

Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional

Gustavo Zoio Portela ¹
Amanda Cavada Fehn ¹
Regina Lucia Sarmiento Ungerer ²
Mario Roberto Dal Poz ¹

Resumen *A partir de los años 90 las economías nacionales se han entrelazado y globalizado. Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población mostraron la necesidad de nuevos debates y estrategias de los Recursos Humanos para la Salud (RHS). La crisis global de la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS) incluye dificultades para atraer a profesionales de la salud a las zonas remotas y rurales; la mala distribución y rotación de estos profesionales, especialmente los médicos; la cualificación inadecuada a las nuevas condiciones sanitarias y demográficas; y la necesidad de producir evidencia científica para apoyar la toma de decisiones y la gestión de políticas. Las actividades de cooperación técnica pueden contribuir al desarrollo de las capacidades de los países involucrados, fortaleciendo las relaciones y expandiendo el intercambio, la generación, la difusión y el uso de los conocimientos técnicos y científicos, así como la formación de los trabajadores y el fortalecimiento de sus instituciones. Este artículo explora este contexto, destacando la participación de Brasil en las estrategias de cooperación internacional en el área de RHS y destacando el papel de la Organización Mundial de la Salud para hacer frente a esta crisis que limita la capacidad de los países y sus sistemas de salud para mejorar la salud y la vida de sus poblaciones.*

Palabras clave *Personal de salud, Salud global, Cooperación internacional, Política internacional*

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/Bloco E/7º, Maracanã. 20550-013 Rio de Janeiro RJ Brasil. gzportela.fiocruz@gmail.com

² Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

Las economías nacionales están cada vez más complejas, mientras que la desigualdad social ha aumentado. El Informe sobre Riqueza Global 2015 (del inglés *The Global Wealth Report 2015*) muestra que la concentración del ingreso mundial alcanzó niveles tan críticos como el del mundo industrializado antes de la Primera Guerra Mundial¹.

La globalización, el envejecimiento de la población y los cambios en el comportamiento y expectativas de los usuarios con los profesionales sanitarios cambiaron drásticamente las demandas sobre la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS) y pusieron de relieve la necesidad de una mayor discusión sobre este componente crítico para un buen desempeño del sector y, posteriormente, el alcance de los objetivos nacionales y globales de salud²⁻⁴.

Este contexto generó la denominada crisis global de la FTS, que se caracteriza por déficits nacionales y mundiales y también por la distribución desigual de los profesionales de la salud. Esta crisis ha demostrado ser uno de los obstáculos más importantes para mejorar el rendimiento y el acceso a los servicios y sistemas de salud, especialmente en los países en desarrollo³.

Del mismo modo, las guerras civiles, los desastres naturales, así como la crisis económica y los problemas sociales subsiguientes llevan a la migración de los profesionales de la salud, con la sobrecarga de las unidades de cuidado, la interrupción de los programas de salud y el impacto global en la fuerza de trabajo, alimentando la crisis.

Este entorno complejo, en el que se combinan las causas y los viejos y nuevos problemas, opera en la determinación de la salud de las poblaciones a escala mundial y tiene un impacto directo sobre el funcionamiento de los sistemas de salud y las necesidades de personal. La tarea de identificar sinergias programáticas en la búsqueda de mejores resultados y condiciones de salud gana potenciales en un escenario lleno de diversidad y dificultades.

Por lo tanto, la articulación entre los diferentes actores y organismos intergubernamentales en el contexto de la cooperación técnica puede contribuir críticamente a la mejora y el fortalecimiento de los sistemas de salud, con el intercambio de experiencias, habilidades técnicas y recursos entre los países. Las diferentes regiones enfrentan a los mismos problemas y retos relacionados con la FTS y las estrategias de cooperación internacional tienen el potencial de contribuir positivamente al desarrollo de las capacidades de los países en cuestión, estrechando las relaciones

y ampliando el intercambio, la generación, la difusión y el uso del conocimiento técnico y científico, así como la formación de recursos humanos y el fortalecimiento de sus instituciones.

Entre los desafíos ya identificados a nivel internacional están las dificultades para atraer a profesionales de la salud a zonas remotas y rurales y reducir la mala distribución y la alta rotación de estos trabajadores, en particular los médicos. También se destacan las necesidades de calificar y adecuar esta fuerza de trabajo a las nuevas condiciones sanitarias y demográficas, así como producir evidencia científica que apoye de forma coherente los procesos de decisión y gestión de políticas, programas e intervenciones sobre los recursos humanos⁵.

Este artículo tiene como objetivo discutir las condiciones y opciones de cooperación internacional, incluyendo la participación de Brasil, así como las estrategias que se utilizan en el enfrentamiento de esta tensa conjuntura global que afecta a los profesionales de la salud, buscando contribuir a una agenda política y de investigación al identificar las brechas que limitan la capacidad de los países y sus sistemas de salud para obtener mejores indicadores y condiciones de vida de las poblaciones.

Métodos

Los procedimientos metodológicos incluyen la revisión narrativa de la literatura publicada en línea sobre el cuadro general de la fuerza de trabajo en salud. Las informaciones se obtuvieron a partir de las discusiones de algunos de los principales expertos en el campo, por la investigación documental de los organismos internacionales y en base a la experiencia cotidiana de los autores. La revisión abarcó el período de 15 años antes del estudio (2002 a 2016) y los documentos investigados son accesibles al público.

Los artículos de revisión narrativa son publicaciones amplias, adecuadas para describir y analizar el desarrollo o estado del arte de un tema en particular, en el punto de vista teórico o contextual, lo que permite la adquisición y actualización de conocimientos. Consiste principalmente en el análisis de la literatura, su interpretación y evaluación crítica basada en la experiencia personal del investigador⁶.

En este sentido, el artículo analiza los retos, las tendencias y algunas opciones de políticas y acciones en destaque en la agenda global de cooperación técnica de las organizaciones internacionales y los gobiernos nacionales con la es-

peranza de contribuir a mejorar el conocimiento y la capacidad técnica e institucional para la intervención en el escenario crítico de la FTS. A seguir, se identificaron algunas cuestiones recurrentes en la agenda global y nacional en salud, como el importante déficit y la desigualdad en la distribución de los profesionales, los problemas relacionados con la formación y la educación, así como la gobernanza de los recursos humanos.

La crisis global de la Fuerza de Trabajo en Salud

Datos recientes estiman una escasez global de 12,9 millones de trabajadores de la salud, con al menos 83 países enfrentando a limitaciones importantes. Proyecciones actualizadas, vinculadas al crecimiento económico mundial, a procesos de reforma del sistema de salud y al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, estiman que el déficit podría ser incluso mayor⁷⁻⁹.

Los países con la mayor carga de enfermedades, tales como las regiones africana y el Sudeste Asiático, continúan con un cuantitativo de profesionales de hasta 10 a 15 veces menor que las regiones europea y las Américas, que, en su mayoría, se concentran en las zonas urbanas.

En Europa, la demanda de atención de la salud debe aumentar drásticamente con el continuo envejecimiento de la población. Se estima que el número de personas mayores de 65 años se duplicará en los próximos 50 años, de 87 millones en 2010 a 152,7 millones en 2060, con importantes consecuencias para la forma como los sistemas de salud responden a las necesidades de la población. El número creciente de personas mayores con múltiples condiciones crónicas requerirá

nuevos tratamientos y modelos de atención, así como cambios en las habilidades y nuevas formas de trabajo de los profesionales de salud¹⁰ Tabla 1.

Sin nuevas medidas para hacer frente a estos retos, se estima una escasez de aproximadamente 1 millón de trabajadores de la salud en 2020 (llegando a 2 millones se consideramos las profesiones auxiliares). Esto significa que aproximadamente 15% de las necesidades de salud de la población europea no estarán cubiertas, como demuestra la Tabla 2.

Estos cambios globales han transformado el mercado laboral y forzado cambios en los procesos educativos y de formación de recursos humanos para la salud.

Hay un mercado mundial para los trabajadores de la salud, pero es un mercado distorsionado, determinado por las desigualdades mundiales en el cuidado de la salud y la capacidad de pagar a los trabajadores, en lugar de las necesidades de salud y la carga de enfermedad¹² (traducción libre).

Tradicionalmente los enfoques que discuten estrategias dirigidas a planificar los RHS se centran principalmente en las estimaciones del número de profesionales de la salud, basadas en los indicadores demográficos y, eventualmente, epidemiológicos y en la ampliación, reforma y mejoría de los procesos educativos, en este caso mediante la creación o calificación de universidades/facultades o incluso la oferta de entrenamientos¹³. A pesar de la capacidad de predicción de estos enfoques, ellos no captan las diferencias entre los procesos educativos y de formación entre los países y las necesidades actuales y futuras de la composición del personal de la salud, ni la dinámica y la relación entre los mercados de trabajo y de formación¹⁴⁻¹⁶.

Tabla 1. Densidad media de trabajadores de salud (por 10.000 habitantes) de las cinco principales categorías profesionales*, por regiones de salud según la OMS, 2000-2013.

Regiones de la OMS	Médicos	Enfermeras y Parteras**	Odontólogos	Farmacéuticos
África	2,4	10,7	0,5	1,0
Américas	20,0	24,1	4,1	3,2
Sudeste de Asia	6,1	9,0	1,0	3,9
Europa	32,3	41,7	5,6	8,6
Mediterráneo Oriental	10,3	10,7	1,5	5,6
Pacífico Oriental	13,5	24,1	0,2	3,5
Global	12,3	17,6	0,8	3,6

Fuente: Adaptado de OMS, 2016¹⁶.

*Se refiere a las siete grandes categorías profesionales de trabajadores de salud definidos en el Informe de Estadísticas Mundiales de la OMS (disponible en: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>): dentistas, farmacéuticos, profesionales de laboratorio, trabajadores de salud pública y ambiental; trabajadores de salud comunitaria, gestores y apoyo logístico en salud), otros trabajadores de salud. ** En varios países hay dificultad en la obtención de datos desagregados entre enfermeras y parteras.

Tabla 2. Estimación del déficit de profesionales del sector salud para 2020, según categoría profesional, UE.

Profesionales de salud	Déficit estimado en 2020	Porcentaje estimado de atención en salud al descubierto*
Médicos	230.000	13,5%
Dentistas, farmacéuticos y fisioterapeutas	150.000	13,5%
Enfermeras/os	590.000	14%
Total	970.000	13,8%

Fuente: European Commission, 2012¹⁰.

* Estimación basada en las atenciones realizadas en 2010.

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (en inglés, *General Agreement on Trade in Services - GATS*)¹⁷ ha contribuido a eliminar o reducir las barreras para el flujo de la fuerza de trabajo entre los países, al mismo tiempo que las diferencias entre los niveles educativos se reducen, lo que, junto con los mecanismos regulatorios que facilitan el tránsito y el rápido reconocimiento de las cualificaciones han ayudado a crear un mercado laboral global para la Enfermería y otras categorías de profesionales en esta área¹⁸.

En este contexto, varios autores¹⁹⁻²¹ han identificado la importancia de la cooperación internacional y la colaboración con los socios para mejorar la base de conocimiento de las tendencias del personal de salud, la eficiencia y la sostenibilidad. Tales estrategias facilitan la colaboración entre países y apoyan la creación de redes y el proceso de advocacía, comunicación, seguimiento e intercambio de información. Al mismo tiempo, alienta la construcción de la capacidad técnica en los países para avanzar en la agenda de desarrollo de los recursos humanos para la salud, con prioridad a fortalecer los procesos de formación profesional orientados hacia una educación transformadora, basada en la competencia, cambio de roles, trabajo en equipo y la innovación en el aprendizaje para contextos específicos/locales. La cooperación en salud también fortalece el desarrollo de estrategias de provisión y la retención de los trabajadores, especialmente en las zonas rurales y de difícil acceso, reduciendo las desigualdades de distribución.

El caso brasileño

La historia de la cooperación técnica en salud en Brasil tiene estrecha relación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimulando asociaciones estratégicas reguladas y sistematizadas a través de términos de cooperación (TC),

instrumentos que proporcionan legalidad y viabilizan las actividades definidas tanto nacional como internacionalmente²².

El énfasis en las estrategias y acciones en el área de los recursos humanos tiene una expresión concreta en la elaboración del Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS) en junio de 1976. La función básica del programa era actuar como promotor e instrumento catalizador de habilidades y capacidades, integrando y coordinando la participación de las instituciones y apoyando técnica y financieramente diferentes iniciativas²³.

En diciembre de 1978, se firmó un nuevo acuerdo de cooperación OPS-Brasil, sin embargo, hasta la primera mitad de 1979, las actividades de cooperación avanzaron poco.

Entre 1979-1980 el cuantitativo de la FTS en Brasil creció significativamente (142,9% en el caso de los médicos y 125,6% de enfermeros), pero ya se evidenciaba un gran crecimiento de los auxiliares de enfermería. La categoría de auxiliares, de acuerdo con datos del Consejo Federal de Enfermería (1985), estaba formada por personal con niveles educativos que van desde la educación básica incompleta (41,3%), educación básica completa (22,8%) y secundaria incompleta (31,2%), pero sin cualificación específica para trabajar en el sector salud²⁴ (corresponden a los niveles de educación primaria y secundaria, respectivamente, en la nueva Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional – Ley n° 9.304, del 20/12/96).

Este cuantitativo expresivo de profesionales con calificación inadecuada definió la línea estratégica para las acciones de cooperación técnica, destacando tres propuestas educativas con responsabilidades sobre la formación del personal en salud:

1. Proyecto a Gran Escala, que se inició en la primera mitad de la década de 1980, con el objetivo de capacitar al personal de nivel medio a *gran escala* para satisfacer las necesidades de la demanda;

2. Proyecto de Capacitación en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (CADRHU), puesto en marcha en la segunda mitad de los años 80, con el objetivo de contribuir a la modernización de los procesos institucionales en el ámbito de los recursos humanos, garantizando su compatibilización con los principios y metas de la Reforma Sanitaria;

3. Proyecto GERUS, Desarrollo Gerencial de Unidades Básicas de Salud, 1990, que tiene por objeto contribuir a la cualificación técnica/política de todos los implicados con la responsabilidad operativa de centros de salud, sin necesidad de hospitalización, y apoyar la estrategia de descentralización y reorientación de los modelos asistencial y sanitario.

En 1992, basándose en la experiencia brasileña con el CADRHU, se llevó a cabo el primer Curso Latinoamericano de Recursos Humanos en Salud (CLARHUS), una iniciativa que sirvió de inspiración para otros y nuevos proyectos a partir de 2005.

Según Iglesias Puente²⁵, Brasil participó de la evolución de la cooperación técnica internacional desde su creación. Inicialmente, y durante muchos años, en la condición de país receptor; después, en la condición de compartidor de experiencias y conocimientos en diversas áreas. Para él, “la cooperación técnica horizontal brasileña cubre actividades específicas, proyectos y programas que implican la transferencia, generación y difusión de conocimientos técnicos, experiencias exitosas y la formación de los recursos humanos con miras a fortalecer las instituciones del país receptor” (traducción libre).

En la década de 2000, Brasil, que ya ofrecía una ayuda externa modesta en el sector de la salud, aumentó los procesos de cooperación internacional, especialmente para los países de América Latina y los países de habla portuguesa en África (PALOP) a través de un formato que se conocía como “cooperación estructurante”²⁶, en contraste con el método tradicional practicado por los países desarrollados y algunos organismos donantes que buscaban imponer sus agendas a los países receptores. Este enfoque reforzaba la perspectiva de la formación y la sostenibilidad local.

Además, vale la pena señalar una afirmación gradual de la posición que sitúa a la cooperación Sur-Sur en el centro de la agenda internacional desde mediados de los años 90. La creación de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (CPLP) en 1996, su mayor movilización como instancia política en la década siguiente y el liderazgo de Brasil en la conducta de las fuerzas de paz en Haití, desde 2004, están vinculados a

las iniciativas que buscaban consolidar un perfil activo y estratégico del país en un escenario de relaciones globales, en particular para las iniciativas de realización de acuerdos de cooperación Sur-Sur²⁷.

En el campo de los recursos humanos para la salud, esta redirección permitió el desarrollo de algunas iniciativas de cooperación con otros países, como la participación en el debate sobre la agenda global centrada en el déficit crítico en muchas partes del mundo y la desigualdad en la distribución y la dificultad de reclutamiento de los médicos en las zonas rurales y de difícil acceso.

En 2005 la OPS y Brasil firmaron, con la intervención de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, la SGTES, el Término de Cooperación n° 41 (TC-41) – Programa de Salud Internacional (PSI), con el fin de desarrollar iniciativas para el intercambio de experiencias, conocimientos y tecnologías disponibles en las instituciones del campo de la salud pública en Brasil y los países miembros de la OPS/OMS con prioridad para América del Sur y los países africanos de habla portuguesa. En el ámbito de esta cooperación fueron aprobados 51 proyectos, que han desarrollado más de 680 actividades en el período de 10 años²⁸.

Desde 2005 las relaciones del gobierno de Brasil con los países de habla portuguesa se solidificaron y se ampliaron sus acciones de cooperación. Se cita, por ejemplo, la creación de la Red ePORTUGUÊSe como estrategia de la OMS para fortalecer la colaboración en las áreas de información y formación de los RHS, aumentando las oportunidades de intercambio de información en su propio idioma y de contribuciones al fortalecimiento de los sistemas de salud y mejoramiento de la asistencia a la población. Al mismo tiempo, la experiencia de las Bibliotecas Azules proporcionaron acceso a los manuales técnicos que contienen información básica de la salud pública, enfermedades infecciosas, cuidados de enfermería, salud materno-infantil, gestión, el SIDA, la tuberculosis, la malaria, entre otros.

Otra experiencia importante fue el Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), que tuvo su primera edición celebrada en 2006. Fue un proyecto de cooperación técnica viabilizado a través de un proceso educativo que se propuso a compartir experiencias, problemas y soluciones similares en la gestión de los recursos humanos en salud en diferentes países²⁹.

En este sentido, hacemos hincapié en la actuación del Ministerio de Salud en el período 2006-2014 junto a la Alianza Global para la Fuer-

za de Trabajo en Salud (*Global Alliance for Human Resources for Health*), establecida en 2006, una colaboración coordinada por la OMS con las entidades gubernamentales, agencias internacionales, instituciones financieras, centros de investigación, entre otros actores relevantes involucrados en esta problemática.

Entre las diversas intervenciones implementadas para fijar profesionales de la salud en zonas de carencia, la Estrategia Salud de la Familia, aunque no estaba formatada específicamente para ese propósito, es quizás el ejemplo más exitoso de expansión de la cobertura médica en el territorio nacional³. Más recientemente, esta estrategia se amplió con base en un acuerdo de cooperación entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud, dando lugar al Programa Más Médicos (PMM). El PMM fue ejecutado con el reclutamiento de médicos cubanos y la atracción de médicos extranjeros, así como de los brasileños, con mecanismos de remuneración administrados directamente por el gobierno federal, con el apoyo local de los gobiernos municipales y algunos incentivos para la formación especializada en medicina de la familia y comunidad²⁸.

Cooperación internacional y gobernanza

La tendencia mundial es un agravamiento de la crisis global de los RHS en los próximos años, si no se llevan a cabo grandes inversiones en su formación y desarrollo. Los retos no se limitan a las fronteras nacionales y requieren acciones a nivel regional o incluso global. Las cuestiones relacionadas con este tema ganaron espacio en la agenda de varias organizaciones internacionales, ONG, instituciones académicas y de investigación, generando y fomentando la investigación y el desarrollo de nuevas ideas y metodologías.

La cooperación técnica entre países puede ser vista como una manera de garantizar una mayor sostenibilidad de las intervenciones y refuerzo de la capacidad institucional para influir en los asuntos transnacionales y mundiales. En busca de mayor impacto y una mejor gestión de los recursos en las acciones de cooperación, se destacó la necesidad de seguimiento y evaluación continua. La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, aprobada en 2005, es un acuerdo internacional que incluye más de 100 países y organizaciones, que aboga por una mayor armonización, alineación y gestión de la ayuda, definiendo indicadores para monitorear los resultados²⁹.

Actualmente se acepta que la escasez de personal sanitario en muchos lugares es uno de los

obstáculos más importantes que explican el hecho de que muchos países no han alcanzado ninguno de los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades, tales como la tuberculosis y la malaria. En el contexto de la cooperación internacional, desde la adopción de los ODM en 2000, hubo un aumento sustancial en el volumen de recursos para la ayuda a fin de que se alcancen los objetivos. Existe un consenso internacional sobre la importancia de una ayuda más eficaz, lo que ha obligado a los donantes y socios a revisar sus políticas, procedimientos y prácticas de colaboración en torno a las estrategias globales relacionadas con la FTS.

El informe de la Organización Mundial de la Salud de 2006 “Trabajando Juntos por la Salud” puso definitivamente a los recursos humanos en la agenda política mundial. El informe propuso que la década se dedicase a la acción sobre los profesionales de la salud, y actuó como catalizador de numerosas iniciativas políticas y la adopción de varias resoluciones sobre el tema³⁰. Como resultado de este informe, y su repercusión, la OMS, varias agencias de cooperación internacional y las organizaciones no gubernamentales crearon la Alianza Global para la Fuerza de Trabajo en Salud (del inglés *Global Health Workforce Alliance – GHWA*), hospedada y administrada por la OMS, como una plataforma de acción común para movilizar recursos y aumentar la capacidad de articulación política global para hacer frente a la situación crítica de escasez de trabajadores en el sector de la salud.

En el ámbito de la OMS, varias iniciativas políticas han conducido a la adopción de otras resoluciones sobre el tema: código de práctica global para el reclutamiento internacional de personal de salud (2010)³¹; refuerzo en las condiciones de la salud de los trabajadores (2011)³²; refuerzo de la enfermería y obstetricia (2011)³³; transformar la educación de los profesionales de salud y apoyar la cobertura universal de la salud (2013)³⁴, y el seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: la renovación de los compromisos con la cobertura universal de salud (2014)³⁵. En 2015, en la Asamblea Mundial de la Salud, se ha reiterado la importancia de la FTS en todas las diferentes áreas de la OMS, incluidos los sistemas de salud, los cuidados quirúrgicos y la acción global en situaciones de emergencia, entre otros.

El mismo proceso se produjo en varias regiones de la OMS. En las Américas, por ejemplo, la VII Reunión Regional de los Observatorios de

Recursos Humanos en Salud en 2005 aprobó el “Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 – Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”³⁶. Posteriormente, la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una resolución con 20 metas regionales que debían ser alcanzadas hasta el año 2015, en el proceso de transformación de los sistemas de salud para la atención primaria a la salud renovada y la integración de servicios. Las metas se agruparon de acuerdo con las cinco áreas mencionadas en el Llamado a la Acción de Toronto: 1) la definición de políticas y planes a largo plazo, 2) la mejora en la distribución de profesionales, 3) la regulación de los flujos profesionales y de migración, 4) la creación de ambientes de trabajo saludables y 5) el establecimiento de vínculos entre las instituciones de formación y los servicios³⁷.

La realización de foros globales sobre Recursos Humanos para la Salud fue una importante iniciativa a nivel mundial: Uganda en 2008, Tailandia en 2011 y Brasil en 2013, respectivamente. Los foros reunieron expertos, gestores y profesionales de salud en torno al objetivo común de desarrollar estrategias para alcanzar las metas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La adopción de estas resoluciones indicó la preocupación e incluso el reconocimiento de la OMS, socios y estados miembros de la organización sobre la importancia de los recursos humanos y el entendimiento de que la inversión en la cooperación técnica internacional puede mejorar los indicadores de salud de la población, impulsar el desarrollo económico y actuar como una primera línea de defensa para la seguridad sanitaria mundial.

En la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, la OMS se ha comprometido a desarrollar una estrategia global para la fuerza de trabajo que se presentó al Consejo Ejecutivo a principios de 2016 y finalmente fue aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2016.

La elaboración de la estrategia envolvió una amplia consulta a los países que culminó en la producción de ocho documentos temáticos, reuniendo evidencias para apoyar las propuestas sistematizadas.

La “Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030”, aprobada en 2016, está destinada principalmente a los planificadores y los formuladores de las políticas a nivel mundial, regional y nacional, pero su contenido es de importancia para todos los interesados en el área de personal sanitario, incluidos los empleadores del sector público y privado,

asociaciones profesionales, instituciones educativas y de formación, los sindicatos, socios del desarrollo bilateral y multilateral, organizaciones internacionales y la sociedad civil⁹.

Como respuesta articulada e institucional a los retos de la formación de los trabajadores de la salud, la OMS, en colaboración con las agencias de cooperación internacional, ha establecido una iniciativa para acelerar y transformar la educación de estos trabajadores, especialmente médicos, enfermeras y parteras profesionales. Esta iniciativa ha producido una serie de recomendaciones y directrices para que los países adopten nuevos enfoques metodológicos y pedagógicos en el proceso de formación con el fin de transformar los sistemas y promover la formación fuera de los ambientes tradicionales de los hospitales terciarios y promover la participación de la comunidad, potencializar la promoción y el establecimiento de actividades coordinadas entre los sectores de educación, salud, entre otros relacionados³⁸.

Las recomendaciones abarcan una amplia gama de temas, desde el desarrollo de un currículo pertinente con participación de las comunidades hasta la formación de profesionales de salud con habilidades para ser maestros de alta calidad y competencia clínica. Por lo tanto, una mayor alineación entre las instituciones educativas y el sistema de salud es esencial para producir cambios transformadores y liderazgo en la preparación de los futuros trabajadores con interés y afinidad para actuar en las zonas rurales y remotas, por ejemplo, donde los desafíos de la equidad y igualdad permanecen³⁸. Estudios y la investigación de evaluación en este campo son esenciales para la planificación y la construcción de una agenda futura de la FTS.

Vale la pena notar que, aunque se está haciendo mucho para alcanzar los objetivos relacionados con el cuidado en salud, la diferencia entre lo que se puede hacer y lo que se hace es cada vez mayor. El éxito en la reducción de esta brecha será determinado en gran medida por el desarrollo de la fuerza laboral paralelamente a la mejora de los sistemas de salud, con énfasis en la gobernanza de los recursos humanos.

Como lo demuestran Dieleman et al.³⁴, la gobernanza parece ser un tema descuidado en este nicho, lo que podría ser una razón importante que justificaría la fragilidad de las políticas de recursos humanos y su proceso de aplicación, que a menudo se caracterizan por la deficiencia de calidad técnica. En los países en desarrollo, la inadecuación de estos elementos ha sido notificada y evidenciada por muchos estudios^{5,40-43}.

La gobernanza representa el ambiente global y el contexto en el que se conducen y garantizan los procesos de desarrollo del personal de salud, de acuerdo con el marco conceptual desarrollado por la OMS y otros asociados en 2009, centrándose en seis principales campos de acción: políticas, liderazgo, asociaciones, finanzas, educación y sistemas de gestión de recursos humanos (GRH).

Entre los problemas están la falta de apoyo político para la ejecución de programas o para alcanzar los objetivos de los RHS y dificultades en la implementación de políticas o estrategias. Disponibilidad, plazos, cobertura y calidad de los datos, informaciones y evidencias son grandes limitaciones en prácticamente todas las regiones.

La reducción de la eficiencia en los procesos de liderazgo se refleja en la baja expresión y la baja capacidad técnica e institucional de los departamentos de recursos humanos dentro de los ministerios de salud⁴⁴.

Las asociaciones sectoriales y multisectoriales para el desarrollo de profesionales de la salud no llegan a ser consideradas óptimas en la mayoría de los países, con pocas o ninguna plataforma efectiva para la coordinación y el diálogo. La participación de las partes interesadas más allá de los ministerios e instituciones del sector de la salud es a menudo limitada⁴¹.

Debido a las acciones fragmentadas y la falta de atención a las cuestiones del personal de salud, la inversión en los RHS no es adecuada en muchos países. La situación adversa se refleja en los bajos salarios o malas condiciones de trabajo para los trabajadores de la salud y la financiación insuficiente para la educación y la formación en estos países. Incluso en países con nivel relativamente adecuado de recursos para los RHS, en general, también hay mucho espacio para mejorar la eficiencia y acciones concertadas en la asignación de recursos y desarrollo del personal sanitario.

Para los países que dependen de la ayuda de donantes externos para la salud, incluyendo los RHS, especialmente aquellos que enfrentan situaciones complejas de emergencia, la financiación a menudo puede ser impredecible y en muchos casos ineficaz en su uso final⁴⁵. Los donantes a menudo sólo invierten en la formación en el empleo a costa de la educación universitaria.

Un estudio reciente de los programas de los RHS en las Américas mostró que el reto más frecuente a la ejecución o continuidad de los programas fue la dificultad de la sostenibilidad financiera. Y la limitación financiera no se restringe al mantenimiento o ampliación de los programas, sino que también incluye la creación/implementación de políticas nacionales para profesionales

en salud⁵. El compromiso de los diferentes organismos y ministerios de salud con los procesos de cooperación y el desarrollo de programas fue uno de los aspectos positivos encontrados en el estudio.

En este sentido, varios estudios muestran una fuerte demanda de cooperación técnica en áreas con poca o ninguna información y con evidencias raras principalmente sobre la financiación, la compensación, el costo de la educación y la formación y otros aspectos del desarrollo del personal de salud.

Consideraciones finales

Una acción contemporánea para el desarrollo global de los recursos humanos para la salud, incorporado en la agenda 2030 para el desarrollo, requiere un proceso coordinado de la cooperación internacional entre los organismos internacionales y los diferentes países. Esta estrategia debe tener como objetivo superar la crisis de la FTS, promoviendo intervenciones y desarrollando programas para aumentar la capacidad nacional e internacional para la planificación, liderazgo y gobernanza de las acciones relacionadas con este campo.

Se reconoce que los avances logrados en la implementación de las agendas de cooperación siguen por debajo de las expectativas y que la arquitectura de la ayuda internacional ha experimentado cambios profundos en la última década, que futuramente serán incorporados en una perspectiva más amplia de fortalecimiento y superación del escenario crítico de la cantidad, calidad y distribución de los profesionales de la salud. La asociación mundial en torno a principios comunes debería unir varios elementos y actores, como los nuevos donantes y el sector privado, mediante el establecimiento de diferentes grados de compromiso para cada uno, en el supuesto de que la ayuda pública, aunque esencial, es uno de los elementos necesarios a la promoción y la sostenibilidad de los RHS.

Al mismo tiempo, los esfuerzos internacionales deben centrarse en aumentar los mecanismos y la capacidad de los sistemas de información para el seguimiento de los indicadores, no sólo del estoque o la densidad del personal sanitario, sino también para la recopilación de datos desglosados sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la mano de obra para satisfacer las necesidades de la población, garantizando la prestación de atención de calidad y la igualdad de acceso a las intervenciones de salud.

Colaboradores

GZ Portela, AC Fehn, RLS Ungerer y MR Dal Poz participarán de la concepción del texto, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica.

Referencias

1. Credit Suisse Research Institute (CSRI). *Global Wealth Report 2015*. Geneva: CSRI; 2015.
2. Bacon TJ, Newton WP. Innovations in the education of health professionals. *N C Med J* 2014; 75(1):22-27.
3. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1924-1926.
4. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1(1):1.
5. Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R, Vidaurre Franco TA. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health* 2015; 13:24.
6. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(2):v-vi.
7. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Global Health Workforce Alliance. World Health Organization, 2014. [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <https://goo.gl/qh8uvB>
8. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Geneva: OMS; 2016.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Health Workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health*. Geneva: OMS; 2015.
10. European Commission (EC). *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions*. Brussels: EC; 2012.
11. Commission of the European Communities (CEC). *EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries*. Brussels: CEC; 2005.
12. McPake B, Maeda A, Araújo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):841-846.
13. Dieleman M, Hillhorst T. Governance and human resources for health. *Hum Resour Health* 2011; 9:29.
14. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-Related Rehabilitation Services: Assessing the Global Supply of and Need for Human Resources. *BMC Health Serv Res* 2011;11:276.
15. Gupta N, Maliqi B, França A, Nyonator F, Pate MA, Sanders D, Belhadj H, Daelmans B. Human Resources for Maternal, Newborn and Child Health: From Measurement and Planning to Performance for Improved Health Outcomes. *Hum Resour Health* 2011; 9:16.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2016. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
17. World Trade Organization (WTO). *The General Agreement on Trade and Services (GATS): objectives, coverage and disciplines*. Geneva: WTO; 1995.
18. Clark PF, Stewart JB, Clark DA. The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review* 2006; 145(1-2):37-64.
19. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756):1923-1958.
20. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med* 2014; 370(10):950-957.
21. Buchan J, Perfilieva G. *Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European region*. Brasília: OMS; 2015.
22. Paiva CHA, Pires-Alves FA, Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):929-939.
23. Pires-Alves FA, Paiva CHA. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975- 1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
24. Castro JL. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-NESC UFRN, Ministério da Saúde, OPAS; 2008.
25. Iglesias Puente CA. *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira da Política Externa: a evolução da cooperação técnica em países e desenvolvimento - CTPD - nos períodos 1995-2005*. Brasília: Funag; 2010.
26. Almeida CM, Campos RP, Buss PB, Ferreira JR. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* 2010; 4(1):25-35.
27. Alves FAP, Paiva CHA, Santana JP. *Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41)*. Rio de Janeiro: Observatório História e Saúde; 2010.

28. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde-Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde pública no Brasil e nos países integrantes da OPAS/OMS. Relatório Técnico Final. Brasília: OPAS; 2015.
29. Sundewall J, Forsberg BC, Jönsson K, Chansa C, Tomson G. The Paris Declaration in practice: challenges of health sector aid coordination at the district level in Zambia. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7:14.
30. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2007.
31. Sixty-Third World Health Assembly, Agenda Item 11.5, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHA63.16 (May 21, 2010). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf
32. Sixty-Fourth World Health Assembly, Agenda item 13.4, Health workforce strengthening WHA64.6 (24 May 2011). Disponível em : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R6-en.pdf
33. Sixty-Fourth World Health Assembly, Agenda item 13.4, Strengthening nursing and midwifery. WHA64.7 (24 May 2011). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf
34. Sixty-Sixth World Health Assembly, Agenda item 17.3, Transforming health workforce education in support of universal health coverage. WHA66.23 (27 May 2013). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R23-en.pdf
35. World Health Organization 2014. WHA 67.24 - Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1
36. Pan American Health Organization. Call to Action. Toronto: 2006-2015: towards a decade of human resources for health in the Americas. Regional Meeting of the Observatories of Human Resources in Health. Washington; 2006. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/CallAction_eng1.pdf
37. Pan American Health Organization. 27th Pan American Sanitary Conference 59th Session of the Regional Committee. Regional Goals for Human Resources for Health 2007-2015. In: Final Report. CSP27/FR (Eng.) 5 December 2007. Washington, D.C., USA, 1-5 October 2007. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp27-fr-e.pdf?ua=1>
38. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_EduGuidelines_20131202_web.pdf
39. Dieleman M, Hilhorst T. Governance and human resources for health. *Human Resources for Health* 2011; 9(29). [acessado 2016 ago 15]. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1478-4491-9-29>
40. El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A, Kassak K. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean Region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resources for Health* [Online]. 2007. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/contents/5/1/9>
41. Broek AVD, Gedik FG, Dal Poz MR, Dieleman M. Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey / (Human Resources for Health Observer, 6). Geneva: World Health Organization; 2010. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44480/1/9789241500821_eng.pdf
42. Dieleman M, Shaw D, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Human Resources for Health*, 9 (Suppl 10). 2011. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/10>
43. Gopinathan U, Lewin S, Glenton C. Implementing large-scale programmes to optimise the health workforce in low- and middle-income settings: a multicountry case study synthesis. *Trop Med Int Health*;19:1437-56. 2014. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12381/epdf>
44. Nyoni J, Gedik G. Capacidades de gestão e liderança dos recursos humanos de saúde na região africana: análise das unidades de recursos humanos de saúde integradas nos Ministérios da Saúde. (Human Resources for Health Observer, 9). Geneva. Organização Mundial da Saúde. 2013. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://who.int/hrh/resources/WHO_Obs_9_POR_v3_WEB.pdf
45. Organização Mundial da Saúde (OMS). Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action. Resolution of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, the fifty-ninth session (EM/RC59/R.3). 2012. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.emro.who.int/about-who/rc59/>

Artículo sometido el 15/08/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 13/02/2017