mala imagen de su desempeño, o, por el contrario, prefieran poner en evidencia a los ausentes como prueba para apoyar futuras planificaciones y negociaciones en materia de recursos humanos.

No se sabe con certeza qué combinación de razones de las ausencias de trabajadores observadas en un determinado momento explica los resultados del ejercicio de triangulación de datos de Zambia. Se realizaron comparaciones del personal presente, en lista de turnos o en nómina el día de la encuesta, pero en la evaluación de establecimientos no se recopiló información detallada que habría ayudado a comprender la dinámica del absentismo, como la duración de la ausencia o su naturaleza (por ejemplo, prevista o imprevista). Unos sistemas de gestión de la información sistemática sobre RHS más completos, que incluyeran actualizaciones diarias de los horarios del personal de los establecimientos, permitirían conocer mejor, y sobre la marcha, los comportamientos del personal y las eficiencias de la fuerza laboral.

11.5 Resumen y conclusiones

En este capítulo se han presentado estudios de casos sobre formas de abordar la triangulación, es decir, el cotejo de múltiples fuentes de información para un análisis en profundidad de los RHS. La triangulación representa una estrategia rentable de utilización de diversos conjuntos de datos para estudiar una única cuestión. En el seguimiento y la evaluación de políticas y programas relacionados con el personal sanitario, utilizar una fuente o un método rara vez es suficiente. Se han formulado marcos que pueden ayudar a combinar de manera coherente estadísticas de diversas fuentes y para distintas unidades (18). Utilizando datos, métodos y enfoques diferentes se obtendrán en muchos casos resultados algo distintos. Explorar estas incongruencias puede ayudar mucho a comprender mejor el carácter multifacético y complejo de la dinámica del mercado laboral sanitario. Los ámbitos en los que la triangulación de datos produzca resultados similares o convergentes aumentarán la confianza en los resultados preliminares.

La triangulación también puede ayudar a formular recomendaciones para fortalecer las futuras labores de evaluación. Este capítulo ha puesto de relieve los puntos fuertes y las limitaciones del uso de una combinación de censos poblacionales, encuestas de empleo, evaluaciones de establecimientos de salud y documentación administrativa ordinaria en el estudio de los RHS. El establecimiento de una agenda estratégica para la recopilación, el procesamiento, el análisis y la utilización de los datos –que incluya una clasificación ocupacional común (y detallada), unos identificadores únicos para los trabajadores sanitarios en ejercicio, la actualización permanente de los registros administrativos para tener en cuenta las ausencias de los trabajadores y las pérdidas de efectivos, unos instrumentos de recopilación de datos cuyo diseño sea coherente a lo largo del tiempo, y la difusión sistemática de los resultados– abre nuevas perspectivas a la utilización del análisis de los RHS en respaldo de recomendaciones oportunas que guíen la toma de decisiones basada en pruebas científicas.

Referencias

1. Galin P. Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud. In: Dal Poz M, Galin P, Novick M, Varella T, eds. *Relaciones laborales en el sector salud*. Quito, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
2. AbouZahr C, Adjei S, Kanchanachitra C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *Lancet*, 2007, 369:1039–1046.
3. Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y, Bejarano R. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. *Salud Pública de México*, 2006, 48(1):22–29 (http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100005&lng=en&nrm=iso, accessed 25 January 2009).
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (<http://www.inegi.gob.mx>, accessed 25 January 2009).
5. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 2003, 1:5 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>, accessed 15 January 2009).
6. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*, 2005, 3:3 (<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/3>, accessed 26 January 2009).
7. Hussmanns R, Mehran F, Verma V. *Encuestas de población económicamente activa, empleo, desempleo y subempleo: Manual de la OIT sobre conceptos y métodos*. Colección Informes OIT, No. 34. Madrid, MTSS, 1993.
8. *XII Censo General de Población y Vivienda y Encuesta Nacional de Empleo*. Mexico, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000.
9. *Financing and delivery of health care services in India*. Background paper of the National Commission on Macroeconomics and Health. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2005 (http://www.who.int/macrohealth/action/national_reports/en/index.html, accessed 27 January 2009).
10. *Not enough here ... too many there: health workforce in India*. New Delhi, World Health Organization Country Office for India, 2007 (http://www.whoindia.org/EN/Section2/Section404_1264.htm, accessed 27 January 2009).
11. Indian Nursing Council (<http://www.indiannursingcouncil.org>, accessed 27 January 2009).
12. Medical Council of India (<http://www.mciindia.org>, accessed 27 January 2009).
13. *Medical health and nursing manpower statistics 2005*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, Central Bureau of Health Intelligence (<http://cbhidghs.nic.in/index3.asp?sslid=929&subsublinkid=828>, accessed 27 January 2009).
14. *Census of India 2001*. Office of the Registrar General and Census Commissioner of India (<http://www.censusindia.net>, accessed 27 January 2009).
15. Government of India, Ministry of Statistics and Programme Implementation, National Sample Survey Organisation (http://mospi.nic.in/mospi_about_nssso.htm, accessed 27 January 2009).
16. *National Classification of Occupations 2004*. Government of India, Ministry of Labour, 2004 (<http://dget.nic.in/nco>, accessed 27 January 2009).
17. Herbst CH, Gijsbrechts D. *Information on stock, profiles, and distribution of health workers in Zambia: analysis of the Health Facility Census data*. World Bank Human Resources for Health Program Paper. Washington, DC, World Bank, 2007.
18. Hoffmann E. Developing labour account estimates: issues and approaches. In: *Household accounting: experiences in concepts and compilation*. Studies in Methods, Series F, No. 75. New York, United Nations Statistics Division, 2000.

Parte IV: DIFUSIÓN Y USO DE LOS DATOS



12

Aplicación de la información y las pruebas científicas a la formulación de políticas y a la práctica: estrategias y mecanismos

GÜLIN GEDIK, ULYSSES PANISSET, MARIO R DAL POZ, FELIX RIGOLI

12.1 Introducción

En un mundo que cambia rápidamente, el hecho de que la agenda de desarrollo de recursos humanos para la salud (RHS) deba hacer frente a enormes déficits interesa y preocupa cada vez más a escala mundial, regional y nacional. Para actuar con rapidez, eficacia y eficiencia ante tales déficits, los planificadores de políticas y los decisores necesitan información y pruebas científicas actualizadas y de fácil acceso, basadas en datos fiables.

Una de las principales dificultades con las que topan los responsables de la toma de decisiones al abordar los retos que plantean los RHS es la compleja diversidad y simultaneidad de cuestiones fundamentales y urgentes, como los desequilibrios de la distribución y producción de trabajadores sanitarios en los países y en el mundo en general, el progresivo aumento de la migración internacional, las restricciones socio-políticas que afectan a las operaciones del sector público (como la congelación de la contratación en dicho sector debido a programas de ajuste estructural), la necesidad de ampliar las intervenciones de salud prioritarias, la repercusión del VIH/SIDA en los trabajadores sanitarios, y las acciones dirigidas a motivar y retener a estos. Muchas de estas cuestiones son procesos de larga evolución con efectos acumulativos sobre la escasez y los desequilibrios del personal sanitario. Los consiguientes problemas de recursos humanos pueden manifestarse de diversas formas, entre ellas, las interrupciones del trabajo (por ejemplo, huelgas) debido a la baja moral de los trabajadores o incluso los cierres de hospitales por incapacidad para alcanzar la norma mínima de dotación de personal. Para identificar las posibles soluciones es imprescindible analizar las raíces de estos problemas, si bien pueden no ser evidentes a primera vista.

Los países se han esforzado por formular políticas de RHS y planes de aplicación en el contexto de las reformas del sector sanitario, y ello con diversos grados de éxito. En general, las políticas pueden formularse y

aplicarse con diversos aportes y factores, como limitaciones políticas y económicas, conocimientos tácitos y experiencia profesional. En ausencia de datos fiables y validados, ha sido difícil formular políticas basadas en pruebas científicas, es decir, políticas que se fundan en el uso de indicadores sanitarios y resultados de investigaciones para formular, aplicar, seguir y evaluar las acciones estratégicas. Además, los imperativos de políticas de las iniciativas mundiales y regionales y de otras estrategias orientadas a fortalecer los sistemas sanitarios de los países (como las descritas en el capítulo 1) reclaman unos mecanismos robustos de seguimiento y evaluación que determinen en qué medida los países están avanzando o quedándose atrás. Para tomar decisiones bien informadas en materia de RHS, los decisores y otros interesados, incluidos el sector privado y la sociedad civil, necesitan las mejores pruebas científicas disponibles acerca de lo que resulta eficaz o parece prometedor.

El importante reto de ampliar y mejorar el desempeño de los RHS y la prestación de servicios de salud en un plazo relativamente corto, y de integrar y coordinar la toma de decisiones en los sistemas de salud con otros sectores del gobierno y la sociedad, exige nuevas formas de pensar y organizar la formulación de políticas. En la última década se han llevado a cabo varios estudios en los que se analizan los procesos, y con los que se ha intentado cerrar la brecha entre lo que se sabe acerca de intervenciones eficaces en los sistemas de salud y las pruebas científicas aplicadas a la toma de decisiones. La cuestión de cómo acceder a una síntesis de las pruebas científicas y adaptarla para su aplicación en el contexto local es un problema común a todos los países, sea cual sea su nivel de desarrollo social y económico, y debe abordarse por medio de la cooperación internacional (1)

Los altos responsables de la formulación de políticas de los países de ingresos bajos y medianos han recalorado que el acceso a información y pruebas científicas puntuales, pertinentes y de calidad es clave para su

capacidad de tomar decisiones basadas en ellas. No hay duda de que, aunque necesarias, las pruebas, por sí solas, no son suficientes, dado que las intervenciones de salud se ven influidas por muy diversos factores contextuales, políticos, culturales y sociológicos que determinan el proceso de toma de decisiones (2). Nuestro conocimiento de los mecanismos, las estructuras y los factores que los responsables de la formulación de políticas han de tener en cuenta adolece de importantes lagunas. Para colmarlas es preciso identificar esos obstáculos y factores facilitadores en cada contexto por medio de mejores estudios acerca de la manera en que la formulación de políticas basada en pruebas científicas puede integrar el contexto, los valores y la política en la búsqueda de una mejor salud de las poblaciones (3).

El debate en torno a las pruebas científicas en salud pública se ha centrado a menudo en «el uso lineal de las pruebas científicas en un contexto de programas, no de políticas» y no ha tenido presente la capacidad de aplicar estas últimas (4). La capacidad de tomar en consideración los factores políticos y actuar según las pruebas es fundamental para la aplicación de políticas basadas en ellas, pero se echa en falta en la mayoría de las iniciativas hasta la fecha. La participación activa de los planificadores de políticas y otros interesados en la identificación de los problemas y la sistematización de las pruebas es vital, pero muy infrecuente (5). Hace falta un proceso de políticas más integrado –en el que el establecimiento de la agenda, la formulación de políticas, su aplicación y la retroinformación estén estrechamente interrelacionadas– para garantizar la utilización efectiva de las mejores pruebas científicas en los diversos contextos (6).

En los primeros capítulos de este manual se abordó qué debe supervisarse, qué tipos de información se necesitan, cuáles son las posibles fuentes de datos e información, y cómo pueden recopilarse y tratarse estos. En este capítulo se estudia la forma de recopilar, difundir, intercambiar y utilizar la información y los resultados de las investigaciones para facilitar el diálogo sobre políticas y la aplicación de estas. En las secciones siguientes se analizan diversas iniciativas en curso orientadas a desarrollar mecanismos eficaces de generación y difusión de información y pruebas científicas sobre personal sanitario a nivel subnacional, nacional, regional e internacional, así como la forma de mejorar la utilización de las pruebas en la formulación de políticas y en el seguimiento y la evaluación de su aplicación.

12.2 Estrategias para aplicar las pruebas científicas a las políticas y las prácticas

Se utiliza cada vez más el término «traducción del conocimiento» (u otras expresiones que designan básicamente el mismo concepto, como «creación de capacidad», «gestión del conocimiento» y «vinculación e intercambio») para describir una serie de actividades cuya finalidad es generar conocimiento dirigido a cubrir las necesidades de los usuarios, difundirlo, fortalecer la capacidad de los decisores para asimilarlo, y adaptar y supervisar su aplicación en contextos específicos (7). En el campo de la salud, se ha descrito como un proceso dinámico e iterativo que comprende la síntesis, la difusión, el intercambio y la aplicación éticamente correcta del conocimiento para ofrecer servicios y productos sanitarios más eficaces, fortalecer los sistemas sanitarios y mejorar la salud de la población (8).

Se ha determinado que la tradicional separación entre investigadores, planificadores de políticas, financiadores de la investigación, directores de programas, profesionales sanitarios y usuarios de los servicios de salud es uno de los principales obstáculos para una transferencia eficaz del conocimiento y para el uso de la investigación en los procesos de toma de decisiones. Uno de los factores fundamentales identificados en los enfoques que reconocen la complejidad de la formulación de políticas y la acción en materia de sistemas de salud es la necesidad de mejorar la interacción entre los diversos interesados durante el proceso de toma de decisiones (9). Lograr dicha mejora es primordial para formular políticas viables que puedan aplicarse con arreglo a un contexto específico. Este modelo orientado a los interesados se ha denominado «modelo interactivo» (4) y se describe como un proceso continuo basado en «adoptar, adaptar y actuar»: se adopta el conocimiento, se adapta y se actúa en función de él, utilizando la investigación para orientar las políticas al tiempo que se ponderan los aspectos políticos de los diversos intereses, motivaciones y valores.

En una revisión sistemática de estudios en los que se evaluaban las percepciones de los planificadores de políticas de su uso de las pruebas científicas se identificaron los siguientes factores facilitadores: (i) el contacto bidireccional frecuente entre los investigadores y los planificadores de políticas; (ii) la estimación de que la investigación producida es oportuna, pertinente y de calidad contrastada, y (iii) la presentación de resultados acompañada de resúmenes con recomendaciones claras en materia de políticas. Los obstáculos identificados con mayor frecuencia fueron la ausencia de interacción, la falta de oportunidad, pertinencia y credibilidad de la investigación, la falta de

traducción al usuario, y la desconfianza mutua entre investigadores y planificadores de políticas (10).

La utilización de pruebas científicas fruto de investigaciones exige promover activamente esos factores facilitadores y salvar los obstáculos por cauces innovadores para tomar en consideración la complejidad del proceso de formulación de políticas. Es fundamental crear un entorno favorable, interactivo y de aprendizaje con diversos interesados (1, 11, 12). Se han propuesto tres grandes estrategias para promover la aplicación de la información y las pruebas a la formulación de políticas y la toma de decisiones:

- estrategias para promover la oferta (*push*) de información por parte de los investigadores, centrándose en la difusión a un público amplio – comprende la difusión de resultados por medio de concisas sinopsis de políticas y síntesis de las pruebas disponibles–;
- estrategias para promover la petición (*pull*) de información por parte de los planificadores de políticas, centrándose en las necesidades de los usuarios y generando con ello una demanda de resultados científicos –comprende el desarrollo de la capacidad de los planificadores de políticas para encargar investigaciones y el desarrollo de mecanismos de respuesta rápida–;
- estrategias para promover la vinculación y el intercambio, es decir, para establecer y mantener relaciones con objeto de intercambiar conocimientos e ideas –comprende mecanismos conjuntos orientados a fijar prioridades para las políticas sanitarias y de personal de salud, y foros y seminarios que faciliten el intercambio entre investigadores, planificadores de políticas y representantes de la sociedad civil en torno a la base de pruebas y su aplicación a políticas específicas– (7, 13).

La formulación de políticas y la toma de decisiones exigen resultados científicos centrados en la resolución de problemas y la satisfacción de la demanda relacionada con determinadas cuestiones de políticas. Por consiguiente, definir la cuestión objeto de la investigación basándose en un problema identificado por el decisor (demanda, *pull*) facilita el vínculo entre investigación y políticas. Los patrocinadores y financiadores de la investigación sanitaria son cada vez más conscientes de que sus peticiones de propuestas para estudiar las complejidades de los sistemas de salud deben basarse en la demanda de los responsables de la formulación de políticas y de la toma de decisiones, en contraposición a la definición más tradicional de los proyectos de investigación, orientada al investigador. Se ha observado que lograr unas interacciones sostenidas entre investigadores y planificadores de políticas mejora el respaldo a la toma de decisiones guiada por las pruebas (14).

Además de una interacción directa con los planificadores de políticas, la investigación sobre RHS necesita un enfoque interdisciplinario para abordar los múltiples aspectos relacionados con los recursos humanos en los sistemas de salud. Esto plantea el reto de desarrollar métodos innovadores y crear redes, integrando mecanismos que aporten a la investigación sobre RHS la experiencia en financiación, legislación y reglamentación, administración de sistemas sanitarios, ciencias del comportamiento y otras áreas fundamentales para una mejor comprensión de la dinámica de los RHS.

Otro aspecto de la investigación sobre RHS es que la mayoría de los estudios disponibles se centran en los países desarrollados (15). Se ha calculado que sólo el 5% de los artículos publicados sobre investigaciones de políticas y sistemas sanitarios tratan de países de ingresos bajos y medianos (16). Los investigadores que estudian la problemática de los RHS en estos últimos tienen a menudo dificultades para acceder a datos (cuantitativos y cualitativos) de calidad y definir unos indicadores de desempeño adecuados, necesarios en tanto que materia prima sobre la cual estructurar la investigación (17).

También la cuestión de la especificidad contextual entre países y dentro de ellos constituye un reto importante. Las personas que trabajan en el fortalecimiento del sistema de salud en una determinada jurisdicción lo hacen en contextos políticos, socioeconómicos y culturales muy concretos. Sobre todo en cuestiones de políticas de RHS –en las que los factores económicos, políticos, jurídicos y culturales revisten gran importancia– es sumamente difícil extraer conclusiones generales a partir de un estudio realizado en un país, dentro de un contexto específico y en un momento determinado. Además, las características subnacionales o locales pueden diferir notablemente dentro de un determinado país, sobre todo en el caso de sistemas descentralizados. Dicho de otro modo, no existe una fórmula única para todos, por lo que hay que crear mecanismos para contextualizar las pruebas científicas.

Dado que las intervenciones en los sistemas de salud son experimentos sociales que repercuten en amplios segmentos de la población, las personas afectadas por las políticas forman parte ineludible de los interesados principales (18–20). Los investigadores y los planificadores de políticas no sólo deben conocer y comprender las limitaciones y las posibilidades de los actores implicados en este proceso: también han de preparar un entorno de trabajo orientado a los interesados (21). Los enfoques interactivos, es decir, aquellos que crean y fortalecen entornos de aprendizaje en los que se dan constantes intercambios o vínculos de ideas y experiencias entre muy diversos interesados,

son esenciales para promover el uso adecuado de las pruebas científicas (22). El proceso puede ser impulsado inicialmente por los decisores y otros usuarios (por ejemplo, profesionales sanitarios), con los investigadores actuando como recursos (23). Al mismo tiempo, puede facilitar la aplicación de las políticas, toda vez que las aportaciones de los diversos usuarios mejorarán la capacidad de identificar factores que favorezcan dicha aplicación (figura 12.1) (24).

Así pues, es primordial identificar, promover, crear y reforzar mecanismos eficaces para apoyar la formulación, la aplicación, y el seguimiento y la evaluación de políticas relacionadas con los RHS. Dichos mecanismos deben garantizar no sólo la recopilación de datos o la generación de pruebas, sino también la difusión y la utilización de estas en la toma de decisiones sobre políticas y gestión. Es posible formular, encomendar y aplicar unas políticas viables de RHS si están basadas en información y pruebas, y en principios y valores, y si atienden a los diversos intereses de las partes. Por consiguiente, todo diálogo sobre políticas debe utilizar mecanismos que garanticen que se tendrá en cuenta la participación de estos, pero modulada con la entrada de información. Las políticas sobre personal sanitario formuladas únicamente por consenso de los interesados corren el riesgo de estar impulsadas por intereses (sería el caso, por ejemplo, de médicos que formularan las políticas del personal médico); por el contrario, las políticas que se elaboran desde un gabinete gubernamental y se basan exclusivamente en principios o valores corren el riesgo de ser dogmáticas o poco realistas (como ocurriría si se obligara a profesionales sanitarios a trabajar en zonas desatendidas sin ofrecerles incentivos por su desempeño y permanen-

cia). Los flujos de información pueden equilibrar estos puntos de vista que, en su ausencia, serían parciales.

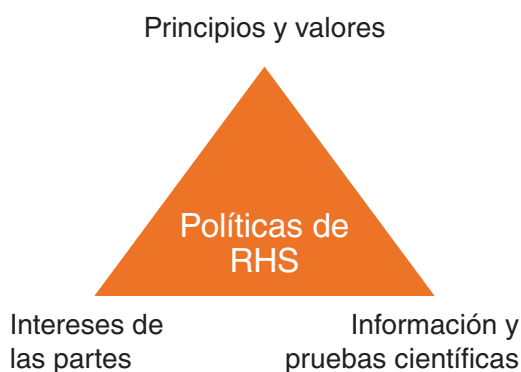
Para lograrlo pueden adoptarse varias estrategias distintas, pero complementarias:

- fortalecer los sistemas de información sobre personal sanitario a fin de generar los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con los RHS;
- desarrollar las capacidades de investigación para producir y difundir información y pruebas aplicables a la formulación de opciones de políticas por parte de los decisores y otros interesados;
- facilitar plataformas de traducción del conocimiento para el intercambio de información y pruebas entre todos los principales interesados;
- crear y fortalecer mecanismos y procesos de cooperación, como los observatorios del personal sanitario, con el propósito de integrar la información y las pruebas sobre RHS (incluidos los análisis de las mejores prácticas) en la formulación y la aplicación de políticas.

Otros capítulos de este manual se centran en las dos primeras estrategias; en el resto de este capítulo se abordarán ejemplos de las dos últimas. En particular, las plataformas de traducción del conocimiento (como los foros de debate o las redes virtuales) son muy útiles para facilitar la interacción constante entre investigadores y responsables de la formulación de políticas y para ayudar a transformar las pruebas científicas en políticas y prácticas (25). En el recuadro 12.1 se ofrece un ejemplo de una plataforma eficaz de traducción del conocimiento para sistemas y políticas de salud orientada a países de ingresos bajos y medianos (26–28).

A su vez, los observatorios del personal sanitario pueden facilitar la planificación, el seguimiento y la evaluación de la aplicación de políticas de RHS mediante la promoción de mecanismos para acceder oportunamente a datos e información pertinentes y utilizarlos. La sección siguiente se centra en este enfoque, con ejemplos de ámbito regional y nacional.

Figura 12.1 Fundamentos de las políticas relacionadas con los RHS



Fuente: Adaptado de Muir Gray (24).

.....

12.3 Los observatorios del personal sanitario como mecanismos para orientar la agenda de los RHS

Los observatorios del personal sanitario son vistos cada vez más como un mecanismo potencialmente valioso para mejorar la base de información y conocimientos sobre la situación de los RHS y facilitar la formulación y el seguimiento de políticas. Aunque han evolucionado de distintas maneras según los diversos contextos,

Recuadro 12.1 EVIPNet: Red de políticas informadas por evidencias

En respuesta a un llamamiento a «crear mecanismos de transferencia de conocimientos para apoyar la salud pública basada en pruebas científicas y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, así como las políticas de salud también basadas en datos científicos», en 2005, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet) (26).

EVIPNet aborda la integración de dos factores facilitadores fundamentales en el proceso de formulación de políticas basadas en pruebas científicas: las prácticas más adecuadas para promover la interacción entre los interesados que generan y utilizan las pruebas; y la capacidad para aplicar la investigación en un contexto local (27). Se centra en los países de ingresos bajos y medianos, y promueve las alianzas a nivel nacional entre los planificadores de políticas, los investigadores y la sociedad civil para facilitar tanto la formulación como la aplicación de políticas mediante el uso de las mejores pruebas científicas disponibles.

EVIPNet se compone de una serie de redes vinculadas (pero diferenciadas) que reúnen a equipos nacionales, los cuales se coordinan a nivel regional y mundial. África, Asia y las Américas albergan redes regionales que, en conjunto, trabajan en unos 25 países. A nivel regional, EVIPNet cuenta con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS y de pequeñas secretarías responsables de promover la coordinación regional. Un grupo directivo mundial facilita el intercambio entre regiones y apoya las actividades a nivel internacional. Al frente de las labores está un grupo de expertos internacionales en el campo de la aplicación de pruebas científicas a las políticas que ofrece orientaciones estratégicas, organiza la revisión técnica de las propuestas de EVIPNet, desarrolla métodos innovadores y, cuando es necesario, presta apoyo técnico directo a los equipos nacionales. Una prioridad del proyecto es identificar las mejores prácticas de fortalecimiento de la capacidad de los planificadores de políticas y de los investigadores para trabajar con vínculos entre las pruebas científicas y las políticas, al tiempo que se implica a los ciudadanos y los grupos de promoción en el sostenimiento de la demanda de políticas sanitarias basadas en pruebas científicas.

Desde su nacimiento, EVIPNet ha trabajado en colaboración con la Iniciativa de Políticas de Salud Comunitaria de la Región de África Oriental (REACH), mecanismo institucional cuya misión es recopilar, sintetizar, estructurar y comunicar las pruebas científicas necesarias para formular las políticas y prácticas sanitarias e influir en los programas de investigación de interés para las políticas con miras a mejorar la equidad en salud (28). En otros países están surgiendo iniciativas similares, centradas en apoyar a los gobiernos para que utilicen las pruebas científicas en las decisiones de política sanitaria –si bien el ámbito concreto de las actividades, la naturaleza de las labores de colaboración y los métodos de evaluación de la investigación son propios de cada contexto–. Por ejemplo, los equipos de los países pueden organizar seminarios para fortalecer las capacidades técnicas; varios de ellos promueven la incorporación de periodistas como observadores y promotores. Así pues, EVIPNet ha contribuido a crear un entorno político favorable para la formulación de políticas basadas en pruebas científicas.

Últimamente, los equipos nacionales han empezado a publicar sinopsis de políticas basadas en revisiones sistemáticas de los estudios y en las que ofrecen opciones de políticas que incluyen disposiciones de gobernanza, de prestación y económicas adaptadas a contextos específicos del país o el distrito y a la realidad de los recursos existentes. Por ejemplo, en febrero de 2008, los equipos de los países de EVIPNet África elaboraron documentos de este tipo para hacer frente a los actuales problemas de políticas relacionados con los servicios de tratamiento de la malaria en sus respectivos países.

comparten una característica fundamental: son redes de cooperación entre países y asociados orientadas a la producción y el intercambio de la información y los conocimientos necesarios para mejorar las decisiones de políticas relacionadas con los recursos humanos.

12.3.1 Desarrollo y contribuciones de los observatorios del sector sanitario

Desde la década de 1970, se han creado varios tipos de mecanismos de cooperación –bajo la denominación de «observatorios» o con otros nombres– en

países con diferentes niveles de desarrollo económico y social, y centrados en distintos temas de salud pública. Son ejemplos de ello los observatorios franceses encargados de ayudar en la toma de decisiones sobre políticas locales de asistencia sanitaria y social mediante la producción de información útil, y los observatorios de salud pública del Reino Unido, considerados pioneros en la apertura de nuevos cauces de suministro de información sanitaria por ofrecer no sólo datos, sino también contexto y perspectiva (29).

En el plano regional, a finales de la década de 1990, la aplicación de amplias reformas sanitarias y el reconocimiento cada vez más general de la necesidad de un mejor seguimiento trajeron consigo la aparición de observatorios de los sistemas sanitarios y los recursos humanos, en particular el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (30) y el Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas del Sector de la Salud (de los países de América Latina y el Caribe) (31).

Cuando el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud empezó a operar, se describió como una nueva alianza orientada a cerrar la brecha entre el ámbito académico y los planificadores de políticas. Uno de los directores del observatorio expuso así los fundamentos:

Hay información acerca de qué reformas son eficaces y en qué casos, pero no es fácil acceder a ella ni interpretarla. Se halla fundamentalmente en revistas académicas y gran parte ni siquiera se ha publicado. El observatorio se especializa en recopilar información, analizarla, estructurarla y presentar los resultados con claridad a los responsables de formular y aplicar políticas de salud.

Fuente: Figueras (32).

En la región de las Américas, las labores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de seguimiento de las reformas en curso del sector sanitario y sus impactos sobre la fuerza laboral sanitaria impulsaron la puesta en marcha en 1999 de una iniciativa que reunió a 23 países en una red de observatorios de RHS. Se creó así una comunidad de profesionales que trabajan en políticas relacionadas con el personal sanitario. El observatorio regional se ha definido como «una iniciativa de cooperación entre los países de la región, concebida para producir información y conocimientos con miras a mejorar las decisiones de políticas en materia de recursos humanos y contribuir al desarrollo de estos en el sector de la salud sobre la base del intercambio de experiencias entre los países» (33). Así pues, los observatorios están destinados a ser no sólo difusores de información, sino

también actores dinámicos de la formulación de políticas. Por ejemplo, las reuniones regionales periódicas (bienales) ofrecen un foro para el debate interactivo, el intercambio y la planificación estratégica.

Recientemente, el hecho de que el mundo preste una atención creciente a la crisis de la fuerza laboral sanitaria en África y se destinen más recursos a afrontarla ha conducido a la creación del Observatorio del Personal Sanitario de África (34) en el marco del programa de acciones. Su secretaría, albergada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene la misión de «apoyar las acciones dirigidas a hacer frente a la problemática de los RHS mediante la promoción, la creación y el mantenimiento de una sólida base de conocimientos para la información sobre RHS a todos los niveles: subnacional, nacional, interpaíses y regional» (35) (recuadro 12.2).

En la misma línea, y con el apoyo de la OMS, se creó el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud de la Región del Mediterráneo Oriental a partir de un observatorio regional de sistemas de salud, con el propósito de «ayudar a los Estados Miembros a adoptar un planteamiento proactivo e intercambiar las opciones mejores y más innovadoras para hacer frente a los retos que plantean los RHS» (36). Sus productos de dominio público comprenden perfiles actualizados de la situación del personal sanitario dentro de los países y comparaciones entre ellos, análisis de las correlaciones entre determinantes significativos del personal sanitario, y vínculos operacionales y de políticas con referencias y metas nacionales y regionales relacionadas con los RHS.

Aunque las funciones de estos diversos observatorios y los factores que impulsan su aparición difieren ligeramente según las necesidades y los contextos específicos, todos ellos se esfuerzan por cerrar la brecha entre las pruebas científicas y las políticas. Los objetivos comunes pueden resumirse como sigue: producir la información y el conocimiento necesarios para mejorar la toma de decisiones, la planificación y la aplicación de las políticas sobre recursos humanos; intercambiar experiencias nacionales en el ámbito del desarrollo de los recursos humanos, y facilitar el diálogo sobre políticas. Estas son algunas de las contribuciones destacadas y recientes que pueden atribuirse a los observatorios regionales de RHS:

- la creación y difusión de bases de datos de estadísticas comparables entre países sobre diversos indicadores del personal sanitario –por ejemplo, la interfaz pública del *African atlas of the health workforce* se mantiene en el sitio web del observatorio regional (37);

Recuadro 12.2 Observatorio del Personal Sanitario de África

El Observatorio del Personal Sanitario de África es una de las iniciativas creadas recientemente para vigilar y hacer frente a la crisis de RHS de África, escenario de gravísimas penurias y desequilibrios del personal sanitario (34).

El observatorio empezó a operar por medio de una pequeña secretaría con sede en la Oficina Regional de la OMS para África. Se organizaron diversas actividades encaminadas a mejorar los datos, la información y las pruebas científicas sobre RHS en la región. Sus principales tareas y funciones consisten en difundir información, facilitar la creación de redes para el intercambio de experiencias, elaborar estudios interpaíses que contribuyan a los procesos nacionales de formulación de políticas y apoyar otras actividades a nivel nacional.

La labor de la secretaría regional está dirigida por un grupo de orientación que integran representantes de los principales asociados del observatorio, como las comunidades económicas regionales de la Unión Africana, la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, instituciones académicas y de formación, organismos internacionales (OMS, Banco Mundial, Comisión Europea) y organismos bilaterales (como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional).

Una prioridad fundamental del observatorio regional es apoyar la creación y el fortalecimiento de observatorios nacionales de RHS. El primero en establecerse fue el Observatorio del Personal Sanitario de Etiopía, seguido del de Ghana y el de la República Unida de Tanzania. Hay otros en proceso de creación en varios países, a menudo con apoyo de agrupaciones subregionales como la Comunidad de Salud de África Oriental, Central y Meridional o la Organización de la Salud de África Occidental. Los observatorios nacionales del personal sanitario trabajan para que los interesados se reúnan y entablen un diálogo sobre políticas relacionadas con la problemática de los RHS en el país.

- la elaboración de perfiles regionales y nacionales de la situación y las tendencias de los RHS para análisis generales y estudios comparativos;
- la realización de estudios nacionales e interpaíses sobre temas concretos de personal sanitario que revisten interés para las políticas –por ejemplo, actividades conjuntas de varios observatorios regionales orientadas a evaluar la capacidad de las unidades de RHS en los ministerios de salud nacionales (en las regiones de la OMS de África, las Américas y el Mediterráneo Oriental) y a cartografiar al personal de gestión sanitaria (en las regiones de África y el Mediterráneo Oriental)–.

12.3.2 Observatorios nacionales del personal sanitario

Los observatorios regionales pueden desempeñar un papel fundamental en la organización y la coordinación, en tanto que los observatorios nacionales de los RHS son esenciales para lograr los objetivos comentados anteriormente. Estos operan para crear sinergias y aunar recursos a nivel nacional, contribuyendo con ello a un plan de trabajo acordado entre todos los interesados para dar respuesta a las necesidades del país.

Los observatorios nacionales consisten en redes de todos los asociados para el desarrollo del personal sanitario en el país. En muchos casos, las responsabilidades habituales de los miembros de la red incluyen supervisar y documentar la aplicación de políticas y estrategias relacionadas con los RHS. Aunque cada miembro puede operar bajo su propia identidad, las tareas se distribuyen coordinadamente y los resultados de los trabajos se intercambian de manera sistemática. En las redes de los observatorios suelen participar representantes de diversos niveles: gobierno (ministerio de salud, ministerio de educación, ministerio de finanzas, comisión de la función pública, oficina nacional de estadística), instituciones académicas y de formación profesional, órganos de reglamentación de las profesiones sanitarias, sindicatos y asociaciones de trabajadores sanitarios, principales organizaciones privadas y no gubernamentales que prestan servicios de salud, sociedad civil (por ejemplo, grupos de consumidores y clientes de servicios de salud), y asociados para el desarrollo.

Los observatorios nacionales del personal sanitario pueden servir de mecanismos para promover la colaboración entre los interesados y mejorar sus funciones y sus contribuciones al desarrollo de los RHS. Sin embargo, de la misma forma que los observatorios

regionales han seguido evoluciones distintas, así también los nacionales pueden tener prioridades, estructuras, composiciones y métodos de trabajo diferentes, según lo determinen los contextos e intereses del país. El cuadro 12.1 ofrece un ejemplo ilustrativo de los posibles interesados y sus funciones en el contexto del observatorio nacional del Sudán (38).

Al mismo tiempo, cabe identificar algunos principios y características comunes a los observatorios nacionales de RHS en funcionamiento:

- Aprovechan las estructuras y los mecanismos existentes, como los grupos de trabajo técnicos nacionales de asociados y multisectoriales, evitando la duplicación de esfuerzos y las estructuras paralelas.
- La flexibilidad organizativa les permite adaptarse a diversos contextos sociopolíticos (aunque en la práctica los modelos de organización varían de un país a otro según las disposiciones institucionales vigentes y el liderazgo).
- Las funciones de coordinación las asume una secretaría pequeña o un centro de enlace.
- Es fundamental la participación del ministerio de salud, especialmente en funciones directivas.
- Pueden contribuir al fortalecimiento de las capacidades y al empoderamiento de las unidades de RHS de los ministerios de salud y otros interesados.

En consonancia con estos principios, los recuadros 12.3, 12.4 y 12.5 ofrecen ejemplos de diversos marcos operacionales para los observatorios de RHS (39–42). El fomento del trabajo conjunto y los productos colectivos entre los interesados participantes puede ayudar a la continuidad de la promoción y el compromiso con los observatorios, y por lo tanto a la sostenibilidad de estos. Queda pendiente la cuestión de si el observatorio nacional debería integrarse en la unidad de RHS del ministerio de salud (como en el caso del Brasil) u operar como grupo interinstitucional autónomo con orientación de la autoridad nacional. Ambas opciones tienen ventajas, pero también riesgos: en el primer caso, la estrecha proximidad a las directivas políticas puede inhibir la participación generalizada de los interesados; en el segundo, la información generada puede no tener interés para la formulación de políticas y la planificación.

En conjunto, las experiencias en diversos contextos han demostrado que los observatorios de RHS pueden ser un mecanismo eficaz para mejorar los flujos de información y conocimientos con los que apoyar una toma de decisiones basada en pruebas científicas y dirigida a afrontar la problemática del personal sanitario en los países. A título de ejemplo, el cuadro 12.2 revisa una selección de estudios realizados en el contexto de la red del observatorio brasileño y su influencia en las políticas nacionales de RHS.

12.4 Posibilidades y orientaciones futuras

Todos los países han de enfrentarse al reto de formular políticas y planes integrales de RHS de largo alcance y garantizar la sostenibilidad de estos si quieren que su personal sanitario esté preparado para alcanzar los objetivos presentes y futuros del sistema de salud y para satisfacer las necesidades sanitarias de la población con una cobertura equitativa y de calidad. En muchos países, esto supone fortalecer la capacidad institucional de definir políticas adecuadas y revisarlas periódicamente, lo que a su vez depende de la estrecha cooperación entre una amplia gama de participantes en el diálogo sobre políticas desde sus etapas iniciales, que no se limita al ministerio de salud, sino que incluye a otros sectores: departamento de finanzas, comisión de la función pública, organismos educativos, asociaciones y organismos de reglamentación de las profesiones sanitarias, directores de programas (en los sectores público, paraestatal y privado), asociados para el desarrollo y grupos de usuarios de servicios de salud. Para lograr un equilibrio entre las diversas perspectivas, y siendo plenamente conscientes de que en cada país el desarrollo del personal sanitario se asocia a una problemática y un contexto propios, es preciso identificar un marco común que permita centrar las labores de colaboración. A este fin, en el presente capítulo se han examinado diversas estrategias y mecanismos orientados a basar las políticas y estrategias relacionadas con los RHS en información y pruebas científicas.

Para suministrar de manera sostenible datos, información y pruebas científicas puntuales, fiables y pertinentes con los que contribuir a mejorar las políticas en materia de RHS se necesitan mecanismos que faciliten la difusión, el acceso y la utilización de este conocimiento en los procesos de formulación de políticas. Diversas plataformas de transferencia del conocimiento (como EVIPNet) y mecanismos de cooperación (observatorios del personal sanitario) pueden brindarles a las instituciones sanitarias mundiales y nacionales la oportunidad de sacar partido de los instrumentos más recientes, innovadores y fiables para apoyar la toma de decisiones. Su utilidad radica en los foros que crean y amplían para facilitar el intercambio de información y experiencias y la promoción de las colaboraciones a escala nacional, regional e internacional.

En particular, los observatorios del personal sanitario pueden ser un buen mecanismo para facilitar los procesos de dirección y negociación de las alianzas de cooperación. Asimismo, están en situación de contribuir al fortalecimiento de las relaciones de trabajo entre los interesados y a la elaboración de agendas

Cuadro 12.1 Funciones de los principales interesados en apoyo del observatorio nacional de RHS del Sudán

Interesado	Funciones actuales ^a	Posibles funciones
Ministerio Federal de Salud	Informe anual de estadísticas sanitarias Registros administrativos del departamento de RHS del ministerio Cartografías y encuestas sobre personal sanitario	Mejora de la cobertura y la calidad de los informes estadísticos oficiales Informes periódicos del departamento de RHS Mantenimiento de una base de datos centralizada de personal sanitario
Ministerio de Educación Superior	Informe anual sobre facultades de Medicina (personal y estudiantes)	Inclusión de otras instituciones de formación sanitaria Mejora de la cobertura y la calidad del informe Políticas de producción y formación de personal sanitario
Ministerio de Trabajo	Sin función visible	Registros e informes sobre empleos relacionados con la salud Registros de becas para el personal sanitario Dinámica del mercado de trabajo
Consejo Médico del Sudán	Registro de médicos, odontólogos y farmacéuticos	Registro actualizado periódicamente (renovaciones de la autorización para ejercer) Desarrollo de la capacidad
Council for Allied Health Professions Consejo de Profesiones Médicas Aliadas	Registro de enfermeras y personal paramédico	Registro actualizado periódicamente (renovaciones de la autorización para ejercer) Desarrollo de la capacidad
Junta de Especialización Médica del Sudán	Registros de médicos inscritos para recibir formación especializada	Informe anual sobre inscripciones y graduaciones
Sindicato de Profesiones Sanitarias y Sociales del Sudán	Sin función	Registros de miembros (actualizados periódicamente)
Unión de Médicos del Sudán	Sin función	Registros de miembros Registros de médicos en el extranjero Desarrollo de la capacidad Negociación
Cuerpo Médico del Ejército	Sin función visible	Registros e informes sobre el personal sanitario adscrito a las fuerzas armadas
Departamento de Servicios de Salud de la Policía	Sin función visible	Registros e informes sobre el personal sanitario adscrito a los servicios policiales
Secretaría para los Trabajadores Sudaneses en el Extranjero	Registros de algunas categorías de personal sanitario sudanés migrante	Registros de todas las categorías de trabajadores sanitarios migrantes Informe analítico anual sobre personal sanitario en el extranjero
Seguro de enfermedad	Sin función visible	Registros de trabajadores sanitarios afiliados al seguro nacional de enfermedad Informe anual sobre las características de los trabajadores sanitarios Calidad del ejercicio profesional

Continuado...

Continuación de la página anterior...

Interesado	Funciones actuales ^a	Posibles funciones
Centro Nacional de Información	Sin función	Facilitación del acceso a datos e información en diversos organismos gubernamentales Apoyo para el análisis y otros aspectos técnicos de la recopilación y el uso de datos
Ministerio de Salud/ Gobierno del Sudán Meridional	Registros de los trabajadores sanitarios en la región meridional del país	Registros generales de todos los trabajadores sanitarios Informe anual sobre las características de los trabajadores sanitarios Políticas de desarrollo del personal sanitario Facilitación del diálogo Coordinación
Oficinal Nacional de la OMS para el Sudán	Asistencia técnica al Ministerio Federal de Salud	Apoyo para las evaluaciones del personal sanitario Apoyo y asistencia técnica en el área de las tecnologías de la información y las comunicaciones Creación de redes regionales e intercambio de experiencias

a. Función actual, según se evaluó a principios de 2007.

Fuente: Badr (38).

conjuntas. Sus productos informacionales ayudan a aportar nuevas pruebas científicas de la situación del personal sanitario a una audiencia más amplia, a menudo en un formato normalizado cuya finalidad

es impulsar una mejora del entendimiento y el diálogo para llevar a cabo evaluaciones comparativas. Pero quizá sea aún más importante el que los observatorios hayan logrado que la agenda del desarrollo sanitario

Recuadro 12.3 Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Brasil

El Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Brasil es una red compuesta por unas dos docenas de estaciones de trabajo que ha ido desarrollándose en universidades y departamentos de salud de los estados. Su actividad está dirigida por una secretaria con sede en el Ministerio Federal de Salud, y en asociación con la Oficina Nacional de la OMS para el Brasil, que aporta apoyo económico y técnico.

Las estaciones de trabajo se centran en:

- la investigación sobre RHS orientada a determinados temas y peticiones propuestos por el Ministerio de Salud;
- el intercambio y la difusión de los resultados de dicha investigación en calidad de bien público a través de diversos canales, pero sobre todo a través del portal web del observatorio (39);
- las actividades conjuntas y los productos colectivos, como reuniones periódicas y boletines;
- la coordinación del ingreso de nuevos miembros en la red;
- la cooperación con otros centros del Brasil y otros países de América Latina y el Caribe en la promoción de la agenda de investigación sobre RHS.

A lo largo de los años, las diversas estaciones de trabajo han elaborado varios informes de investigación temática, algunos de los cuales se han compilado en una serie de libros. Asimismo, la red ha creado varios instrumentos de dominio público destinados a los profesionales del ámbito de los RHS, como métodos para contratar agentes de salud pública, programas informáticos para analizar los mercados laborales de los servicios de salud y bases de datos de instituciones de formación en profesiones sanitarias.

Recuadro 12.4 Observatorio del Personal Sanitario de Ghana

El Observatorio del Personal Sanitario de Ghana comenzó su andadura en 2005 como un equipo técnico de RHS. Con el apoyo de los principales interesados participantes en la planificación, el seguimiento, la formación y la gestión del personal sanitario, dicho equipo técnico elaboró un plan quinquenal para orientar las políticas y estrategias de desarrollo de los RHS en el país (40). Con el tiempo, el equipo se amplió y se transformó en un observatorio. Logró la incorporación de muchos otros asociados nacionales e internacionales y se estableció como parte de una entidad más amplia, el Observatorio del Personal Sanitario de África (véase el recuadro 12.2). El observatorio de Ghana y su sitio web oficial fueron presentados por el Viceministro de Salud en diciembre de 2007 (41).

Este observatorio se compone de un órgano asesor, un comité técnico y una secretaría con representación del Ministerio de Salud y otros ministerios y organismos gubernamentales, universidades y otras instituciones. Sus objetivos son:

- fortalecer la capacidad de rectoría y reglamentación del Ministerio de Salud y sus organismos;
- apoyar y promover la formulación de políticas de RHS basadas en pruebas científicas;
- reforzar la base de conocimientos y el uso de datos e información sobre RHS para su aplicación a la formulación de políticas y la toma de decisiones;
- mejorar la capacidad de seguimiento y evaluación de la situación y las tendencias de los recursos humanos en el sector sanitario;
- proporcionar un foro y una red para el intercambio de experiencias entre los productores y los usuarios de datos sobre RHS.

Desde su inauguración, el observatorio ha organizado varios actos, entre ellos una mesa redonda sobre RHS en junio de 2008 con la que se buscó impulsar acciones basadas en el plan estratégico quinquenal e identificar lagunas en el documento existente. La función del observatorio consistiría en actuar de mecanismo para la aplicación de las decisiones acordadas en el transcurso de esta primera conferencia de interesados (y las posteriores, si las hay).

Fuente: Contribución de James Antwi, Director Adjunto, Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, Ministerio de Salud, Ghana.

Cuadro 12.2 Influencias de algunos logros del Observatorio Brasileño de Recursos Humanos para la Salud sobre los procesos de políticas

Decisiones de política resultantes	Decisiones de política resultantes
Incentivos para los trabajadores sanitarios en zonas rurales	Perfil de los efectivos y la distribución de los RHS: estudios transversales y de cohortes
Creación de un grupo de trabajo conjunto de alto nivel con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación	Tendencias en la formación teoricopráctica de las profesiones sanitarias (expansión, combinación de capacidades)
Programas de formación a distancia	Evaluación de las capacidades de gestión de los equipos sanitarios de los distritos (municipales)
Diálogo sobre políticas y propuesta gubernamental de normas (decreto/ley)	Disposiciones contractuales del sistema nacional de salud en el sector público (niveles federal y estatal)
Expansión de los programas de formación teoricopráctica para algunas profesiones sanitarias (como la enfermería y algunos programas de especialización médica)	Evaluación de la combinación de capacidades de la fuerza laboral, con atención especial a algunas profesiones sanitarias (p. ej., composición de los equipos odontológicos, que comprenden odontólogos, ayudantes de odontología y técnicos de higiene dental)
Mesa redonda permanente de negociación	Prácticas e intereses profesionales (p. ej., conflictos en torno a los ámbitos de competencia)
Reglamentación de las nuevas profesiones sanitarias	

Recuadro 12.5 Red Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud

La red Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud (Rede ObservaRH Edmundo Granda)^a se desarrolló bajo los auspicios de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud de las Américas y con el apoyo de un acuerdo de cooperación técnica entre la OPS y el Gobierno del Brasil. Agrupa a asociados de observatorios nacionales de los RHS de seis países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Su función es apoyar las acciones locales de los equipos nacionales participantes mediante actividades concretas que dependen de la capacidad interna de cada país (42).

¿Qué es la red Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud?

Es un mecanismo de cooperación integrado por los países de la subregión andina. Tiene como finalidad el intercambio y la generación conjunta de información, experiencias y conocimientos actualizados para la toma de decisiones relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos para la salud como factor estratégico de los sistemas sanitarios de los países.

¿Cuáles son sus objetivos?

Los objetivos de la red de observatorios comprenden:

- la difusión de información estratégica que dé cuenta del escenario, los avances y los procesos en materia de RHS para los países andinos;
- la generación de un espacio para la comunicación entre los interesados de la esfera de los RHS en los países miembros;
- la presentación de las distintas ópticas desde las cuales analizan la problemática de los RHS los interesados, ya sean universidades, unidades de investigación, instituciones gubernamentales, organizaciones de representación (colegios, sindicatos), proveedores de servicios de salud o usuarios de servicios de salud;
- el suministro de información puntual y pertinente para los planificadores de políticas relacionadas con los RHS;
- el seguimiento de los compromisos relativos al cumplimiento de las metas regionales de desarrollo de los RHS.

¿Qué contiene?

- investigaciones y experiencias sistematizadas sobre cuestiones relacionadas con los RHS;
- datos y estadísticas oficiales sobre recursos humanos en el sector sanitario;
- conexiones entre estaciones de trabajo participantes en la red de observatorios andinos, la red de observatorios brasileños y la red regional para las Américas, alojada en la sede de la OPS.

¿Cómo opera?

El Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud:

- tiene carácter multicéntrico, y cada país asume la responsabilidad de los contenidos nacionales;
- está coordinado por un dinámico nodo subregional en permanente contacto con los países participantes;
- dispone de mecanismos de gestión de la información a diversos niveles (regional, nacional e institucional) para introducir, procesar, actualizar y validar la información sobre RHS;
- ofrece una plataforma común en Internet para que los administradores de los países publiquen su información nacional.

a. El nombre de la red de observatorios se acordó en memoria del distinguido profesor ecuatoriano Edmundo Granda (1946–2008), por sus valiosísimas contribuciones al campo de la salud pública, y en particular a las cuestiones relacionadas con los RHS.

Fuente: Contribución de Mónica Padilla, Consultora, Recursos Humanos para la Salud, Subregión Andina, OPS.

conceda mayor prioridad a las cuestiones relacionadas con los RHS; por ejemplo, los grupos de trabajo y las labores de movilización de la red de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud de las Américas han conseguido que dicha red se considere clave en la elaboración del programa de actividades coordinadas a largo plazo para el desarrollo de los RHS a escala internacional, nacional, regional y subregional (43).

Se han identificado una serie de factores críticos de éxito para hacer avanzar los observatorios de personal sanitario y mejorar su utilidad (44):

- promover las cuestiones relacionadas con los RHS en el país (incluidos el compromiso político de alto nivel y el liderazgo);
- implicar a todos los interesados principales en la planificación conjunta y fomentar el trabajo colectivo;
- asegurar una coordinación eficaz;
- sensibilizar y mejorar la capacidad en materia de RHS;
- formular enfoques a partir de experiencias diversas;
- armonizar criterios, definiciones e indicadores para elaborar perfiles y análisis de los RHS;
- apoyar las redes de investigadores en RHS;
- institucionalizar mecanismos de coordinación (mandato y legitimidad);
- crear un mecanismo de comunicación para localizar la información disponible para uso público (por ejemplo, un sitio web), y
- movilizar recursos (técnicos y económicos).

En resumen, los observatorios del personal sanitario y otras plataformas de transferencia de conocimiento representan redes dinámicas y evolutivas para las cuales el aumento del número de países e instituciones participantes sólo puede tener aspectos positivos. En los procesos de creación de estos mecanismos a menudo resulta difícil lograr la adhesión inicial, pero también es esencial mantener vivos el interés y el compromiso (en muchos casos al tiempo que se hace frente a cambios políticos y de las prioridades de los donantes). Para lograrlo es preciso difundir con regularidad los productos que se han mostrado útiles, compartir e intercambiar activamente información y conocimientos, y llevar adelante actividades de promoción continua. Estas últimas deberían incluir una estrategia de comunicación poderosa y aplicable –dirigida a los responsables de la formulación de políticas, los administradores, los investigadores y otros interesados pertinentes– que promoviera el reconocimiento de los trabajadores sanitarios como piedra angular de los sistemas de salud y la aplicación de estrategias eficaces orientadas directamente a corregir los cuellos de botella, los obstáculos y los déficits de financiación de los RHS en todos los niveles.

Referencias

1. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Affairs*, 2005, 24(1):151–162 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/1/151>, accessed 29 January 2009).
2. Wallace A, Croucher K, Quilgars D, Baldwin S. Meeting the challenge: developing systematic reviewing in social policy. *Policy Politics*, 2004, 32:445–470.
3. Sheldon TA. Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):1–5 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/1, accessed 29 January 2009).
4. Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7):1–14 (http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0020166-L.pdf, accessed 29 January 2009).
5. Lavis J, Davies H, Oxman A et al. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):35–48 (http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl_1/35, accessed 29 January 2009).
6. Tomson G, Paphassarang C, Jönsson K et al. Decision-makers and the usefulness of research evidence in policy implementation: a case study from Lao PDR. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(6):1291–1299.
7. Tetroe JM, Graham ID, Foy R et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Quarterly*, 2008, 86(1):125–155.
8. *About knowledge translation*. Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>, accessed 29 January 2009).
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994, 9(4):353–370.
10. Innvaer S, Vist G, Tommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7(4):239–244.
11. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81(2):221–248.
12. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364(9445):1615–1621.
13. *What is health policy and systems research and why does it matter?* Briefing Note No. 1. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance%20HPSR%20-%20Briefing%20Note%201.pdf>, accessed 29 January 2009).
14. Lavis J, Ross SE, Hurley JE et al. Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 2002, 80(1):125–154.
15. Siddiqi K, Newell J, Robinson M. Getting evidence into practice: what works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17(5):447–453.
16. *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf, accessed 29 January 2009).
17. *Stepping stones to improving the monitoring of vital events*. Geneva, Health Metrics Network, 2007 (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/logbook/en/move/web/index.html>, accessed 29 January 2009).
18. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2):103–114 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/103?ck=nck>, accessed 29 January 2009).
19. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems: linking research, development, systems, and partnerships*. Ottawa, International Development Research Centre and Tanzania Ministry of Health, 2004.
20. Regional East African Community Health-Policy Initiative. *REACH-Policy Initiative: prospectus*. Arusha, East African Community, 2005 (http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11551301781REACH_Prospectus.pdf, accessed 29 January 2009).
21. Sauerborn R, Nitayarumphong S, Gerhardus A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(12):827–835.
22. Lomas J. Connecting research and policy. *ISUMA*, 2000, 1(1):140–144 (http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/lomas_e.pdf, accessed 29 January 2009).
23. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walashe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1):21–34.
24. Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2001.
25. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):620–628 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/06-030312.pdf>, accessed 29 January 2009).
26. *Red de políticas informadas por evidencias: EPIVNet*. Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/rpc/evipnet>, accessed 29 January 2009).
27. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet*, 2005, 366:1758–1760.

28. Van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(8):608–612 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/05-028308.pdf>, accessed 29 January 2009).
29. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326 (<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/5/324>, accessed 29 January 2009).
30. European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/observatory>, accessed 29 January 2009).
31. El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud (<http://www.observatoriorh.org>, accessed 29 January 2009).
32. Figueras J (as interviewed by Richards T). European observatory will promote better health policy. *British Medical Journal*, 1999, 318(7180):352 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1114839>, accessed 29 January 2009).
33. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health*. Report prepared for the Joint Learning Initiative, 2004 (<http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/arteagaObservatoryHR.pdf>, accessed 29 January 2009).
34. Africa Health Workforce Observatory (<http://www.afro.who.int/hrh-observatory/>, accessed 29 January 2009).
35. *Africa Health Workforce Observatory: concept and implementation strategy*. Geneva, World Health Organization et al., 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/concept_implementation_strategy.pdf, accessed 29 January 2009).
36. Eastern Mediterranean Region Observatory on Human Resources for Health (<http://www.emro.who.int/hrh%2Dobs/>, accessed 29 January 2009).
37. *African atlas of the health workforce*. World Health Organization and Africa Health Workforce Observatory (<http://www.afro.who.int/hrh-observatory/hwinformation/index.html>, accessed 29 January 2009).
38. Badr EE. *Establishing an observatory on human resources for health in Sudan*. Report prepared for the World Health Organization and Federal Ministry of Health of the Republic of Sudan, 2007 (<http://www.hrhobservatory.sd/Documents/observatory-Badr.pdf>, accessed 29 January 2009).
39. Rede ObservaRH: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (<http://www.ObservaRH.org.br>, accessed 29 January 2009).
40. Ministry of Health of the Republic of Ghana. *Human resource policies and strategies for the health sector, 2007–2011*. Accra, Ministry of Health of the Republic of Ghana, Quality Health Partners and World Health Organization, 2007 (http://www.ghanahrhobservatory.org/downloads/hrh_policy_and_plan.pdf, accessed 29 January 2009).
41. Ghana Health Workforce Observatory (<http://www.ghanahrhobservatory.org>, accessed 29 January 2009).
42. Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud (<http://bvsde.per.paho.org/oarhs2/index.php>, accessed 29 January 2009).
43. *Llamado a la acción de Toronto 2006–2015: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas*. Informe de la reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4–7 de octubre de 2005. Organizació Panamericana de la Salud et al., 2005 (http://www.observatoriorh.org/Toronto/LlamadoAccion_esp1.pdf, accessed 29 January 2009).
44. *Report of the meeting of the Africa Health Workforce Observatory, 26–29 September 2006, Arusha, Tanzania*. Africa Health Workforce Observatory, 2006 (http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/meetingreports/arusha_meeting_report_09_07.pdf, accessed 29 January 2009).

Organismos editores del manual

La **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)** presta apoyo en los países en desarrollo para garantizar la eficacia, la eficiencia y la equidad de los sistemas de salud. Un componente importante de la estrategia de la USAID es el fortalecimiento de la capacidad de los trabajadores sanitarios para prestar una atención de salud de calidad, en particular mediante el apoyo a iniciativas orientadas al desarrollo la fuerza laboral y la mejora de la calidad. La USAID trabaja en el marco de acuerdos de cooperación, contratos y alianzas con organismos internacionales y otras entidades donantes para aplicar sus actividades sanitarias mundiales y maximizar su eficacia.

- Más información sobre el programa de Recursos Humanos para la Salud de la USAID en: www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/techareas/workers.html

El **Banco Mundial** se ha comprometido a ayudar a los países clientes en su esfuerzo por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. El Banco trabaja con los gobiernos de dichos países para elaborar proyectos sostenibles basados en políticas y estrategias bien fundadas. Tomando como punto de partida la visión del país respecto a su propio desarrollo, el Banco está construyendo sistemas de salud sostenibles, uno de cuyos pilares son los recursos humanos. Garantizar un personal sanitario calificado es parte de la estrategia de reducción de la pobreza del Banco. También la mejora de las capacidades de gestión y análisis de los responsables de la acción sanitaria constituye un objetivo importante para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

- Más información sobre el programa de Recursos Humanos para la Salud del Banco Mundial en: go.worldbank.org/XR4K48D5M0

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** marca la dirección a seguir en materia de salud mundial, lo que incluye establecer la agenda de investigación sanitaria y articular políticas basadas en pruebas científicas. La OMS trabaja con sus asociados y con los países para planificar estrategias de desarrollo de la fuerza laboral dirigidas a fortalecer los sistemas sanitarios e intervenciones de salud prioritarias; fortalecer la base de información y conocimientos para apoyar la toma de decisiones en la formulación de políticas y programas, y elaborar instrumentos y directrices que doten a los países y a los interesados de mayor capacidad para abordar los problemas relacionados con la fuerza laboral.

- Más información sobre el programa de Recursos Humanos para la Salud de la OMS en: www.who.int/hrh
- Información sobre las actividades de las oficinas regionales de la OMS en materia de RHS en: www.who.int/hrh/activities/regional/en/index.html

Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud

con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos

Un trabajador sanitario calificado puede representar la diferencia entre la vida y la muerte. Es nuestro trabajo garantizarles a los ciudadanos que se enviará personal sanitario cuando y donde se necesite para salvar vidas y que estos profesionales poseen las capacidades adecuadas, con independencia de que trabajen en centros públicos, privados o sin fines de lucro. Damos la bienvenida a este nuevo manual porque nos ofrece los instrumentos que necesitamos para hacer un seguimiento activo de la fuerza laboral y gestionarla mejor. Los métodos básicos y comunes que aquí se describen nos ayudarán a todos a mejorar la confianza pública en el sistema de salud y permitirán que el personal sanitario esté en el lugar adecuado y en el momento correcto contribuyendo de manera determinante a mejorar la vida de cada uno de nosotros como individuos y la de nuestras comunidades.

Sally K. Stansfield
Secretaria Ejecutiva
Red de Sanimetría



ISBN 978 92 4 3 54770 1



9 789243 547701