

# SUPERANDO EL OBSTÁCULO DE LA IMPLEMENTACIÓN: PONIENDO EN ACCIÓN LAS HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

James A. McCaffery<sup>1,a</sup>

## Resumen

Los desafíos de los recursos humanos en salud (RHS) aún persisten a nivel mundial. El Informe Sobre la Salud en el Mundo identificó a 57 países en situación crítica los que, a pesar de la atención e inversión crecientes en el fortalecimiento de la fuerza laboral, siguen en crisis. Pese a la existencia de problemas crónicos en RHS, se ha logrado progresos en algunos países en los que se ha aplicado programas innovadores basados en iniciativas concretas. Sin embargo, este esfuerzo no ha sido suficiente para poder solucionar la crisis de los países involucrados. Una de las razones principales para ello es que pese a que muchos países tienen planes para los RHS, la falta de implementación sostenida impide alcanzar resultados concretos que fortalezcan la fuerza laboral. Esto es así a pesar de que ha habido grandes inversiones en una amplia gama de herramientas y recursos para apoyar la aplicación de planes e iniciativas. Ante este panorama, es crítico que quienes tienen a su cargo los RHS tomen medidas para garantizar que las herramientas ya disponibles se difundan, se adapten, se utilicen y se apliquen efectivamente a nivel nacional. Este documento destaca cuatro herramientas como ejemplos que pueden utilizarse para construir capacidad de ejecución, se ofrece recomendaciones sobre cómo apoyar la aplicación orientada a resultados. Estas recomendaciones están organizadas alrededor de tres componentes ligados entre sí: 1) proporcionar suficiente abogacía al liderazgo a nivel nacional para movilizar y comprometerles a la acción de implementación, 2) recopilar y gestionar los activos necesarios (incluyendo los acuerdos institucionales, personal y financiamiento) en un todo coherente y 3) utilizar la "rendición de cuentas" de actividades como una herramienta fundamental para evaluar los progresos en la aplicación, realizar un seguimiento de los indicadores claves, celebrar el alcance de hitos clave e identificar problemas subyacentes cuando no se logra el cumplimiento de los indicadores.

**Palabras clave:** Recursos humanos; Personal de salud; Políticas de salud (fuente: DeCS BIREME).

## OVERCOMING THE HURDLE OF IMPLEMENTATION: PUTTING HUMAN RESOURCES FOR HEALTH TOOLS INTO ACTION

### Abstract

The global human resources for health (HRH) challenge remains persistent. In 2006, the World Health Report identified 57 crisis countries, and, despite increased attention and investment in strengthening the workforce, those countries are still in crisis. While chronic HRH problems still exist, progress has been made in some countries where innovative programs have been implemented that show promise, or specific initiatives have been scaled up. Yet, these have not been substantive enough to move countries out of the "crisis" category. While many countries have HRH plans, this paper asserts that a major reason countries remain in crisis is the lack of sustained implementation to achieve concrete workforce strengthening results. This is true despite the fact that there have been major investments in a broad range of tools and resources aimed to support implementation of plans and initiatives. Given this picture, the paper states that it is critical for HRH leaders to take action to ensure that already available tools are disseminated, adapted and used to foster effective implementation at the country level. The paper highlights four such tools as examples that can be used to build implementation capacity, and acknowledges more like them. Having highlighted these tools, the paper concludes by offering recommendations as to how to support more results-oriented implementation. These recommendations are organized around three linked components: 1) providing sufficient advocacy to leadership at the national level to mobilize and commit them to implementation action, 2) assembling and managing the requisite assets (including the institutional arrangements, people and money) into a coherent and powerful whole, and 3) using accountability as a foundational tool to assess progress in implementation, track key indicators, celebrate achieving key milestones and identify problems when indicators are not achieved.

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

---

\*Traducción al español del artículo "Overcoming the hurdle of implementation: Putting human resources for health tools into action". La versión original en idioma inglés de este artículo se encuentra disponible en la versión electrónica de la revista ( <http://www.ins.gob.pe/rpmespl> )

---

<sup>1</sup> The CapacityPlus Project/Training Resources Group Inc. Washington DC, Estados Unidos de Norteamérica.

<sup>a</sup> PhD

## Superar el obstáculo de la implementación poniendo en acción las herramientas de RHS

A nivel mundial, persisten los desafíos por los recursos humanos en salud (RHS). El *Informe Sobre la Salud en el Mundo* ha identificado 57 países en situación crítica los que, a pesar de la atención e inversión crecientes en el fortalecimiento de la fuerza laboral, aún siguen en crisis.

Los problemas de los RHS, descritos hace cinco años, son crónicos: una gran escasez de trabajadores de salud, distribución inequitativa, problemas de atracción y retención, entorno laboral pobre, supervisión defectuosa, infraestructura, suministros y equipo de trabajo inadecuado, entre otros. Estos problemas han sido previamente documentados y no serán abordados en este documento.

Habida cuenta que los problemas crónicos de los RHS siguen existiendo, también es importante señalar que se ha hecho progresos en algunos países donde se han aplicado programas innovadores con resultados promisorios o se han implementado iniciativas concretas. Por ejemplo, Kenia – como la mayoría de países en crisis, se encontraba frente a un número insuficiente de proveedores, agravado por la distribución inequitativa. Esto implicaba la falta de acceso a servicios esenciales como el TARGA, particularmente en zonas rurales. Irónicamente, en algunos casos como con las enfermeras, existía disponibilidad de trabajadores de salud para ser contratados, pero los procesos de contratación eran tan lentos y engorrosos que tomaba uno o dos años completar el proceso de contratación. Para resolver este problema, el Ministerio de salud (MdS) y varios ministerios relacionados, con el apoyo del Proyecto de Capacidad financiado por la US-AID, diseñaron un Plan de Contratación de Emergencia. A través de este programa, que incluía una asociación público-privada, así como varias mejoras del sistema, *...830 profesionales de la salud [eran] contratados, capacitados y asignados en 219 servicios de salud pública, en aproximadamente seis meses...* <sup>(1)</sup>.

El programa fue un logro muy satisfactorio puesto que los trabajadores de la salud a menudo fueron colocados en zonas rurales y centros de difícil acceso. En adición a las cifras mencionadas, hubo otros beneficios en este programa: *Los trabajadores...reportaron que fueron tratados de manera justa durante la contratación, se les pagaba a tiempo y se sentían bien preparados y confiados en su capacidad para realizar distintas tareas. Los supervisores reportaron que los nuevos trabajadores se encontraban bien preparados y brindaban un valor agregado a los establecimientos* <sup>(2)</sup>. En Kenia, otros se sumaron a los esfuerzos para apoyar los planes de contratación similares, incluyendo la *Fundación Clinton* y el *Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*.

También estimuló el interés de otros países como una práctica prometedora (incluyendo Tanzania, que desarrollo su propio modelo basado en un enfoque similar).

Mientras podría citarse otros ejemplos positivos, hay también otros programas piloto o esquemas con resultados promisorios (por ejemplo el *Programa de Recursos Humanos de Emergencia* de Malawi), o iniciativas de fomento de ciertos cuadros (por ejemplo: Etiopía entrenó y colocó a 30 000 trabajadores de salud entre 2004-2009), pero este esfuerzo no ha sido suficiente como para sacar a ningún país de la categoría de “país en crisis.” En otras palabras, a pesar de algunos ejemplos promisorios, no hay todavía historias convincentes de éxito de los RHS a nivel nacional. ¿Por qué se da esta situación?

Tratando de profundizar en este punto, un documento recientemente publicado proporciona algunos datos llamativos; en diciembre de 2010, mientras se preparaba el *Segundo Foro Mundial de la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario* (AMPPS) sobre los RHS, se publicó una encuesta de seguimiento de los RHS. Esta encuesta, a pesar de tratarse de un estudio de escritorio basándose en fuentes secundarias, mostró algunos resultados interesantes al sondear a 57 países en crisis a fin de supervisar los progresos en el desarrollo y aplicación de políticas de los RHS. Por ejemplo, informa que *...45 de los 57 países tienen planes para los RHS, y que ...40 de estos 45 planes de los RHS están integrados en los planes nacionales de salud* <sup>(3)</sup>.

Sin embargo, afirma que la implementación solo podría confirmarse en el 55% de estos países, y esto fue definido como una aplicación “parcial.” La encuesta de monitoreo, a continuación, concluye:

*El mayor desafío se encuentra con la implementación. Es fundamental una comprensión más profunda de las razones fundamentales que impiden la implementación. Esto es probablemente debido a la falta de compromiso y capacidad inadecuada, lo que queda por documentar a futuro.*

Esta es la misma conclusión que obtuvimos en el proyecto de *CapacityPlus*, basada en cinco años de experiencia del campo, en el fortalecimiento de los sistemas de los RHS. Hay muchos países con muy buenos planes estratégicos, algunos con costos calculados, otros involucran un amplio nivel de aporte de los principales actores, pero, en la mayoría de los casos no existe implementación o esta es insuficiente. Como resultado de ello, es importante para el campo de los RHS centrarse de modo más resolutivo en ayudar a apoyar la labor de implementación a todos los niveles, aprender más sobre los cuellos de botella existentes y ayudar a la construcción de capacidad de implementación de forma sostenible.

Como parte de ese proceso de fomento de la capacidad de implementación, es muy importante señalar que desde el 2006 se han producido una variedad de herramientas, recursos y ejemplos de casos por parte de los distintos actores involucrados en los RHS; aunque siempre hay espacio para aplicar nuevos recursos a brechas no resueltas, es fundamental para los líderes de los RHS tomar todas las acciones posibles para asegurar que herramientas disponibles son difundidas, adaptadas y utilizadas para fomentar la aplicación efectiva a nivel nacional. Se han hecho importantes inversiones, pero se necesita capitalizar estas inversiones utilizándolas al servicio de la implementación; este documento destaca cuatro de esas herramientas, las cuales son buenos ejemplos, entre otras medidas, con el potencial de apoyar o construir capacidades de ejecución. Habiendo destacado estas herramientas, se ofrecerán algunas recomendaciones sobre cómo apoyar más acciones de implementación orientadas a resultados utilizando estas y otras herramientas.

## LOS RECURSOS HUMANOS PARA EL MARCO DE ACCIÓN DE SALUD

Tempranamente en el “movimiento” (si puede ser llamado así) de los RHS, ha sido reconocido que los desafíos a los RHS son complejos, involucrando muchos actores, organizaciones y sectores diferentes a nivel nacional y no podrían generalmente ser abordados de manera individual o por intervenciones de “excepción.” Esto surgió como un tema de gran importancia en diversas reuniones de la Iniciativa Conjunta del Aprendizaje y fue un componente clave del Informe sobre la Salud en el Mundo de 2006. Dada la creciente conciencia de esta complejidad, un grupo consultivo se reunió en diciembre de 2005 con el objetivo de desarrollar un marco global compartido que líderes de los RHS podrían utilizar como guía y recursos para la planificación y implementación de iniciativas de los RHS.

De esta reunión y consultas posteriores, se desarrolló el Marco de Acción para los Recursos Humanos en Salud (MAS). Este fue resultado de un amplio esfuerzo de colaboración que fue dirigido por la AMPPS, OMS y USAID e incluyó representantes de diferentes disciplinas y sectores así como socios a nivel mundial y nacional. La intención del MAS es ayudar a los directivos de salud para desarrollar y aplicar estrategias integrales para lograr a una fuerza laboral en salud eficaz y sostenible.

El MAS fue presentado *online* en el 2006 (<http://www.capacityproject.org/framework>). La introducción en el sitio web describe al MAS de la siguiente manera: *El Marco de Acción de RHS... incluye seis Campos de Acción interactivos (Sistemas de Gestión de RH, Liderazgo, Asociación,*

*Finanzas, Educación y Política) y cuatro Fases interactivas (Análisis situacional, Planificación, Implementación y Monitoreo & Evaluación). Para garantizar un enfoque integral a un desafío de los RHS, [cada] Campo de Acción y las Fases del Ciclo de Acción deben ser abordados. Sin embargo, el Marco se construye está estructurado de modo tal que ...cualquier Campo de Acción o Fase puede ser seleccionada para navegación y acceso a las herramientas y guías, indicadores y recursos pertinentes.*

El MAS puede utilizarse para desarrollar o evaluar la solidez de los planes estratégicos de los RHS, además para afrontar las posibles brechas existentes. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), AMPPS y el Proyecto de la Capacidad financiado por la USAID colaboraron para utilizar el MAS en América Latina para celebrar talleres regionales con los profesionales de los RHS. Los profesionales de los RHS utilizan la aplicación mientras que desarrollaron documentos estratégicos de cada país para sus departamentos de los RHS. Cuando se les pidió una retroalimentación acerca de sus experiencias de integración de la implementación en los talleres, un Asesor Técnico de la OPS mencionó que *el MAS Proporciona una visión crucial de este proceso de integración, y muchas personas lo necesitan. Una cosa es hablar de las teorías, prácticas y enfoques, pero cuando puede ser apreciado en este marco visual resulta muy útil* (Allison Foster, Technical Advisor, Pan American Health Organization, entrevistado por Philip Hassett, January 2009).

Además del marco, los usuarios pueden acceder a un conjunto de recursos de gran riqueza y fácilmente recuperable (actualmente se incluyen 95 herramientas o recursos). El sitio de Web del MAS está disponible en inglés, español y francés. La aplicación se ha difundido a través de la AMPAS, la OMS y socios globales, también ha sido publicado (sin los enlaces a los recursos) por la *Management Sciences for Health (MSH)* en el 2009 para proporcionar acceso a los usuarios con dificultades en Internet <sup>(4)</sup>.

A diferencia de los otros recursos descritos en este documento, tenemos algunos datos básicos sobre los patrones de uso del sitio Web del MAS. Según Corinne Farrell, la Administradora de Servicios de Conocimientos para *IntraHealth International* y *CapacityPlus* *En los últimos seis meses, las estadísticas de uso han permanecido bastante constantes a través de las versiones de inglés, español y francés del sitio del Web del MAS...sin embargo de dado el aumento de la atención recibida por los recursos humanos de salud, habría esperado que el uso de los sitios tuviese una tendencia al alza, pero en cambio su uso simplemente sigue constante.*

Aunque el MAS es un meta-recurso y existe desde el 2006 y, si bien hay evidencia anecdótica de uso a ni-

vel nacional, parece que no se usa ampliamente para ayudar en los esfuerzos de planificación y ejecución de los RHS. Un mensaje clave acerca del MAS y los otros recursos que se describen a continuación, es hacer todo lo posible para lograr que líderes y profesionales de los RHS accedan al MAS a nivel nacional, y que lo usen basados en su contexto y necesidad particular. Farrell dice así: *Sabemos que el MAS es útil cuando se usa, el problema es el no uso del recurso.*

## AGENTES COMUNICATARIOS DE SALUD (ACS)

Los trabajadores de salud comunitaria (ACS) han sido una parte importante de la prestación en la atención primaria de la salud durante varias décadas. Cuando los programas de los ACS están bien diseñados y compatibles, hay mucha evidencia que demuestra que pueden contribuir significativamente al mejoramiento la salud de la población, particularmente en las áreas rurales y marginadas que carecen de un número suficiente de profesionales de la salud motivados y capaces. La frase clave aquí es *Cuando el programa de ACS está bien diseñado y apoyado...* En el 2009, el AMPPS, en colaboración con USAID *...Comisionaron una revisión sistemática global para abordar algunos interrogantes sobre el papel de promotores de salud y las directivas necesarias para optimizar el impacto de los programas y estrategias en el contexto de la planificación del personal de salud y gestión.*

El estudio incluyó una extensa revisión de literatura, para luego integrar estudios de casos en ocho países *...Para evaluar el...impacto y rendimiento de las prácticas de ACS desplegadas en ocho países, dos en América Latina (Brasil y Haití), tres en África (Etiopía, Uganda y Mozambique) y tres en el sur de Asia (Pakistán, Bangladesh y Tailandia).* El informe posterior – “Experiencia Mundial de Trabajadores Comunitarios de Salud para la Entrega de los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: Una revisión sistemática, estudios de casos y recomendaciones para la integración en los sistemas nacionales de salud” (*Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems*) – se lanzó en abril de 2010, en él se describe los aspectos clave de los programas de ACS como la tipología de trabajadores, selección, capacitación, supervisión, las normas de evaluación y certificación, patrones de implementación, formación, rendimiento y evaluación de impacto <sup>(5)</sup>.

Dado que los trabajadores de salud comunitaria trabajan casi al margen del sistema, hay preguntas acerca de cómo y cuándo son remunerados, quien los supervisa,

cómo se define su papel y cuál es su relación entre los sistemas de salud formales e informales. Este informe proporciona recomendaciones alrededor de estas y otras cuestiones y será muy útil a aquellos líderes de los RHS a nivel de país, que busquen diseñar o revitalizar programas de PS. Hay dos recursos disponibles, la primera incluye una revisión global de las intervenciones ACS y ocho estudios de casos y una segunda versión más corta que sintetiza los mensajes clave.

## MEJORANDO LA RETENCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, pero menos de 38% del personal de enfermería y menos del 25% de los médicos trabajan en estas áreas. Mientras reclutar y mantener a los trabajadores de la salud en zonas rurales y remotas es un desafío para todos los países, la situación es peor en los 57 países que tienen una escasez crítica de trabajadores sanitarios. Este problema de mala distribución ha sido reconocido en la mayoría de países con crisis de RHS, han habido una serie de planes de retención piloto algunos realizados mediante incentivos monetarios directos como una mayor compensación en forma de pago por trabajo en zonas rurales o proporción de estipendios a cambio de determinados períodos de servicio en las zonas rurales. Otros han utilizado o combinado estos con incentivos no monetarios como vivienda, educación para los niños, tiempos de salida más largos para las zonas rurales, pago de transporte o proporcionar un automóvil, entre otras medidas. Aunque algunas de estas medidas han mostrado resultados promisorios, casi ninguno ha logrado mejorar la situación en los países en crisis de RHS; en muchos casos, los programas piloto no fueron escalables o tuvieron algunas consecuencias no deseadas.

A partir de 2009, la OMS reunió a una amplia gama de expertos en RHS, en un proceso consultivo de alto nivel encaminado a examinar la evidencia de retención disponible, a fin de formular orientaciones de retención para aplicación a nivel de país. El documento resultante de la directriz se lanzó en septiembre del 2010 y propuso *...Dieciséis recomendaciones basadas en evidencia sobre cómo mejorar la contratación y retención de los trabajadores de la salud en las zonas desatendidas. También ofrece a una guía para los encargados de elegir las intervenciones más adecuadas y a implementar, supervisar y evaluar su impacto en el tiempo* <sup>(6)</sup>.

En general, las recomendaciones de política ofrecen una base integral en buenas prácticas generales de manejo del RH para atraer, gestionar y retener trabajadores de salud en zonas rurales y lugares de acceso difícil. Mien-

tras que estas recomendaciones son generales y replicables a gran escala, el informe destaca los factores específicos de cada país al que debe prestarse la debida atención. La OMS está trabajando con sus asociados para promover el apoyo, a nivel nacional, de la implementación en un pequeño conjunto de países. Además, algunos socios de desarrollo están trabajando en las recomendaciones de la OMS para el diseño y prueba de herramientas para que sean más fáciles y eficientes de aplicarlas a nivel nacional. Por ejemplo, *Capacity-Plus* está en el proceso de adaptación de la metodología del experimento de elección discreta (EED) de manera que los directores puedan usarlo con los RHS como un instrumento práctico para determinar los incentivos prioritarios para atraer y retener a los trabajadores de la salud en puestos rurales. El proyecto también está desarrollando una metodología relacionada para evaluar los costos de diferentes paquetes de intervenciones.

Las recomendaciones de política de retención y las herramientas que se están desarrollando para ayudar en la aplicación, proporcionan una fuente de recursos muy útil que puede utilizarse para abordar los problemas, todavía crónicos, de atraer y retener a los trabajadores de salud en zonas rurales y lugares de acceso difícil.

## DELEGACIÓN DE FUNCIONES

La delegación de funciones ha sido discutida mucho, como una posible intervención para ayudar a enfrentar directamente la escasez y la mala distribución de los trabajadores de la salud en muchos países en crisis. Esta delegación de funciones se define como sigue:

*...[La] redistribución racional de funciones entre equipos de trabajadores de la salud. Cambio de funciones específicas, de modo apropiado, de trabajadores de la salud altamente calificados a los trabajadores de la salud con menor tiempo de entrenamiento y menos especializados, para hacer un uso más eficiente de los recursos humanos disponibles para la salud (7).*

A fin de incentivar a los países la implementación de delegación de funciones, la OMS, el *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) de los EE.UU. y ONUSIDA realizaron una colaboración conjunta para examinar la evidencia y crear guías útiles. Esta iniciativa tuvo como resultado un recurso valioso que fue lanzado en diciembre de 2008, en él se incluye una serie de recomendaciones aplicables, organizadas en torno a cinco categorías: adopción de la delegación de funciones como una iniciativa de salud pública; crear un entorno normativo propicio; garantizar la calidad de la atención; garantizar la sostenibilidad y la organización de servicios de atención clínica.

También contiene los principios para guiar la adaptación e implementación en cada país, una tabla de evidencia y los resultados de un estudio encargado por la OMS sobre la delegación de funciones (7).

Este debería ser un recurso muy útil para aquellos países que desean avanzar en su programa de delegación de funciones; sin embargo, no está claro cuánto trabajo formal a nivel del país se ha realizado en la delegación de funciones desde que se publicó este recurso (aunque es importante tener en cuenta que a menudo la delegación de funciones ocurre como cuestión práctica, especialmente en zonas rurales y zonas de acceso difícil). Además, no está claro cómo se ha difundido este recurso y a cuánto realmente ha sido utilizado. Además, parece que la delegación de funciones es aún un problema para muchos consultores profesionales (especialmente médicos), y hay temor en algunos círculos que la delegación de funciones resulte en una atención pobre y con errores clínicos. También existe la percepción que la delegación de funciones no es defendible desde un punto de vista ético porque se asume que los pobres terminarán recibiendo la prestación de servicios médicos de menor calidad. Como resultado, todavía hay ministerios de salud que no actúan o apoyan la delegación de funciones, o que no tienen en claro lo que deben hacer.

Sin embargo, en marzo de 2010, se publicó un artículo muy útil sobre los procesos y el impacto de la delegación de funciones de TAR y los RHS en los países de bajos recursos en África subsahariana. Este artículo proporciona amplia evidencia para apoyar la delegación de funciones y su aplicación apropiada. Aquí una de las conclusiones:

*Aunque no se han realizado estudios de eficacia de costo formal, la evidencia disponible sobre la delegación de funciones en la atención de VIH apoya la conclusión de que es eficaz y económica. Los trabajadores de salud no médicos, son capaces, con capacitación y supervisión cuidadosas, de ofrecer resultados iguales y, a veces, mejores que los médicos; igualmente, hay evidencia considerable con respecto a la posibilidad de delegar las funciones de los profesionales o trabajadores de nivel medio a los trabajadores de salud comunitaria o laicos. Quizás lo más importante, la delegación de funciones, parece ampliar sustancialmente el acceso a las intervenciones de VIH, incluso en zonas marginadas (8).*

El artículo es muy importante, dado que sugiere que la delegación de funciones ha tenido un impacto positivo. También define claramente los factores que son necesarios para *...La aplicación apropiada de delegación de funciones...* y concluye subrayando que deben llevarse a cabo *...Dentro de los objetivos más amplios de los sistemas de salud de la construcción de acceso, equidad*

y la capacidad de respuesta; y donde la delegación de funciones implique la movilización de los trabajadores de salud comunitaria tomando en consideración la participación de la comunidad y su involucramiento.

En conjunto, las guías de delegación de funciones proporcionan recomendaciones operacionales acerca de cómo planificarlas e implementarlas de manera eficaz; el artículo muestra en base a evidencia, que la delegación de funciones funciona cuando se aplica correctamente. Estos son recursos prácticos y basados en evidencia, ciertamente listos para su uso y adaptación a nivel nacional para ayudar a implementar los objetivos de delegación de funciones de acuerdo a cada contexto en particular.

## RECOMENDACIONES PARA IMPULSAR MEDIDAS DE IMPLEMENTACIÓN

Las herramientas descritas son excelentes, y existen otras que se han producido. Con la posible excepción de sitio Web del MAS, que tiene un uso limitada de acuerdo con las estadísticas de la web, no está claro cómo – o cuan ampliamente – se utilizan los recursos a nivel nacional. La pregunta clave es ¿por qué no se utilizan?. Basado en la experiencia de *CapacityPlus*, así como pruebas existentes, la respuesta combina tres componentes: 1) abogacía insuficiente al liderazgo a nivel nacional para movilizarlo y comprometerlo a la toma de acciones sobre el tema, 2) falta de activos necesarios (incluyendo los acuerdos institucionales, personal y dinero) integrados en un todo coherente y 3) poca responsabilidad por la falta de progresos en la implementación por la incapacidad para realizar un seguimiento de indicadores clave. En consecuencia, ofrecemos las siguientes recomendaciones clave:

### ABOGACÍA

1. Los socios a nivel nacional y mundial deben trabajar juntos y así promover el liderazgo nacional del más alto nivel para apoyar las decisiones de política y proporcionar recursos para su aplicación. Debe dirigirse un mensaje de promoción específica a fin de lograr la difusión, permitir y apoyar el uso de herramientas disponibles para abordar los objetivos específicos de implementación. Como un ejemplo, los ministerios de salud en Laos y Uganda están trabajando con la OMS y *CapacityPlus* para aplicar las recomendaciones de política de la OMS sobre la retención y para pilotear y construir la capacidad de utilizar el EED y herramientas de costos descritos anteriormente. Estos tipos de esfuerzos de colaboración- ya sea entre socios dentro de los países o entre los socios de nivel mundial y nacional- ayudará a poner en práctica a las herramientas

disponibles. Esto contribuirá a que sean más accesibles y, en el proceso, construir la capacidad de implementación para aplicarlas a los planes necesarios de los RHS o usarlos para abordar sus brechas críticas.

2. En un plano más general, el trabajo enérgico de implementación debe basarse en el principio de autonomía de los países. Como tal, los líderes de los RHS y socios del desarrollo a nivel de país necesitan *promover y apoyar activamente las acciones destinadas a aumentar la capacidad de implementación sostenible*. Para hacer esto, los líderes deben destinar recursos suficientes para quienes conducen y proveen el trabajo de la implementación. Por ejemplo, desde una perspectiva muy práctica, pueden buscar líderes en espacios específicos dentro del sistema de gestión de RH para construir la capacidad de implementación. Estas ranuras o espacios podrían encontrarse a nivel central en unidades de los RHS o en puestos de niveles provinciales o locales con responsabilidad de RH. Una vez identificados, esos funcionarios clave pueden ser apoyados para mejorar su capacidad de usar y adaptar los recursos o herramientas apropiados. Los donantes pueden ayudar a este proceso con el financiamiento de capacitaciones basadas en resultados o destinadas a generar conocimiento para la capacidad de construcción o, quizás más importante aún, mediante la financiación de un cierto número de puestos laborales destinados a la implementación. Una recomendación alternativa es considerar tener una pequeña Unidad de Implementación dependiente del ministerio, encargada de catalizar y apoyar a la aplicación de las iniciativas prioritarias relacionadas con el plan estratégico de RHS. Esta unidad podría ser dotada de implementadores expertos que, además, posean habilidades de fomento de la capacidad.

### ACTIVOS

3. Siendo claro que la dinámica de personal sanitario y los retos son complejos y requieren cooperación intersectorial e interinstitucional, los líderes de RHS necesitan asegurar que exista, al menos, un grupo clave y transversal de liderazgo de los interesados y que una parte importante de su propósito sea el de *organizar activos para la implementación de apoyo* y trabajar en conjunto para optimizar los acuerdos institucionales, y así reducir los cuellos de botella cuando ocurren. Es fundamental que este grupo de liderazgo incluya actores no estatales en el proceso, incluyendo los sectores privados con o sin fines de lucro. Hay muchas plantillas para grupos como este, muchos grupos ya existen a nivel nacional (aunque no siempre se centran en la implementación). La OMS apoya observatorios a nivel regional y a nivel de

país, la AMPPS tiene un marco claro de Coordinación y Facilitación de País que ha difundido ampliamente, existen Guías de Liderazgo de los Actores Involucrados en RHS a punto de ser publicados<sup>(9)</sup>. Todos se basan en el principio de la autonomía de los países, cualquiera puede utilizarse o adaptarse para apoyar la implementación.

4. El liderazgo de RHS debe "crear un entorno de implementación positivo" a través de la toma de acciones para la creación de incentivos y ayuda para la obtención del máximo provecho de los recursos a su disposición. Estos incluyen acciones como las siguientes: 1) hacer de la implementación de planes e iniciativas una parte específica de las tareas de todos los líderes de RHS y del personal; 2) publicar el lanzamiento de iniciativas de implementación tal como se lanza un plan estratégico de RHS; 3) utilizar los indicadores de implementación descritos a fin de aumentar la responsabilidad, reconociendo cuando esos criterios se alcanzan a través de una ceremonia pública donde individuos o equipos que desempeñaron un papel clave sean reconocidos.

#### RESPONSABILIDAD

5. Para aumentar la responsabilidad y convertirla en una fuerza positiva de impulso y monitorear los trabajos de implementación, los líderes de RHS deben centrar más esfuerzo en el monitoreo y evaluación (M&E) de la implementación. La Encuesta de Monitoreo de AMPPS señaló que a menudo se carece de M&E, y que la falta de datos y medición contribuyen a los problemas de implementación. Hay al menos dos formas por las que el apoyo de M&E podría contribuir a la implementación: en primer lugar, como parte de la planificación operacional, se pueden acordar indicadores claros y relevantes con plazos definidos a ser publicados. Estos indicadores se monitorean para asegurar la responsabilidad y, el hecho que los interesados lo sepan con anticipación ayudaría a impulsar la implementación (así como proporcionaría datos valiosos para posibles ajustes según sea necesario). En segundo lugar, se podría trabajar para monitorear el uso de herramientas mientras que estas sean aplicadas en el proceso de implementación. En la medida en que herramientas y recursos sean más accesibles a los líderes de RHS y sus socios para el desarrollo a nivel de país, se puede asegurar que se utilicen para apoyar el trabajo de implementación. Quienes lideren los esfuerzos de implementación podrían documentar historias de éxito (y problemas) a ser difundidas y servir para acciones en otros países. Este esfuerzo de compartir conocimiento podría ser dirigido por AMPPS, con la ayuda de todos sus socios.

En suma, los líderes de RHS a nivel de país pueden trabajar para lograr resultados concretos de fortalecimiento de la fuerza laboral mediante el aumento de la eficacia de la promoción, activos y responsabilidad para intensificar la implementación.

#### Fuentes de Financiamiento

Autofinanciado.

#### Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Adano U.** The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program. *Human Resources for Health.* 2008;6:19.
2. **Fogarty L, Mungai K, Adano U, Chirchir B.** Evaluation of a rapid workforce expansion strategy: the Kenya emergency hiring plan. Chapel Hill, NC: Capacity Project; 2009.
3. **World Health Organization.** Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey. *Human Resources for Health Observer.* Issue 6. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
4. **Global Health Workforce Alliance.** Human resources for health action framework: Guide to develop and implement strategies to achieve an effective and sustainable health workforce. Cambridge, MA: Management Sciences for Health; 2009.
5. **Bhuta A, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L.** Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization and Global Health Workforce Alliance; 2010.
6. **World Health Organization.** Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
7. **World Health Organization.** Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
8. **Callaghan M, Ford N, Schneider H.** A systematic review of task shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health.* 2010;8:8.
9. **Gormley W, McCaffery J.** Guidelines for forming and sustaining human resources for health stakeholder leadership groups. Chapel Hill, NC: CapacityPlus; 2011.

**Correspondencia:** James A. McCaffery

Dirección: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Suiza.

Teléfono: (41) 227-913487 Fax: (41) 227-914328

Correo electrónico: [jmccaffery@capacityplus.org](mailto:jmccaffery@capacityplus.org)