

Informe técnico

Apoyo estratégico a los recursos humanos para la salud

15 de diciembre de 2016
Ginebra (Suiza)

Índice

I.	Introducción	4
II.	Principios generales para las solicitudes que incluyen financiamiento destinado a los recursos humanos para la salud	5
01	Tener en cuenta la sostenibilidad	6
02	Asegurarse de que las inversiones se fundamenten en pruebas sólidas	7
03	Realizar las inversiones de conformidad con el mercado laboral del país para los recursos humanos para la salud.....	7
04	Invertir en enfoques integrados sobre recursos humanos para la salud.....	8
05	Establecer asociaciones estratégicas.....	9
06	Considerar la posibilidad de realizar inversiones en tecnologías de la información y la comunicación.....	10
III.	Tipos de inversiones en recursos humanos para la salud financiados por el Fondo Mundial.....	10
01	Políticas sobre recursos humanos para la salud, gobernanza y planificación o gestión del personal sanitario	11
02	Educación y formación.....	12
03	Salarios y remuneración	14
04	Retención y motivación.....	16
IV.	Inversiones en recursos humanos para la salud en diferentes contextos de país	18
	Referencias	25

Siglas y abreviaturas

Sida = Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CDC = Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CHAI = Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud
FSS = Fortalecimiento de los sistemas de salud
GAVI = Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
VIH = Virus de inmunodeficiencia humana
RHS = recursos humanos para la salud
TIC = Tecnologías de la información y la comunicación
ONG = Organización no gubernamental
RAMP = Recopilación rápida de datos telefónicos
RP = Receptor Principal
PNUD = Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SSRS = Sistemas para la salud resistentes y sostenibles
UNFPA = Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF = Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID = Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS = Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos: El Fondo Mundial ha elaborado el presente informe técnico en colaboración con el Departamento de Personal Sanitario de la OMS con objeto de asegurar la armonización con las orientaciones normativas sobre recursos humanos para salud más recientes. Al Fondo Mundial le gustaría agradecer a los compañeros de la OMS, así como a todas las partes interesadas consultadas durante la elaboración de este informe técnico, su enfoque de colaboración y orientación experta.

I. Introducción

Las dificultades a las que se enfrentan los recursos humanos para la salud (RHS) se han reconocido como un serio obstáculo para la ampliación y la mejora de la calidad de los servicios de salud, incluidos los relacionados con el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.¹ Los vínculos entre la disponibilidad y la accesibilidad de los RHS y la cobertura de los servicios y los resultados en materia de salud consiguientes son bien conocidos.^{2,3,4,5} La mayoría de los países que reciben financiamiento del Fondo Mundial se enfrentan a dificultades en este ámbito, entre ellas escasez y distribución desigual del personal, rotación elevada, educación y formación inadecuadas, condiciones de trabajo deficientes y ausencia de datos fiables sobre el personal sanitario. Por lo tanto, los recursos humanos para la salud son una parte fundamental de las iniciativas para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud⁶ y crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS).^a Se trata de un objetivo clave de la nueva Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022.⁷ Un subobjetivo fundamental para lograr esta meta es asegurar que el Fondo Mundial aproveche los recursos esenciales destinados a RHS.

El Fondo Mundial, junto a ministerios de Salud y asociados técnicos, también se encarga de evaluar las implicaciones de sus inversiones para los RHS, así como de velar por que el fortalecimiento de estos recursos humanos se lleve a cabo de forma sostenible. Esta responsabilidad se ha formalizado en la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Recursos Humanos para la Salud,⁸ que fue aprobada en la 69^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.

A efectos del presente documento, los términos “recursos humanos para la salud (RHS)” y “personal sanitario” incluyen tanto a trabajadores de salud con responsabilidades clínicas (como médicos, enfermeros, comadronas, farmacéuticos y trabajadores de salud comunitarios) como a aquellos que apoyan su labor (como gestores de servicios sanitarios, personal de programa, trabajadores administrativos, técnicos de laboratorio, trabajadores sociales, trabajadores de salud ambiental y trabajadores de salud comunitarios como educadores de pares y aquellos encargados de facilitar tratamiento y pruebas en la comunidad). Por lo tanto, están incluidos todos los recursos humanos que reciben apoyo a través del financiamiento del Fondo Mundial. El anexo 1 ofrece una lista de recursos y herramientas útiles para los RHS.

El Fondo Mundial pretende realizar inversiones éticas y sostenibles destinadas a los recursos humanos para la salud, lo que necesariamente establece limitaciones sobre los tipos de apoyo que va a proporcionar, especialmente en países que carecen de políticas y estrategias nacionales pertinentes que orienten las inversiones en este ámbito. El propósito del presente informe técnico es aclarar el enfoque del Fondo Mundial con respecto a las inversiones destinadas a recursos humanos para la salud mediante la descripción de los siguientes aspectos:

1. Los principios generales en que se fundamentan las inversiones del Fondo Mundial destinadas a recursos humanos para la salud (sección 2).
2. Diferentes tipos de inversiones para RHS que puede financiar el Fondo Mundial (sección 3).
3. Cómo puede variar el apoyo que ofrece el Fondo Mundial a recursos humanos para la salud en función del contexto de cada país (sección 4).

La finalidad del presente informe técnico es ofrecer orientación a los países en la preparación de solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial. Debe emplearse como base para las conversaciones y negociaciones con las diferentes partes interesadas a la hora de elaborar las solicitudes. Aunque los solicitantes deben familiarizarse con el informe técnico completo, los siguientes puntos son fundamentales:

^a Para obtener más información sobre el enfoque de SSRS puede entrar [aquí](#). También puede consultar [Global Fund's 2016 Paper on Resilient and Sustainable Systems for Health](#).

- Las solicitudes de financiamiento que incluyan inversiones destinadas a RHS deben demostrar un conocimiento de las condiciones subyacentes de su mercado laboral (véase la sección 2.3), así como establecer claramente la sostenibilidad y la naturaleza estratégica de las inversiones en el contexto del mercado laboral y el conjunto del sistema de atención primaria (véanse las secciones 2.1 a 2.6).
- En los casos en que existan políticas, planes y estrategias nacionales en materia de recursos humanos para la salud, las solicitudes de financiamiento para realizar inversiones en RHS deben estar en línea con estas políticas, planes y estrategias. Si no existen, el Fondo Mundial dará prioridad al apoyo destinado a elaborarlos. Asimismo, el financiamiento dedicado a crear o fortalecer las capacidades de gestión y planificación de los recursos humanos para la salud será pertinente en la mayoría de los países (véase la sección 3.1).
- A fin de lograr la máxima sostenibilidad posible, las inversiones en educación y formación de RHS deben centrarse en la educación previa a la prestación de los servicios y la formación profesional continua de los proveedores de atención primaria, en lugar de en actividades de formación a corto plazo sobre una enfermedad concreta ofrecidas durante la prestación de los servicios (véase la sección 3.2). No obstante, la formación durante la prestación de los servicios se seguirá financiando siempre que se demuestre que su financiamiento es necesario.
- Conforme a la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Recursos Humanos para la Salud, el Fondo Mundial invertirá tanto en capital como en costos recurrentes (incluidos salarios), cuando sea necesario. Las inversiones en salarios deben seguir las actuales directrices del Fondo Mundial sobre presupuestación, y han de estar justificadas por pruebas que demuestren que son necesarias para llevar a cabo la prestación de servicios relacionados con la tuberculosis, la malaria y/o el VIH (véase la sección 3.3).
- Se debe evitar ofrecer complementos salariales e incentivos, a menos que sean la única vía posible de pagar a los recursos humanos para la salud un salario digno y/o que resulten esenciales para lograr los objetivos del Fondo Mundial, y únicamente se financiarán si se puede demostrar que son esenciales. Deben valorarse en primer lugar otros tipos de mecanismos de retención y motivación (véase la sección 3.4).
- El enfoque del Fondo Mundial puede variar de un país a otro, ya que una intervención puede ser apropiada en un contexto, pero no en otro diferente (véase la sección 4).

II. Principios generales para las solicitudes que incluyen financiamiento destinado a los recursos humanos para la salud

Las inversiones en recursos humanos para la salud se priorizarán siempre que las dificultades a las que se enfrenta el personal sanitario representen un obstáculo para la disponibilidad, accesibilidad, admisibilidad o calidad de intervenciones basadas en pruebas destinadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, la tuberculosis y la malaria (así como otros objetivos sanitarios más amplios), especialmente en países con elevada carga de morbilidad y baja capacidad económica.

Los principios generales a tener en cuenta a la hora de elaborar las solicitudes de financiamiento para RHS son los siguientes:

- Tener en cuenta la sostenibilidad.
- Asegurarse de que las inversiones se fundamenten en pruebas sólidas.
- Invertir en función del mercado laboral de recursos humanos para la salud existente en el país.
- Invertir en enfoques RHS más integrados.
- Establecer asociaciones estratégicas.

- Considerar la posibilidad de invertir en tecnologías de la información y la comunicación.

01 Tener en cuenta la sostenibilidad

El Fondo Mundial determina la sostenibilidad de sus programas en relación con su capacidad para mantener la cobertura de los servicios a un nivel que proporcione un control constante de una enfermedad incluso después de que se haya retirado el financiamiento externo. Debe hacerse hincapié en la sostenibilidad de la mejora en los resultados epidemiológicos a través de un compromiso continuo con la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, y no necesariamente en la sostenibilidad de programas específicos. Para obtener más información, consulte la política y la nota de orientación del Fondo Mundial sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento.^{b,c}

Un elemento clave de la sostenibilidad programática es integrar las intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud en un plan estratégico nacional sólido y presupuestado que cuente con fundamento jurídico y cuyos presupuestos se elaboren anualmente. Las solicitudes de financiamiento deben mostrar claramente de qué forma se ajustan las intervenciones propuestas a las políticas, estrategias y planes nacionales.

En los casos en que no existan políticas, estrategias ni planes en materia de recursos humanos para la salud o cuando estos sean deficientes, debe destinarse financiamiento del Fondo Mundial a diseñarlos y ponerlos en marcha, en colaboración con otros asociados para el desarrollo, siempre que corresponda y sea viable. No obstante, contar con una gobernanza y una gestión sólidas de los recursos humanos para la salud requiere más que un plan, de modo que el financiamiento del Fondo Mundial puede incluir actividades que permitan crear o fortalecer la capacidad de instituciones pertinentes a nivel nacional o subnacional capaces de llevar a cabo funciones y tareas básicas relacionadas con los recursos humanos para la salud, así como análisis, planificación, formulación de políticas, seguimiento y evaluación del mercado laboral en el ámbito sanitario (véase también la sección 3.1).

Con el fin de lograr la sostenibilidad de las inversiones en recursos humanos para la salud, los países pueden priorizar intervenciones y enfoques que permitan ahorrar costos o utilizar los recursos de manera rentable. Entre algunos ejemplos se encuentran:

- Mejorar la transparencia y la eficiencia en las nóminas y otros sistemas de gestión financiera de los recursos humanos para la salud (véase la sección 3.1).
- Ofrecer incentivos y subsidios para reducir las tasas de deserción en las instituciones de educación sanitaria (véase la sección 3.2).
- Realizar inversiones en educación previa a la prestación de los servicios destinada a los recursos humanos para la salud. Con frecuencia resulta una solución más rentable y sostenible que centrarse en ofrecer formación a corto plazo sobre una enfermedad determinada durante la prestación de los servicios.^{9,10} (véase la sección 3.2).
- Hacer hincapié de forma prioritaria en los trabajadores de atención primaria de la salud, incluidos los comunitarios.
- Ofrecer incentivos no económicos para mejorar la motivación, el desempeño y la retención de los trabajadores de salud (véase la sección 3.4).

^b Para obtener más información, puede consultar la [Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial](#).

^c Puede consultar el Informe Técnico sobre Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial [aquí](#) (en inglés).

La sostenibilidad depende de que los propios países realicen mayores inversiones financieras en salud. El Fondo Mundial incentivará este compromiso financiero a través de los requisitos de cofinanciamiento.^d Asimismo, apoyará y coordinará la prestación de asistencia técnica junto a los asociados a fin de asegurar que los países cuenten con estrategias nacionales de financiamiento de la salud sólidas e integrales que fundamenten sus planes estratégicos, lo que incluirá al sector privado cuando corresponda. En el cuadro 1 se presentan ejemplos de inversiones en RHS que incluían un compromiso firme y demuestran que la sostenibilidad se tuvo en cuenta desde el principio.

Cuadro 1: Ejemplos de inversiones sostenibles en recursos humanos para la salud

En **Sudáfrica**, el Fondo Mundial está pagando el salario de los recursos humanos que están trabajando en crear y aplicar un nuevo sistema de gestión de la cadena de suministros para una variedad de medicamentos y productos esenciales. Llevará dos años integrar los costos recurrentes en el ciclo presupuestario del Gobierno, pero este proceso ya ha comenzado.

En **Bulgaria**, la subvención para el VIH ha contribuido a financiar la apertura y el mantenimiento de 19 centros de asesoramiento y pruebas voluntarias entre 2004 y 2015, así como cuatro centros de metadona que han facilitado terapia de sustitución con opiáceos a 400 usuarios de drogas intravenosas. De todos ellos, el Gobierno ya ha absorbido los costos de 13 centros de asesoramiento y pruebas voluntarias y tres centros de metadona (incluidos los salarios del personal) que siguen funcionando.

La economía de **Bangladesh** está creciendo de tal modo que recientemente ha sido clasificado como un país de ingresos medianos bajos y el Gobierno ha anunciado planes para aumentar su gasto en salud. La estrategia para mejorar la sostenibilidad de los recursos humanos para la salud en Bangladesh se centra inicialmente en que el Gobierno absorba los salarios de los empleados públicos que actualmente están siendo financiados por el Fondo Mundial. El plan estratégico de inversiones del Gobierno considera al personal sanitario una prioridad, lo que favorecerá la realización de este proceso.

02 Asegurarse de que las inversiones se fundamenten en pruebas sólidas

La presentación de pruebas y datos sólidos y fiables que demuestren con claridad por qué se necesita una inversión reforzará las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial destinadas a recursos humanos para la salud. Para los países que cuenten con sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de información sobre recursos humanos eficaces será relativamente sencillo obtener los datos necesarios. Sin embargo, muchos países que reciben financiamiento del Fondo Mundial no disponen de tales sistemas de información o los que tienen no son eficaces. En esos casos, el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar iniciativas para crear o reforzar los sistemas de información sobre gestión sanitaria y/o sobre recursos humanos (véase la sección 3.1).

Mejorar los sistemas de recopilación, cotejo, análisis y difusión de datos sobre recursos humanos para la salud también contribuirá a lograr que el seguimiento y la evaluación de las inversiones del Fondo Mundial en esta materia sea eficaz, de conformidad con el Marco de Seguimiento y Evaluación del Fondo Mundial.^e

03 Invertir en función del mercado laboral de recursos humanos para la salud existente en el país

Solo será posible contar con personal sanitario sólido y eficaz, capaz de responder a las prioridades actuales, si el número y las competencias de los trabajadores de salud cualificados y no cualificados se

^d [Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento](#) del Fondo Mundial. También puede consultar el Informe Técnico sobre Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento [aquí](#) (en inglés).

^e Para obtener más información, puede consultar [el Marco de Seguimiento y Evaluación del Fondo Mundial](#).

ajustan de forma eficaz a las necesidades presentes y futuras de la población. Las solicitudes deben mostrar un conocimiento de las condiciones subyacentes del mercado laboral de los recursos humanos para la salud (tanto en el sector público como en el privado). Por ejemplo, en los casos de escasez, la respuesta apropiada dependerá de si dicha escasez se basa en su oferta, su demanda, o en ambas. La escasez relacionada con la oferta se produce cuando los recursos humanos para la salud que se generan, importan y retienen son insuficientes. La escasez relacionada con la demanda se produce cuando un país no es capaz de cubrir los costos recurrentes necesarios para satisfacer la demanda de recursos humanos para la salud. En este contexto, algunas de las posibilidades en las que el Fondo Mundial puede ofrecer financiamiento incluyen:

- En los casos de escasez de personal (esto es, los puestos financiados o la demanda económica son superiores a lo que es posible cubrir con los trabajadores de salud disponibles), el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar la educación previa a la prestación de los servicios a fin de incrementar el número de trabajadores de salud hasta el nivel requerido para responder a las necesidades de la población.
- Por el contrario, si el número de trabajadores de salud supera a los puestos financiados en el sector público (esto es, casos en que los trabajadores de salud sufren subempleo o desempleo), el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar puestos adicionales si existen pruebas que demuestren que es sostenible y/o necesario para aumentar la cobertura de los servicios destinados a las tres enfermedades.
- En la mayoría de los países de ingresos bajos, tanto la oferta de trabajadores de salud como la demanda económica no alcanzan a cubrir las necesidades de la población. En estos casos, es necesario aplicar un enfoque combinado, invirtiendo tanto en financiar puestos adicionales como en ampliar la educación previa a la prestación de los servicios destinada a los trabajadores de salud.
- En aquellos lugares donde el análisis del mercado laboral indique que la remuneración de los trabajadores de salud es demasiado baja para lograr la prestación de servicios, el Fondo Mundial considerará la posibilidad de ofrecer financiamiento para mejorar la remuneración a fin de favorecer la retención y la distribución geográfica de los trabajadores de salud.

Si no se dispone de un análisis del mercado laboral apropiado, el Fondo Mundial puede financiar su realización (por ejemplo, financiando asistencia técnica para cotejar y analizar los datos necesarios). Este análisis permitirá que en el futuro se tomen decisiones de inversión basadas en la comprensión del déficit financiero, el espacio fiscal y la capacidad de absorber recursos humanos para la salud.

04 Invertir en enfoques RHS más integrados

La falta de coordinación entre diferentes programas de enfermedad puede dar lugar a que la prestación de servicios se lleve a cabo de forma fragmentada, y a que las tareas y los enfoques para los trabajadores de salud no estén coordinados. Es posible aumentar la sostenibilidad y la eficacia mejorando la integración de los servicios y los recursos humanos para la salud a nivel comunitario y de la atención primaria, según corresponda, de una forma que se ajuste a las estrategias del Gobierno (siempre que estas existan) y a las estructuras de prestación de servicios disponibles. Cabe señalar que mejorar la integración en la prestación de servicios no significa que todos ellos deban estar integrados en un único paquete, ni un enfoque integrado sobre recursos humanos para la salud consiste en que un único trabajador de la salud se encargue de prestar todos los servicios. En realidad, consiste en velar por que los trabajadores de salud cualificados y no cualificados dispongan de educación, formación, supervisión, remuneración y perspectivas de desarrollo profesional coordinadas.

Hay muchas posibilidades de integración que se pueden aplicar en diferentes contextos para asegurar que se atiendan al mismo tiempo distintas necesidades de los pacientes. Por lo tanto, los solicitantes deben intentar sacar el máximo partido posible a las sinergias entre las inversiones destinadas a una enfermedad específica y a atención primaria y recursos humanos para la salud comunitarios, especialmente en lo relativo a los servicios de atención de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (en el cuadro 2 se incluyen ejemplos de algunos países). Para obtener más información sobre enfoques integrados, puede consultar la Nota Informativa sobre Sistemas para la Salud Resistentes y Sostenibles y el Informe Técnico complementario sobre salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.^f

Cuadro 2: Ejemplos de inversiones integradas en recursos humanos para la salud que tienen por objeto crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles

En **Mauritania**, el Gobierno ha aprobado recientemente un programa de formación integrada para 500 trabajadores de salud comunitarios que cofinanciarán el propio Gobierno, el UNICEF y el Fondo Mundial. En un primer momento se diseñó únicamente como un programa de gestión de casos integrada en la comunidad, pero el Ministerio de Salud lo consideró una oportunidad importante para formar a los trabajadores de salud comunitarios en la prestación de un paquete completo de servicios de salud comunitarios para adultos y niños, que incluye, entre otros, servicios relacionados con el sida, la tuberculosis y la salud reproductiva.

De igual modo, en **Namibia**, los trabajadores de salud comunitarios solían prestar únicamente apoyo y atención paliativa relacionados con el sida, pero algunos de ellos han recibido una formación de seis meses como trabajadores de divulgación que también los capacita para prestar atención crónica y realizar pruebas domiciliarias. El objetivo final es integrar a estos trabajadores de divulgación en los programas para las tres enfermedades.

05 Establecer asociaciones estratégicas

Puesto que su mandato es luchar contra el sida, la tuberculosis y la malaria, no se espera que el Fondo Mundial tome la iniciativa a la hora de llevar a cabo actividades para ampliar o mejorar aspectos del personal sanitario de un país. En cambio, su estrategia con respecto a los recursos humanos para la salud consiste en colaborar con los países para detectar deficiencias en este ámbito que afectan a las acciones emprendidas para combatir las tres enfermedades y abordar servicios conexos (como servicios integrados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente). Las solicitudes de financiamiento deben explicar la forma en que las intervenciones propuestas van a ayudar a los países a cubrir estas deficiencias hasta que sea posible hacerlo utilizando fondos nacionales.

Muchas organizaciones y organismos tienen responsabilidades relacionadas con los recursos humanos para la salud y el Fondo Mundial se ha comprometido a trabajar en asociación con ellos. Así, la Organización Mundial de la Salud facilita la elaboración de políticas mundiales sobre RHS;^g otros organismos internacionales también desempeñan una función importante en determinadas cuestiones específicas, como la Organización Internacional del Trabajo (sobre condiciones de trabajo), el UNICEF y el UNFPA (que trabajan especialmente en cuestiones relacionadas con la salud materna e infantil, incluidos algunos aspectos sobre personal). Los gobiernos nacionales se encargan de velar por que las políticas, estrategias y planes nacionales sobre RHS respondan a las necesidades de la población y las expectativas de los ciudadanos, basándose en políticas y estrategias mundiales fundamentadas en pruebas, según corresponda. El Banco Mundial y el PNUD también pueden participar en el diálogo sobre políticas en lo relativo a la creación de un espacio fiscal que pueda absorber los costos recurrentes de RHS. La Organización Mundial de la Salud presta asistencia técnica relacionada con los recursos humanos para la salud, de modo que sus oficinas en los países pueden prestar apoyo en el diálogo sobre

^f Puede consultar la Nota Informativa sobre Sistemas para la Salud Resistentes y Sostenibles y el Informe Técnico sobre salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente en [recursos para los solicitantes](#).

^g Como [Global Strategy on HRH](#) y el [Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud](#).

políticas y la elaboración o el fortalecimiento de planes a los países que lo soliciten. Sería apropiado estar en contacto con estos y/u otros asociados para recibir su apoyo durante la elaboración de las solicitudes de financiamiento, así como coordinarse con otros donantes para detectar sinergias, alinear estrategias y evitar la duplicación de esfuerzos.

No obstante, negociar y acordar cuestiones específicas relacionadas con las subvenciones, como los niveles de remuneración de los recursos humanos para la salud, forma parte de la labor del Fondo Mundial (véase la sección 3.3). El diálogo con los ministerios de Salud es una parte esencial de este proceso, pero en algunos contextos también sería apropiado entablarlo con otras partes del Gobierno, como direcciones de RHS y planificación de otros ministerios (educación, finanzas o trabajo), la administración pública, y/u otros donantes que proporcionan financiamiento para los recursos humanos para la salud y/o el sector privado, a fin de asegurar que los esfuerzos estén armonizados.

06 Considerar la posibilidad de invertir en tecnologías de la información y la comunicación

Sacar buen partido a las tecnologías de la información y la comunicación es una forma de conseguir que las inversiones en RHS sean más estratégicas y catalizadoras. Las inversiones catalizadoras son aquellas que permitirán obtener resultados más rápidamente y/o con una mayor repercusión de lo que sería posible sin ellas. En el contexto de RHS, las inversiones en tecnologías de la información y la comunicación deben centrarse en aprovechar el potencial de programas y sistemas informáticos para abordar cuestiones como la planificación del personal sanitario, el desarrollo profesional y la mejora del entorno de trabajo.

Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser especialmente importantes en relación con el despliegue de trabajadores de salud, el aprendizaje electrónico, registros sanitarios electrónicos, la telemedicina, herramientas para la toma de decisiones clínicas, los vínculos entre los trabajadores de salud y entre estos y los pacientes, la gestión de la cadena de suministros, la gestión de nóminas, la gestión del desempeño y los circuitos de retroalimentación, la seguridad del paciente,¹¹ el control de calidad de los servicios, y la promoción de la autonomía del paciente.¹² Las tecnologías de la información y la comunicación ofrecen oportunidades para mejorar el apoyo a los recursos humanos para la salud en todas las intervenciones descritas anteriormente, desde la educación a su despliegue, los incentivos y la gestión del desempeño. La adopción de elementos de las tecnologías de la información y la comunicación en el contexto de las subvenciones del Fondo Mundial puede ser pertinente en todos los lugares, pero debe ir acompañada de una justificación que demuestre que supone un enfoque viable y rentable en el contexto nacional.

III. Tipos de inversiones en recursos humanos para la salud financiados por el Fondo Mundial

Existen diversas intervenciones y estrategias basadas en pruebas para superar las dificultades relacionadas con los recursos humanos para la salud. Por ejemplo, es posible mejorar de forma radical la calidad del personal sanitario si los sectores de la educación y de la salud colaboran para poner en marcha un programa educativo transformador.¹³ Mejorar la motivación, la satisfacción, la retención, la distribución equitativa y el desempeño de los trabajadores de salud puede conseguirse con un paquete integrado de políticas de contratación y retención (por ejemplo, mediante incentivos económicos y de otro tipo), medidas reguladoras y reorganización de la prestación de servicios.¹⁴ Se puede aumentar la eficiencia trabajando en pro de un modelo de prestación de atención primaria de la salud que esté centrado en los pacientes, para lo cual es necesario contar con una combinación de competencias diversa y sostenible, y aprovechar el potencial de los trabajadores de salud comunitarios y de nivel medio como parte de equipos de atención primaria multidisciplinares.^{15,16}

En función del contexto del país, las intervenciones pertinentes en RHS pueden centrarse en uno o más elementos del mercado laboral en el ámbito sanitario, entre otros:

1. **Fortalecer capacidades** para que la formulación de políticas, la gobernanza y la planificación o gestión de los recursos humanos sean eficaces.
2. Aumentar el número y las competencias de los RHS mediante **la educación y la formación**.
3. Fomentar la demanda **financiando la creación de puestos** en el sector sanitario.
4. Mejorar **la motivación y la retención** mediante incentivos económicos y de otra naturaleza que contribuyan a conseguir los objetivos de las subvenciones, de conformidad con las directrices presupuestarias del Fondo Mundial.^h

La buena ejecución de todos los tipos de intervenciones previamente mencionadas, especialmente la remuneración, la motivación y la retención, depende en gran medida de la existencia de una plataforma nacional que facilite el alineamiento de todas las actividades relacionadas con los recursos humanos para la salud en el país. Si no existiese dicha plataforma, el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar su creación contando con la implicación del país.

El contexto de cada país determinará la pertinencia de estas intervenciones, incluida la carga de morbilidad y el tipo de apoyo que proporcionan actualmente el Fondo Mundial y otros donantes, así como la situación actual de los recursos humanos para la salud y la capacidad económica. En las siguientes secciones se facilitan orientaciones más detalladas para diferentes contextos, que también se resumen en la tabla 1 de la sección 4.

01 Políticas sobre recursos humanos para la salud, gobernanza y planificación o gestión del personal sanitario

Para ejecutar con éxito cualquier intervención relacionada con los recursos humanos para la salud es necesario contar con una gobernanza y gestión eficaces, por lo que este tipo de apoyo puede ser pertinente en todos los países que reciben financiamiento del Fondo Mundial (véase la tabla 1 de la sección 4).

Las intervenciones pertinentes pueden incluir la creación o el fortalecimiento de capacidades para:

- Dirigir la planificación y el desarrollo del personal sanitario a corto y largo plazo.
- Movilizar y utilizar recursos de forma eficaz, eficiente y responsable.
- Crear mejores condiciones de trabajo, sistemas de gestión del desempeño,ⁱ sistemas de compensación y estructuras de carrera para trabajadores de salud cualificados y no cualificados.
- Fortalecer los sistemas de formación durante la prestación de los servicios para mejorar los vínculos y la armonización entre dicha formación, el desarrollo profesional continuo y la educación previa a la prestación de los servicios.
- Formular políticas sobre la regulación, la prestación de servicios y la educación o formación de los trabajadores de salud.
- Detectar estrategias adecuadas para implicar de manera colaborativa y establecer relaciones contractuales con organizaciones de la sociedad civil y el sector privado.
- Gestionar las nóminas de los recursos humanos para la salud y otros mecanismos de gestión financiera a fin de mejorar la eficiencia, la rendición de cuentas y la transparencia del seguimiento y la notificación de los gastos en esta materia.

^h [Directrices del Fondo Mundial sobre la presupuestación de subvenciones y la presentación de informes financieros anuales 2014](#)

ⁱ La gestión del desempeño es un proceso de comunicación continuo entre un trabajador y un supervisor cuyo objetivo es velar por que el trabajador comprenda los objetivos del empleador y esté motivado para alcanzarlos.

- Analizar los datos sobre personal y economía laboral; mejorar la capacidad de gestión de recursos humanos, incluido el uso eficaz de los sistemas de información sobre recursos humanos y la creación de cuentas nacionales del personal sanitario (véase la sección 2.2).¹⁷ En el marco de la estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud,¹⁸ se insta a armonizar los datos sobre RHS en lo que respecta a sus definiciones, análisis y difusión, así como a crear cuentas nacionales de personal sanitario. Existen directrices mundiales que determinan un conjunto mínimo de datos que son necesarios para mantener un registro del personal sanitario¹⁹ y la forma de recopilar datos sobre RHS para su planificación.²⁰ Los países que soliciten apoyo para la creación o el fortalecimiento de los sistemas de información sobre recursos humanos deben familiarizarse con estos conceptos y asegurarse de que las solicitudes de financiamiento para esta actividad estén alineadas con estas recomendaciones mundiales.

En determinados contextos, las intervenciones para ampliar la educación o la contratación del personal sanitario pueden resultar más eficaces si se dirigen a un nivel descentralizado o si las llevan a cabo actores no estatales, ya que los resultados y las lecciones extraídas de la ampliación se pueden apreciar con mayor rapidez (en el cuadro 5 se presenta un ejemplo de una ampliación realizada por una ONG en Bangladesh). En estos lugares se deberán crear o fortalecer capacidades a nivel administrativo y en las organizaciones pertinentes según corresponda (por ejemplo, sector público, ONG, sector privado y/u organizaciones de la sociedad civil).

En entornos operativos conflictivos, crear capacidades de gestión es esencial para asegurar la eficacia del apoyo a los RHS, por lo que estas intervenciones deberán priorizarse en colaboración con otras partes interesadas. En el cuadro 3 que se presenta a continuación puede ver ejemplos nacionales de inversiones en RHS dirigidas a la creación de capacidades para su gestión en diferentes contextos.

Cuadro 3: Ejemplos de inversiones del Fondo Mundial en la creación de capacidades para gestionar recursos humanos para la salud

En **Liberia**, el Fondo Mundial está financiando una nueva unidad de formación de RHS. CHAI, con apoyo del Banco Mundial, ofrecerá asistencia técnica a largo plazo enviando profesionales en materia de RHS para que desarrollen capacidades en la nueva unidad de formación. El Fondo Mundial ha ayudado a varios países (como **Malí** o **Sierra Leona**) a llevar a cabo una “reorganización de nóminas” que ha conseguido mejorar los índices de retención y reducir el absentismo y el número de trabajadores fantasma.

En **Djibouti** y **Marruecos**, el Fondo Mundial ha financiado la creación de sistemas de bases de datos para realizar un seguimiento de la información sobre la formación y los movimientos profesionales de los RHS. En Djibouti, el sistema se utiliza para registrar la asistencia y el desempeño de los trabajadores de salud en las actividades de formación durante la prestación de los servicios. En Marruecos, está previsto diseñar un sistema que realice un seguimiento de los movimientos profesionales, así como de la formación con el objetivo de mejorar la eficacia y la eficiencia de la planificación y el desarrollo de los RHS. La subvención del Fondo Mundial también incluye recursos para evaluar la eficacia del sistema.

02 Educación y formación

Aumentar el número y/o las competencias del personal sanitario es esencial para alcanzar metas ambiciosas en el ámbito de la salud, incluidas aquellas relacionadas con el VIH, la tuberculosis y la malaria. Por ello, las intervenciones de educación y formación probablemente sean pertinentes para todos los países que reciben financiamiento del Fondo Mundial, aunque el enfoque de estas medidas variará en función de la tipología y el contexto del país (véase la tabla 1 en la sección 4).

La educación de los profesionales que prestan atención primaria de la salud (como médicos de atención primaria, enfermeros y comadronas, trabajadores de salud comunitarios y trabajadores de divulgación para los grupos de población clave) es especialmente importante porque estos equipos suelen prestar

servicios integrados relacionados con las tres enfermedades, así como servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.

Educación previa a la prestación de los servicios

Se debe dar prioridad a las inversiones en educación previa a la prestación de los servicios, dependiendo del contexto. Es importante mejorar la calidad de la educación y la formación, así como asegurar que los programas de estudio estén al día, especialmente en aquellos países que no forman a estudiantes con todas las competencias necesarias para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las tres enfermedades. La formación previa también debe ser prioritaria en los casos en que es necesario ampliar el número de trabajadores de salud en países que no cuentan con suficientes profesionales para cubrir las necesidades de servicios sanitarios, y donde la falta de capacidad en las escuelas de formación supone una barrera para ampliar su número. Entre las intervenciones pertinentes se encuentran las siguientes:

- Revisar los programas de estudio o las modalidades de instrucción (por ejemplo, facilitar iniciativas para intercambiar tareas^j o incluir la educación sobre cuestiones de derechos humanos y conocimientos especializados, como la tuberculosis multirresistente).
- Ofrecer formación a los educadores sanitarios.
- Mejorar la capacidad y la calidad de los centros de formación.
- Actualizar los sistemas de acreditación y control de la calidad de la educación de los trabajadores de salud.
- Apoyar a los gobiernos para asegurar la armonización de los estándares de calidad entre los sectores público y privado.

La educación previa a la prestación de los servicios también representa una oportunidad para abordar los desequilibrios motivados por cuestiones étnicas y de género y mejorar la sensibilización sobre estas cuestiones entre el personal sanitario. Todos los países que reciben financiamiento del Fondo Mundial deben procurar que todas las políticas sobre el personal sanitario contemplen la igualdad y la sensibilización en cuestiones de género y origen étnico. Algunas intervenciones pertinentes son:

- Conseguir un número suficiente de profesionales sanitarios que sean mujeres y procedan de minorías étnicas en aquellos países donde existen barreras culturales que impiden a las mujeres acudir a profesionales sanitarios varones o que pertenezcan a grupos étnicos diferentes al suyo.
- Capacitar al personal sanitario y comunitario para que puedan prestar servicios sensibles a cuestiones de género y etnia.
- Introducir mecanismos para asegurar la igualdad en materia de género y origen étnico en el acceso a los programas de educación y formación.

Asimismo, la educación previa a la prestación de los servicios presenta una oportunidad para captar a estudiantes de zonas desatendidas del país con vistas a que probablemente puedan ejercer en estas áreas una vez que estén debidamente cualificados (véase también la sección 3.4).

Aunque la mayoría de los países de ingresos medianos puede financiar la inversión necesaria para la educación de trabajadores de salud con recursos nacionales, a corto y medio plazo muchos países de ingresos bajos y muchos entornos operativos conflictivos necesitarán apoyo adicional. Las solicitudes de financiamiento deben dejar patente la forma en que las intervenciones propuestas contribuirán al sistema de salud nacional y a las estrategias de recursos humanos para la salud, así como exponer el modo en que se empleará a los trabajadores de salud adicionales y más competentes dentro de dicho sistema (en el sector público o en el privado).

^j El intercambio de tareas implica una asignación más racional de las funciones, por ejemplo, delegando algunas tareas específicas de profesionales altamente cualificados a otros trabajadores de salud que han recibido formación durante menos tiempo pero que pueden realizarlas con la misma eficacia y calidad. Véase http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/

Formación durante la prestación de los servicios

Los programas de formación durante la prestación de los servicios pueden ser necesarios para poner al día a los trabajadores de salud sobre nuevos procedimientos y directrices, o en entornos operativos conflictivos donde el sistema de educación previa a la prestación de los servicios no funciona adecuadamente. No obstante, las solicitudes para su financiamiento deben justificarse y definirse con claridad. Las actividades de formación durante la prestación de los servicios deben diseñarse y organizarse de tal forma que se minimicen las ausencias de los profesionales de sus puestos de trabajo y se evite la interrupción de la prestación de servicios. Cuando sea posible, se integrarán en paquetes de formación más amplios, que incluyan al menos una de las tres enfermedades, y que de ser posible vayan más allá (por ejemplo, gestión integrada de enfermedades infantiles, gestión de casos integrada en la comunidad, provisión de planificación familiar, detección y tratamiento de enfermedades comunes no transmisibles).

Las solicitudes de financiamiento para la formación durante la prestación de los servicios deben justificar las necesidades y las deficiencias detectadas, e indicar: a) cómo se alinearán las actividades formativas propuestas con las estrategias, los planes y los sistemas nacionales de formación;²¹ y b) los planes para integrar las competencias pertinentes en la formación previa a la prestación de los servicios para que en el futuro no sea necesario impartir formación al respecto durante su prestación. En el cuadro 4 que se presenta a continuación se incluyen ejemplos de inversiones en educación y formación.

Cuadro 4: Ejemplos de inversiones del Fondo Mundial en educación y formación

En 15 de las provincias más pobres de **Viet Nam**, con las proporciones más bajas de médicos en la población, el Fondo Mundial está financiando una iniciativa para formar a 3.000 asistentes médicos con el fin de que puedan convertirse en médicos completamente capacitados. Proceden de poblaciones rurales y remotas con la idea de que es más probable que se queden y ejerzan su labor en estas comunidades desatendidas. Al mismo tiempo, se ha limitado la formación durante la prestación de los servicios mediante: a) el alineamiento de los costos de las sesiones formativas (dietas, alojamiento, viáticos) con las normas de gasto público; y b) su financiamiento únicamente en los casos en que sea necesario.

En **Namibia**, el Fondo Mundial ha trabajado en asociación con CDC para financiar la apertura de una nueva escuela de medicina, y ofrece becas para la formación previa a la prestación de los servicios de médicos y enfermeros. Dichas becas están condicionadas a la aceptación de trabajar en Namibia durante al menos dos años tras haberse graduado.

03 Salarios y remuneración

En los países que se enfrentan a una escasez de trabajadores de salud basada en la demanda, puede que no resulte eficaz simplemente formar a más trabajadores. Los presupuestos nacionales de los países de ingresos bajos y los entornos operativos conflictivos pueden ser insuficientes para cubrir costos recurrentes básicos, como los salarios, a corto y medio plazo, lo que aumenta las tasas de desempleo o la migración internacional, que constituyen una pérdida de los ya escasos recursos. Cuando existan pruebas de que el espacio fiscal y la demanda económica de los trabajadores de salud sean insuficientes y se necesite contar con un mayor número de estos profesionales, los recursos del Fondo Mundial podrán destinarse a salarios (completos o una contribución a los mismos) para los trabajadores de salud que corresponda, pero únicamente si está debidamente justificado.

Las solicitudes de financiamiento destinadas a ampliar el personal sanitario deben cumplir las actuales directrices presupuestarias del Fondo Mundial^k e incluir un plan a corto y medio plazo para que los

^k [Directrices del Fondo Mundial sobre la presupuestación de subvenciones y la presentación de informes financieros anuales 2014](#)

salarios pasen a formar parte de las nóminas gubernamentales. Dicho plan debe explicar cómo mantendrá el sistema de salud un mayor número de profesionales sanitarios a largo plazo y especificar de qué forma los fondos nacionales asumirán los salarios (por ejemplo, describiendo los mecanismos que se emplearán para aumentar en financiamiento destinado a la salud y apoyando análisis del espacio fiscal y del personal sanitario).

Las solicitudes de financiamiento deben demostrar que las solicitudes de apoyo para los salarios están en línea con los procedimientos de recursos humanos y las escalas salariales nacionales (tanto gubernamentales¹ como no gubernamentales) y que forman parte de una estrategia deliberada de recursos humanos para la salud aprobada por el Gobierno con el objetivo de cambiar la situación actual. Cuando no exista una estrategia o escala salarial nacional (o cuando circunstancias excepcionales no permitan la armonización con las mismas), se deberá justificar el nivel de remuneración propuesto (por ejemplo, tomando como referencia las estructuras de presupuestación más eficientes y rentables de países que tienen un nivel de desarrollo socioeconómico similar).

En muchos países, el proceso de fijar salarios se ve dificultado por la presencia de otros donantes que, si bien tienen objetivos que coinciden con los del Fondo Mundial, su política y práctica en materia de recursos humanos para la salud puede no estar alineada con la del país y la del Fondo Mundial. En estos casos es posible que las decisiones unilaterales (por ejemplo, limitar la remuneración de los trabajadores de salud) tengan consecuencias no deseadas, por lo que se recomienda a los solicitantes que entablen un diálogo con el Gobierno, otros donantes, organismos de las Naciones Unidas y otros actores pertinentes. Si el país cuenta con un plan de recursos humanos para la salud (independiente o como parte de una estrategia más amplia de salud o del sector público), podrá emplearse para facilitar un proceso de armonización dirigido por el país entre los diferentes asociados. Si no es el caso, uno o más asociados podrán ofrecer asistencia técnica para elaborar dicho plan. De ser posible, el Gobierno tomará la iniciativa en llevar a cabo actividades de armonización con el fin de asegurar la implicación del país en esta cuestión, teniendo presente que los trabajadores de salud necesitan términos y condiciones dignos.

Trabajadores de salud comunitarios

El despliegue de trabajadores de salud comunitarios puede ser una estrategia rentable para mejorar el acceso y la cobertura de servicios sanitarios básicos, especialmente si ofrecen un amplio abanico de servicios a través de un programa integrado. El término “trabajadores de salud comunitarios” abarca una gran variedad de funciones, desde proveedores de atención de la salud y educación con titulación oficial a funciones menos formales, como educadores entre pares y trabajadores comunitarios que ofrecen tratamiento y pruebas. Tanto la OMS como el Fondo Mundial los consideran parte del personal sanitario, incluso si son voluntarios y/o no ofrecen servicios de atención clínica (por ejemplo, trabajadores de divulgación o educadores entre pares).

Cuando un país disponga de un marco político específico sobre el apoyo a los trabajadores de salud comunitarios brindado por el sistema de salud, las inversiones propuestas en este ámbito deberán estar en línea con dicha política o estrategia, independientemente de si están contratados directamente por el Gobierno o por una ONG. En los países que no cuentan con dichas políticas o estrategias, puede resultar adecuado que el Fondo Mundial financie su creación, especialmente si hay pruebas suficientes de que invertir en trabajadores de salud comunitarios puede ser una forma rentable de mejorar los resultados de uno o más programas de enfermedad. Los planes y políticas al respecto deben vincularse con planes y políticas generales de recursos humanos para la salud, fundamentados en análisis del mercado laboral.

¹La armonización con las escalas salariales gubernamentales es uno de los factores favorables que debe estar vigente antes de que el país comience a planificar la transición para dejar de recibir financiamiento del Fondo Mundial. Véase la [Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial](#).

Para que los trabajadores de salud comunitarios sean totalmente eficaces, deben seleccionarse cuidadosamente, recibir una formación adecuada y contar con apoyo suficiente dentro del sistema general de atención primaria de la salud^{22,23}. Como parte del personal sanitario, es una buena práctica que se remunere su trabajo siempre que sea acorde con el marco político nacional. Por ello, puede ser adecuado que el Fondo Mundial financie dicha remuneración, siempre que pueda realizarse de conformidad con las directrices políticas nacionales sobre la remuneración general de los recursos humanos para la salud, tal y como se ha descrito previamente.

En algunos países, el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar salarios para trabajadores de salud comunitarios que pertenezcan a ONG u organizaciones de la sociedad civil, en lugar de para aquellos que están empleados por el Gobierno. Esto puede deberse a varias razones, por ejemplo, que su trabajo sea inaceptable en el contexto político actual, o cuando las ONG y/u organizaciones de la sociedad civil sean importantes proveedores de servicios de salud, pero el Gobierno no cuente con un mecanismo para contratar de forma externa servicios de salud. La remuneración de estos trabajadores debe ser coherente con las escalas salariales públicas, incluso si no están directamente contratados por el Gobierno (teniendo en cuenta que es posible que otros beneficios, como las pensiones, no se puedan comparar directamente). En estos casos, las solicitudes deben incluir un plan para que el Gobierno asuma estos costos, ya sea directamente o mediante la creación de un mecanismo dirigido a contratar empleados de ONG, incluso cuando se prevea que se necesitarán varios años para completar dicho plan.

En el cuadro 5 se presentan algunos ejemplos de inversiones del Fondo Mundial destinadas a salarios.

Cuadro 5: Ejemplos de inversiones del Fondo Mundial en salarios

En **Bangladesh**, el Fondo Mundial paga los salarios completos de más de 200 asistentes que trabajan en comunidades con lepra y tuberculosis, lo que ha contribuido a establecer dispensarios comunitarios en línea con la política gubernamental que pretende dirigir recursos a la atención primaria de la salud. Se espera que el Gobierno asuma estos salarios en la próxima asignación de fondos. El Fondo Mundial también ha trabajado con el Gobierno y/u otros asociados para el desarrollo para alinear los salarios realizando encuestas sobre los mismos en diferentes oficinas de las Naciones Unidas y ONG internacionales. Los resultados se utilizaron como referencia para negociar los niveles salariales dentro de la nueva subvención.

También en **Bangladesh**, los trabajadores de salud comunitarios empleados por la ONG que actúa como Receptor Principal reciben salarios que son superiores a las escalas gubernamentales para compensar los bajos niveles de beneficios laborales que ofrece la ONG, que tiene sus propias escalas salariales según las cuales sus empleados reciben el mismo sueldo independientemente de quién financie el programa.

En **Liberia**, el Ministerio de Salud y UNICEF colaboraron para crear una estrategia de salud comunitaria integral que incluye costos salariales y un paquete de formación modular para los asistentes de salud comunitarios. Junto con UNICEF, USAID y el Banco Mundial, el Fondo Mundial financiará los salarios mensuales de estos asistentes y sus supervisores, que pondrán en práctica la gestión de casos integrada en la comunidad como parte de esta estrategia.

04 Retención y motivación

Paquetes de retención

Muchos países que reciben financiamiento del Fondo Mundial tienen dificultades relacionadas con la retención y la motivación de los recursos humanos para la salud. Con el objetivo de asegurar que las inversiones en educación no se desperdicien y que los programas de enfermedad puedan ejecutarse con éxito, el Fondo Mundial considerará la posibilidad de financiar intervenciones destinadas a mejorar la

retención y la motivación, especialmente en zonas rurales y remotas de países de ingresos bajos y entornos operativos conflictivos.

Está demostrado que los planes de retención son más eficaces cuando se ponen en práctica a la vez diferentes intervenciones que conforman un paquete, en lugar de realizarse de forma fragmentada.²⁴ Entre las intervenciones pertinentes se encuentran:

- Intervenciones educativas que promuevan la inscripción de estudiantes de ámbitos rurales (véase la sección 3.2) y apoyo para la ampliación de infraestructuras educativas en zonas periféricas, incluida la realización de prácticas en entornos rurales dentro de programas de formación.
- Intervenciones reguladoras tales como aplicar reformas en la delegación de funciones, introducir nuevas categorías profesionales y no profesionales con perfiles específicos orientados al ámbito rural, crear puestos rurales voluntarios o incentivados para nuevos empleados.
- Incentivos económicos y no económicos, como oportunidades para el desarrollo profesional, prestaciones por condiciones de vida difíciles, subvenciones de vivienda, vacaciones adicionales, apoyo familiar, apoyo profesional, mejora de la comunicación, etc.
- Mejorar las condiciones laborales y las oportunidades de desarrollo profesional, por ejemplo, un entorno de trabajo seguro y propicio, actividades de divulgación, programas de desarrollo profesional, redes profesionales, medidas que fomenten el reconocimiento público, etc.

Fortalecer la capacidad de gestión de los recursos humanos (véase la sección 3.1) también puede ayudar a mejorar la retención de los recursos humanos para la salud.

Motivación mediante incentivos y complementos salariales

Los incentivos y complementos salariales pueden resultar contraproducentes, ya que pueden desmotivar a los trabajadores que no los reciben y provocar un cambio de prioridades no deseado. Por lo tanto, como norma general, estos pagos deben evitarse en favor de estrategias más integrales para reformar el sector público con el objetivo de mejorar las condiciones laborales (incluida la remuneración) del personal sanitario existente.

Sin embargo, los complementos salariales o los incentivos pueden ser necesarios en determinadas circunstancias para conseguir que los programas de enfermedad se ejecuten de forma eficaz a corto plazo. Por ejemplo, si los trabajadores de salud no están motivados para prestar servicios de divulgación en zonas remotas, puede que sea adecuado sufragar sus gastos de desplazamiento y alojamiento y asegurar así que servicios esenciales, como la detección de casos, se ofrezcan en todo el país. Las solicitudes para financiar complementos salariales e incentivos deben cumplir con las actuales directrices de presupuestación del Fondo Mundial,²⁵ y siempre que sea posible, deben estar en línea con los pagos realizados por otros donantes. Los solicitantes deberán justificar con solidez dichas intervenciones, evaluar sus implicaciones e incluir un plan para eliminarlas de forma progresiva.

Motivación mediante financiamiento o incentivos basados en el desempeño

El financiamiento basado en el desempeño es un tipo específico de complemento salarial que se utiliza con frecuencia para ofrecer una remuneración adicional siempre que se alcancen ciertas metas de desempeño. Puede otorgarse a personas a título individual o a organizaciones o entidades sanitarias (como centros de salud). Aunque puede incentivar en gran medida el rendimiento, se necesita actuar con cautela para evitar: a) que se centre la atención en determinadas intervenciones en detrimento de otras; b) que los proveedores promuevan un incremento de la demanda de los servicios, aumentando así tanto el suministro de servicios de salud concretos como su costo; c) la posibilidad de una notificación falsa o exagerada en contextos con una capacidad deficiente para realizar seguimiento o hacer cumplir los contratos; y d) fraudes en contextos caracterizados por la debilidad de su capacidad de gestión financiera. El Fondo Mundial podrá facilitar apoyo en aquellos países cuyo sistema nacional de salud cuente con una política y un sistema de financiamiento basado en el desempeño con el objetivo de asegurar que dichos incentivos incluyan un nivel adecuado de atención a las tres enfermedades como parte de un paquete más amplio y equilibrado de servicios de atención primaria. El cuadro 6 presenta ejemplos de formas en que los países han utilizado el financiamiento del Fondo Mundial para complementos salariales e incentivos.

Cuadro 6: Ejemplos de inversiones del Fondo Mundial en retención y motivación

En el marco de la subvención de **Malí** para el VIH, los trabajadores de salud tienen derecho a incentivos condicionados a su desempeño. Para recibirlos, deben presentar pruebas documentadas de su salario base con el objetivo de asegurar que los incentivos no superen el 20% del mismo. En la **República Centroafricana**, el MCP diseñó un plan por el cual el Fondo Mundial pagaría el 20% del costo de los complementos salariales siempre que el Gobierno pagara en primer lugar el 80% restante.

Aunque algunos países condicionan el pago de incentivos o complementos al desempeño, otros (como Mauritania) han tenido dificultades a la hora de supervisar el desempeño en áreas remotas debido a la complejidad para realizar inspecciones en estas zonas. Se están elaborando soluciones innovadoras para abordar esta cuestión. Así, en la **República Centroafricana** se ha utilizado un sistema de control de existencias conocido como RAMP (*rapid mobile phone data collection*; recopilación rápida de datos telefónicos móviles) para apoyar los pagos basados en el desempeño al condicionar los incentivos a la presentación periódica de informes completos.

En **Viet Nam** se han eliminado progresivamente los complementos salariales, lo que se ha conseguido sin gran repercusión en la retención porque: a) quienes los recibían eran empleados públicos que están motivados a continuar en su puesto debido a la pensión y a otros beneficios; y b) los fondos externos para recursos humanos para la salud en el país son muy limitados. Este conjunto de circunstancias ha presentado una oportunidad para hacer que los programas de enfermedad sean más sostenibles a largo plazo.

En la **República Democrática del Congo**, diversos asociados están colaborando bajo dirección nacional para ampliar los programas de financiamiento basado en el desempeño con el objetivo de cubrir áreas geográficas más extensas y asegurar que exista una cadena eficaz de suministro de productos sanitarios básicos para las poblaciones más necesitadas, especialmente mujeres y niños. El Fondo Mundial financia el suministro de kits de pruebas y medicamentos esenciales para la malaria, así como productos para la tuberculosis y el VIH a los centros de salud. UNICEF y GAVI complementan este apoyo centrándose en los servicios de salud infantil y productos esenciales. El Banco Mundial financia el diseño y la gestión del programa de financiamiento basado en el desempeño y la verificación de los resultados.

IV. Inversiones en recursos humanos para la salud en diferentes contextos de país

La tabla 1 presenta ejemplos de alto nivel de los tipos de inversiones en recursos humanos para la salud que se pueden considerar en diferentes contextos nacionales. Se divide en cuatro áreas de intervención

principales: intervenciones transversales de políticas, gobernanza y gestión de recursos humanos para la salud; educación y formación; promoción de la demanda de trabajadores de salud mediante la creación de puestos financiados; y retención, motivación y gestión del desempeño del personal sanitario. El signo "+++" que aparece en el recuadro indica que el tipo de inversión tiene gran pertinencia en ese contexto, "++" que es pertinente, y "+" que puede ser pertinente con la justificación adecuada.

Cabe señalar que los principios y las orientaciones que se describen en la tabla 1, así como el resto de esta nota informativa, deben interpretarse y adaptarse en función del contexto nacional. En definitiva, la situación de los recursos humanos para la salud en un país determinado es lo que debe servir de base a la hora de realizar inversiones en este ámbito, junto con análisis subyacentes que las fundamenten, como evaluaciones del mercado laboral y de la situación del personal sanitario. Cuando se disponga de pruebas que justifiquen la necesidad de alejarse de estos principios, el Fondo Mundial se mostrará receptivo ante aquellas solicitudes de financiamiento para recursos humanos para la salud que estén debidamente justificadas. A continuación, se describen consideraciones especiales para entornos operativos conflictivos y los países que se preparan para la transición.

Entornos operativos conflictivos

Los entornos operativos conflictivos pueden encontrarse en países con deficiencias crónicas en la capacidad y la gobernanza, así como en países que se enfrentan a situaciones de crisis, como conflictos, epidemias o catástrofes naturales. Por lo tanto, pueden existir en países que ocupan diversas posiciones en el proceso continuo de desarrollo. En muchos entornos operativos conflictivos se dan graves deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos para la salud y en la calidad de los servicios que pueden ofrecer. Se necesitará por lo tanto prestar apoyo en diversas actividades relacionadas con los RHS, por lo que es importante hacerlo de forma estratégica. Se dará prioridad a las intervenciones destinadas a crear y fortalecer la capacidad de educación, gestión y planificación de los RHS (véase la sección 3.1). En muchos entornos operativos conflictivos, los salarios son bajos y/o los sistemas de nóminas no funcionan de manera adecuada, lo que obviamente tiene implicaciones en la retención y motivación de estos trabajadores (véase el cuadro 6). Muchos países también necesitarán ayuda para ampliar la educación previa a la prestación de los servicios (véase la sección 3.2), lo que puede incluir el apoyo a estudiantes que reciben educación fuera del país si el sistema educativo del mismo no funciona de forma adecuada.

Cuando los presupuestos nacionales no sean suficientes para cubrir costos recurrentes básicos como los salarios, se podrán asignar a este fin recursos del Fondo Mundial (véase la sección 3.3), especialmente si este es el único asociado con este mandato en el país. En principio, el Fondo Mundial pretende evitar el pago de complementos salariales, pero reconoce que en algunos contextos puede ser la única estrategia viable para ofrecer a los trabajadores de salud un salario digno (véase la sección 3.4).

Países que se preparan para la transición

También se deben tener en cuenta consideraciones específicas en el caso de los países que están centrados en prepararse para la transición. Para todos los países de ingresos medianos altos y los países de ingresos medianos bajos con cargas de morbilidad bajas y moderadas, fortalecer la sostenibilidad y la preparación para la transición deben ser una parte integral de la planificación y la elaboración de las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial. En algunos casos, las reducciones de las asignaciones pueden provocar que los países necesiten asumir progresivamente un papel mayor en el financiamiento de las intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud, incluso varios periodos de asignación antes de que el país deje de ser elegible para recibir financiamiento del Fondo Mundial. El anexo 2 presenta ejemplos de cómo los países han enfocado la preparación para la transición, así como la sostenibilidad de las intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud de forma más general.

Una vez que un país deja de ser elegible, es posible que pueda optar a "financiamiento de transición" según lo dispuesto en la Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial.

En general, se espera que los países que presenten solicitudes para recibir subvenciones de "financiamiento de transición" (que será la última subvención del Fondo Mundial) en la mayoría de los casos se habrán asegurado de contar con un nivel adecuado de financiamiento nacional que permita cubrir todo el apoyo para RHS destinado a la prestación de servicios (a excepción del apoyo para las organizaciones de la sociedad civil y/o los recursos humanos que ejercen de forma temporal nuevas funciones que deben llevarse a cabo específicamente para las actividades de preparación para la transición). Por lo tanto, es poco probable, aunque posible, que estos países necesiten solicitar fondos para intervenciones básicas de RHS. Cuando el "financiamiento de transición" incluya apoyo para la educación, remuneración y otros costos recurrentes de RHS, el país deberá incluir en el plan de transición general una explicación de cómo se transferirán la producción y el empleo de los trabajadores de salud a los sistemas nacionales financiados con recursos del país al finalizar la subvención.

Conclusión

Las inversiones en recursos humanos para la salud son fundamentales para llevar a cabo con éxito iniciativas relacionadas con el VIH, la tuberculosis y la malaria, así como para alcanzar las metas de salud relacionadas. Se recomienda a los países que se aseguren de que sus solicitudes de financiamiento para RHS sean estratégicas y estén en línea con las políticas nacionales. Los solicitantes deberán utilizar toda la información que se presenta en este informe y en otros documentos pertinentes del Fondo Mundial para que las inversiones en recursos humanos para la salud contribuyan a crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles.

Tabla 1: Priorizar las inversiones estratégicas en recursos humanos para la salud - ejemplos

Tipo de intervención en RHS	Países de ingresos bajos y entornos operativos conflictivos	Países de ingresos medianos
Intervenciones transversales sobre políticas, gobernanza y gestión de RHS		
Fortalecer la gobernanza: políticas y estrategias sobre RHS, marcos jurídicos, sistemas de gestión, administración eficaz de nóminas, sistemas de información, cuentas nacionales del personal sanitario.	+++	++
Aprovechar las TIC para mejorar la educación, la gestión y el apoyo de los RHS.	+	+
Educación y formación		
Ofrecer educación previa a la prestación de los servicios para ampliar el número de trabajadores de atención primaria de la salud*.	+++	+
Incorporar o integrar competencias relacionadas con las tres enfermedades en la educación previa a la prestación de los servicios para los trabajadores de salud (por ejemplo, a través de la revisión de los programas y las modalidades de instrucción, la formación de educadores, etc.).	+++	+++
Conseguir que el personal sanitario esté proporcionado en cuanto al género y se muestre sensible a las cuestiones de género.	+++	+++
Ofrecer formación durante la prestación de los servicios para mejorar las competencias de los trabajadores de salud existentes.	+	+
Promoción de la demanda mediante la creación de puestos financiados		
Proporcionar apoyo, en consonancia con los sistemas nacionales, para el empleo en el sector sanitario mediante salarios o remuneración de los trabajadores de atención primaria de la salud*.	++	+
Retención, motivación y gestión del desempeño		
Complementos salariales.	+	+
Incentivos para la retención en zonas rurales y desatendidas en consonancia con los sistemas nacionales.	++	+
Incentivos basados en el desempeño.	++	+

*Legenda: +++ muy pertinente; ++ pertinente; + puede ser pertinente en determinadas circunstancias, pero requiere una justificación adecuada; * en países que se enfrentan a una escasez de trabajadores de salud teniendo en cuenta las necesidades de la población.*

Anexo 1: Lista anotada de recursos sobre RHS

A continuación, se presenta una lista de recursos y herramientas clave sobre RHS. Se han extraído del “Anexo 2: Lista anotada de herramientas y directrices seleccionadas de la OMS para los recursos humanos para la salud”, de la *Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030*, Organización Mundial de la Salud, 2016.

Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario

Los indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (WISN) aplican principios de planificación empresarial e industrial al sector sanitario. Esta herramienta ofrece orientación a los gestores de salud sobre cómo analizar y calcular la carga de trabajo de los profesionales sanitarios para hallar las necesidades de personal en los centros de atención de la salud. El programa informático es fácil de ejecutar e incluye un manual de instrucciones sencillo y estudios de casos de indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario.

http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

Intercambio de tareas relacionadas con el VIH y optimización de las funciones de los trabajadores de salud para mejorar la salud materna y neonatal

Las directrices sobre el intercambio y la delegación de tareas ofrecen a los países orientación sobre cómo emplear una combinación de competencias más variada de forma más eficaz y racional con el fin de prestar servicios esenciales relacionados con el VIH/sida y la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Estas directrices hacen hincapié en intervenciones basadas en pruebas, eficaces y rentables para delegar tareas de prestación de servicios a otros grupos de trabajadores de salud.

<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> y <http://www.optimize-mnh.org/>.

Transformar y ampliar la educación y la formación de los profesionales de la salud

Estas directrices establecen una visión transformadora de la educación de los profesionales de la salud y ofrecen recomendaciones sobre la mejor forma de lograr el objetivo de generar graduados sensibles a las necesidades sanitarias de las poblaciones a las que sirven. Estas directrices animan a las instituciones educativas y de capacitación a promover reformas institucionales y de la instrucción, así como a mejorar la interacción y la planificación entre la educación, la salud y otros sectores.

<http://www.who.int/hrh/education/en/> y <http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order-and-download>.

Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas y rurales mejorando la retención

Estas recomendaciones políticas analizan las pruebas y plantean opciones de políticas para maximizar la retención del personal sanitario en zonas rurales y desatendidas. Se pueden utilizar junto con otros recursos de la Organización Mundial de la Salud, como el Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud. Para lograr que los países obtengan mejores resultados en la retención del personal sanitario, la vía más apropiada es seleccionar y aplicar un paquete de recomendaciones adecuadas a cada contexto que incluya intervenciones en educación, regulación, incentivos económicos y apoyo personal y profesional.

<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/es/>.

Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud de la OMS

En mayo de 2010, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA63.16) adoptó este código con el objetivo de establecer y promover un marco integral que fomente principios y prácticas para la gestión ética de

la migración internacional del personal sanitario. Asimismo, plantea estrategias para facilitar el fortalecimiento del personal sanitario en los sistemas nacionales de salud, y señala las pruebas y datos necesarios para hacer un seguimiento e informar sobre la movilidad internacional de estos trabajadores. El código fue diseñado por los Estados Miembros para que constituya un marco continuo y dinámico para el diálogo y la cooperación mundiales. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/es/> y http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1. 49.

Cuentas nacionales de personal sanitario

Las cuentas nacionales de personal sanitario tienen por objeto normalizar la estructura y la interoperabilidad de la información sobre el personal sanitario, así como hacer un seguimiento del desempeño de las políticas sobre RHS para alcanzar la cobertura universal de la salud. La aplicación de cuentas nacionales de personal sanitario facilita un enfoque armonizado e integrado que permite recopilar, analizar y emplear periódicamente información normalizada sobre el personal sanitario con el fin de fundamentar la toma de decisiones sobre políticas basadas en pruebas. http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf.

Conjunto mínimo de datos necesario para mantener un registro del personal sanitario

Esta herramienta ofrece orientación sobre los campos de información mínimos requeridos para crear o modificar un sistema electrónico de información sobre el personal sanitario a nivel nacional o subnacional. Los ministerios de Salud pueden servirse del conjunto mínimo de datos necesario para mantener un registro del personal sanitario facilitado en este documento para apoyar el diseño de sistemas de información normalizados sobre estos trabajadores. http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/.

Seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos

El manual ofrece a gestores sanitarios, investigadores y responsables de formular políticas una referencia integral, normalizada y sencilla para realizar el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud, incluidos enfoques para fortalecer capacidades técnicas pertinentes. Reúne un marco analítico y opciones estratégicas para mejorar la información y la base empírica sobre el personal sanitario, así como experiencias de los países que hacen hincapié en enfoques eficaces. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/25/en/>.

Análisis de sectores sanitarios alterados

Este manual modular ayuda a los responsables de formular políticas de lugares en situaciones complejas de emergencia humanitaria a analizar y planificar sus sistemas de salud. El módulo 10 de la herramienta analiza aspectos a tener en cuenta en el estudio del personal sanitario en estas situaciones. En estos contextos irregulares, es preciso aplicar estrategias adaptadas para la planificación, la educación, el despliegue, la retención y la gestión del desempeño del personal.

http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/es/

Módulo 10: Analizar los recursos humanos para la salud

http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhs_modulo10.pdf?ua=1

Anexo 2: Experiencias de países para alcanzar la sostenibilidad y fortalecer la preparación para la transición de los recursos humanos para la salud

En muchos países en los que el Fondo Mundial se está haciendo cargo de los salarios y otros costos recurrentes, los gobiernos han empezado a trabajar con vistas a asumir los principales costos de los programas para fortalecer la sostenibilidad y la preparación para la transición, así como para estar listos cuando llegue el momento de dejar de recibir financiamiento de donantes externos. La voluntad política para invertir en recursos humanos para la salud dedicados a las tres enfermedades y prioridades sanitarias más amplias es una condición indispensable para que los países consigan absorber de forma eficaz intervenciones en RHS que son fundamentales para la respuesta nacional a las enfermedades. En **Namibia**, el Gobierno está invirtiendo en educación previa a la prestación de los servicios para RHS, ha elaborado directrices sobre RHS y está planificando más allá del apoyo del Fondo Mundial.

En países que cuentan con escalas salariales y sistemas de recursos humanos para la salud sólidos y transparentes, y que disponen de espacio fiscal, ha sido relativamente sencillo para los gobiernos absorber los costos recurrentes relacionados con RHS. Por ejemplo, en **Sudáfrica**, el Fondo Mundial solía financiar un programa para niños huérfanos y vulnerables que incluía los salarios de los trabajadores sociales. El Fondo Mundial ya no financia este programa, pero sigue funcionando en varias provincias porque el Gobierno asumió los costos recurrentes en aquellas donde la necesidad era mayor.

Igualmente, en **Perú**, la sostenibilidad se ha alcanzado a través de un sistema nacional consolidado de pago en función de los resultados. Conforme a este sistema, si se demuestra que una iniciativa puede ser rentable, se puede presentar una solicitud al Ministerio de Finanzas para que la financie a partir de recursos nacionales. Así, el financiamiento del Fondo Mundial solo es necesario hasta que se demuestra la eficacia de la iniciativa.

Otros países se están enfrentando a problemas de sostenibilidad debido a la creación de un gran número de puestos de recursos humanos para la salud en el marco del financiamiento del Fondo Mundial. Sus experiencias ponen de relieve la importancia de fomentar la sostenibilidad en las subvenciones desde el principio, incluso en los países de ingresos bajos. En **Mali**, por ejemplo, el Fondo Mundial solía pagar los salarios de más de 800 trabajadores de salud a índices más altos que la escala salarial del Gobierno. A fin de reducir esta cifra, al Receptor Principal se le fijó el objetivo de reducir el número de personas a las que se pagaba salarios o incentivos, lo que llevó al Ministerio de Salud a identificar a una cantidad importante de trabajadores como “no esenciales” (sobre todo aquellos que prestaban servicios de apoyo).

La cuestión de la sostenibilidad se presenta tanto en los costos de formación, como en los salarios y otros costos recurrentes. Por ejemplo, el Gobierno de **Namibia** cuenta con planes para absorber los costos de becas destinadas a médicos y enfermeros estudiantes (véase el cuadro 4), pero este proceso es complicado porque el sistema existente de becas públicas no está integrado con el del Fondo Mundial, por lo que resulta difícil establecer exactamente cuántos estudiantes están recibiendo apoyo y qué cursos están estudiando. Por otra parte, en **Viet Nam**, la armonización de los costos de formación durante la prestación de los servicios con las normas de costos del Gobierno supone que sea mucho más probable que este sea capaz de asumirlos cuando cese el financiamiento del Fondo Mundial.

Referencias

-
- ¹ Dräger S, Gedik G, Dal Poz MR. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: An analytical review. *Hum Resour Health* 2006; **4**: DOI: 10.1186/1478-4491-4-23.
- ² Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *Lancet* 2004; **364**: 1603-9.
- ³ Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: An econometric analysis. *Lancet* 2007; **369**: 1277-85.
- ⁴ Campbell J, Buchan J, Cometto G, *et al.* Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ* 2013.
- ⁵ Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, *et al.* Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014; **384**: 1215-25.
- ⁶ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> (consultado el 19 de octubre de 2015).
- ⁷ El Fondo Mundial. Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias (borrador). Ginebra: El Fondo Mundial, 2016.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 (borrador 1.0 presentado a la Junta Ejecutiva) (138^o periodo de sesiones). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016 http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1 (consultado el 14 de septiembre de 2016).
- ⁹ Vujicic M, Weber SE, Nikolic IA, Atun R, Kumar R. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy Plan* 2012; **27**: 649-57.
- ¹⁰ Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, *et al.* Global Fund investments in human resources for health: Innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan* 2014; **29**: 986-97.
- ¹¹ Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med* 2003; **348**: 2526-34.
- ¹² Weakliam D. Information technology (IT) in the new Global Strategy on Human Resources for Health. GETHealth Summit, Dublín, República de Irlanda. 2014. http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1 (consultado el 13 de junio de 2016).
- ¹³ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; **376**: 1923-58.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

-
- ¹⁵ Lewin S, Munabi-Babiqumira S, Glenton C, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases: S. Cochrane Database Syst Rev 2010; : doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
- ¹⁶ Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: Systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 824–33.
- ¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Policy brief: National health workforce accounts. 2015. http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa/en/ (consultado el 30 de agosto de 2016).
- ¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 (borrador 1.0 presentado a la Junta Ejecutiva (138º periodo de sesiones). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016 http://www.who.int/hrh/resources/global_strategyHRH.pdf?ua=1 (consultado el 14 de septiembre de 2016).
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Human resources for health information system: Minimum data set for health workforce registry. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015 http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1 (consultado el 14 de septiembre de 2016).
- ²⁰ UNFPA, OMS, ICM. El estado de las parteras en el mundo 2014: Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014.
- ²¹ USAID. A global improvement framework for health worker in-service training: Guidance for improved effectiveness, efficiency and sustainability. 2013. https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/inservicetraining_july2013.11x17spreads.pdf (consultado el 30 de agosto de 2016).
- ²² Third Global Forum on Human Resources for Health. Joint commitment to harmonized partners action for community health workers and frontline health workers (Recife commitment). 2013. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw_outcomedocumento1052014.pdf (consultado el 30 de agosto de 2016).
- ²³ Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? 2007. http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf (consultado el 28 de junio de 2016).
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
- ²⁵ El Fondo Mundial. Directrices del Fondo Mundial sobre la presupuestación de subvenciones y la presentación de informes financieros anuales. Ginebra: El Fondo Mundial, 2014.