

Estrategia
mundial de
recursos humanos
para la salud:
**el personal de
salud de aquí
a 2030**



**PROYECTO
para consulta**

Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030

PROYECTO para consulta

15 de junio de 2015

El presente proyecto se someterá a una consulta mundial con los Estados Miembros de la OMS y otros asociados en el periodo de junio a agosto de 2015.

INTRODUCCIÓN

1. Este primer borrador de *la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030* servirá como base para las consultas con las regiones, los Estados Miembros y otros asociados de la OMS que se celebrarán de junio a agosto de 2015. Este diálogo mundial contribuirá a la mejora continua del proyecto que permitirá presentar una versión definitiva al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero 2016.
2. La OMS ha establecido las líneas de actuación en las cuestiones relativas al personal sanitario desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*, que suscitó un interés sin precedentes en torno a los recursos humanos para la salud (RHS). El informe, en el que se propuso dedicar diez años a llevar adelante medidas relativas a los RHS, fue el motor que puso en marcha numerosas iniciativas políticas y la adopción de las siguientes resoluciones: WHA63.16, de 2010 (Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud); WHA64.6, de 2011 (Fortalecimiento del personal sanitario); WHA64.7, de 2011 (Fortalecimiento de la enfermería y la partería); WHA66.23, de 2013 (Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal), y WHA67.24, de 2014 (Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal). En la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2015 se reiteró el protagonismo del personal sanitario en distintos ámbitos de trabajo de la OMS, como se constata, por ejemplo, en los documentos sobre los sistemas de salud resistentes y en las resoluciones sobre la atención quirúrgica y sobre el cuerpo mundial de trabajadoras sanitarias para emergencias.
3. La OMS también ha liderado el diálogo mundial sobre la política de cobertura sanitaria universal^a mediante la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010 - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. En 2013, el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud adoptó la Declaración Política de Recife sobre RHS, que reconoce la importancia capital del personal sanitario para lograr la cobertura sanitaria universal. Asimismo, en la Resolución WHA67.24 aprobada en mayo de 2014 se suscribió la Declaración Política de Recife y se pidió a la Directora General que elaborase una estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud con el fin de que los Estados Miembros de la OMS la examinasen en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en mayo de 2016.
4. La *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030* se dirige principalmente a las instancias de los Estados Miembros de la OMS responsables de planificación y la reglamentación, pero su contenido también será de interés para otros asociados y partes interesadas del sector, entre ellos las empresas públicas y privadas, las asociaciones profesionales, los centros de enseñanza superior y formación profesional, los sindicatos, los asociados bilaterales y multilaterales para el desarrollo, las organizaciones internacionales y la sociedad civil.
5. Este nuevo mandato confiado a la Secretaría de la OMS se fundamenta en la iniciativa adoptada en 2013 por la OMS y la Junta de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, a la que viene a reforzar. Dicha iniciativa constituye una síntesis del conjunto de datos actualmente disponibles que establece los retos que

^a En el presente documento se tiene en cuenta que el concepto de *cobertura sanitaria universal* puede tener connotaciones distintas en función del país o la región. En concreto, según la OPS-Oficina Regional de la OMS para las Américas, la cobertura sanitaria universal se engloba en la noción más amplia de acceso universal a la atención sanitaria.

deberán afrontarse en el futuro en el desarrollo de los recursos humanos para la salud en el período 2016-2030.^b Para elaborar este primer borrador, la Secretaría de la OMS se ha basado en la información recibida en la amplia ronda de consultas, los documentos temáticos, la síntesis¹ y las recomendaciones de la Junta.

^b Disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/
Mayo de 2015.

Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030

Perspectiva		Acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible garantizando el acceso equitativo a un personal de salud capacitado y motivado dentro de sistemas de salud eficaces		
Objetivo general	<i>Garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud mediante inversiones suficientes y la aplicación de políticas eficaces a nivel nacional,^c regional y mundial, con el fin de ofrecer una vida saludable a las personas de todas las edades y promover el desarrollo socioeconómico equitativo brindando oportunidades de empleo digno</i>			
Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los gobiernos a establecer modelos óptimos para el personal de salud con el fin de prestar unos servicios de salud integrados y centrados en la persona que respondan a las expectativas socioculturales de los pacientes, así como de reforzar la capacidad de compromiso y participación activa de la población en el proceso de producción de la atención sanitaria. • Garantizar el derecho de los trabajadores sanitarios a no sufrir discriminación por razón de sexo y violencia en el lugar de trabajo, así como un trabajo digno para todos. • Facilitar la integración de los servicios sociales y sanitarios mediante la adopción de un enfoque integral centrado en las necesidades de la población. • Promover la colaboración y solidaridad internacionales basadas en el interés común y la responsabilidad compartida, y garantizar que la contratación se lleva a cabo de acuerdo con principios éticos. • Suscitar el compromiso político y fomentar la colaboración entre distintos grupos y sectores, tanto públicos como privados, a fin de garantizar la eficacia de las medidas adoptadas en la esfera de los RHS. • Garantizar que el apoyo de la OMS en las cuestiones normativas y de cooperación técnica sea uniforme y se integre en todos los niveles organizativos. 			
Objetivos	1. Aplicar políticas de RHS con base científica para lograr la máxima repercusión con el personal sanitario actual, con objeto de garantizar a la población una vida saludable y una cobertura sanitaria universal eficaz y contribuir a la seguridad sanitaria mundial.	2. Alinear las decisiones sobre inversión en RHS adoptadas en el plano nacional y mundial con las necesidades actuales y futuras de los sistemas de salud y las exigencias del mercado laboral del sector sanitario, aprovechando al máximo las oportunidades de creación de empleo y crecimiento económico.	3 Fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales e internacionales en pro de un liderazgo y una gobernanza eficaces respecto de las medidas relacionadas con los RHS.	4. Velar por que el monitoreo y la transparencia de las medidas adoptadas en materia de RHS a nivel nacional y mundial se basen en datos, pruebas y conocimientos fiables y actualizados.
Metas mundiales	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 80% de los países habrán reducido a la mitad los niveles de disparidad en la distribución de los trabajadores de la salud existentes actualmente entre zonas urbanas y rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 80% de los países habrán asignado al menos un X% de su PIB a la formación, contratación, movilización y fidelización de trabajadores de la salud, dentro de un equilibrio que tenga en cuenta otras prioridades sanitarias y de desarrollo social. • Países de ingresos altos y 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: en 2030, el 80% de los países contarán con mecanismos institucionales para dirigir y coordinar de manera eficaz un programa intersectorial relativo al personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 90% de los países habrán establecido mecanismos para compartir datos sobre los RHS mediante cuentas nacionales del personal de salud, y comunicarán a la Secretaría de la OMS y publicarán con carácter anual los indicadores básicos relativos a los RHS.

^c En el presente documento debe entenderse que las referencias a las políticas y las medidas adoptadas a «nivel del país» o a «nivel nacional» son las pertinentes para cada país de acuerdo con las responsabilidades para el conjunto del país o para sus partes.

		<p>medianos: para 2030, todos los países habrán atendido al menos un 90% de sus necesidades de personal sanitario con sus propios recursos humanos para la salud, y lo habrán hecho de acuerdo con las disposiciones del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional del personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Países de ingresos bajos y medianos: para 2030, habrán creado, cubierto y mantenido al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales en los sectores de la salud y la atención social a fin de atender las necesidades no satisfechas en cuanto a la equidad y eficacia de la cobertura de los servicios de salud. • Países de ingresos altos: velar por que para 2030 todos los países de la OCDE puedan demostrar que han asignado al menos el 25% de toda la asistencia para el desarrollo destinada a la salud a los RHS. 		
<p>Principales actividades de la Secretaría de la OMS para aplicar la estrategia</p>	<p>Elaborar orientaciones normativas, apoyar la investigación operacional para definir opciones normativas basadas en datos, y ofrecer cooperación técnica –con arreglo a las necesidades de los Estados Miembros– respecto de la capacitación del personal de salud, el ámbito de acción de las distintas categorías de personal, las estrategias de movilización y fidelización basadas en datos, y los enfoques adoptados para el control de la calidad y la mejora del rendimiento, incluida la reglamentación.</p>	<p>Proporcionar orientaciones normativas y cooperación técnica —según las necesidades de los Estados Miembros— para la planificación y las previsiones en materia de personal de salud, el análisis del mercado de trabajo en el sector sanitario, y el cálculo de costos de las estrategias nacionales relativas a los RHS.</p> <p>Aumentar la recopilación de datos y la adopción de políticas macroeconómicas y de financiación que propicien una inversión mayor y</p>	<p>Ofrecer a los Estados Miembros cooperación técnica y fortalecer sus capacidades para que desarrollen las competencias básicas relativas a las políticas, la planificación y la gestión de los RHS.</p> <p>Fomentar la coordinación, armonización y responsabilización eficaces de la acción mundial en materia de RHS a través de la facilitación de una red de partes</p>	<p>Elaborar instrumentos, directrices y bases de datos relativos a los RHS, examinar su utilidad y mantenerlos actualizados.</p> <p>Poner en marcha un procedimiento para la presentación por los países de informes anuales a la Secretaría de la OMS acerca de un conjunto mínimo de indicadores básicos relativos a los RHS que sirvan de base para establecer un marco de desempeño y rendición de</p>

		más estratégica en los RHS.	interesadas y actores internacionales. Evaluar sistemáticamente las repercusiones para el personal de salud de las políticas y las recomendaciones técnicas presentadas a la Asamblea Mundial de la Salud y a los comités regionales.	cuentas para esta estrategia. Apoyar a los países para mejorar la calidad de los datos del personal nacional de salud y conseguir que sean completos. Racionalizar e integrar todas las obligaciones en materia de notificación que deben cumplir los Estados Miembros de la OMS en relación con los RHS. Adaptar, incorporar y asociar el monitoreo de las metas de la Estrategia mundial de RHS al nuevo marco de rendición de cuentas relativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
--	--	-----------------------------	--	--

Visión de conjunto: un programa para promover el personal de salud en el siglo XXI

1. **Los sistemas de salud no pueden funcionar sin personal de salud. La mejora de la cobertura de los servicios sanitarios y su influencia en la salud de la población depende de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad**² (figura 1). Sin embargo, los países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico enfrentan, en mayor o menor medida, dificultades para educar, movilizar, fidelizar y hacer rendir al personal de salud. Las prioridades sanitarias del nuevo marco de desarrollo posterior a 2015 —tales como poner fin a la epidemia de sida, a la tuberculosis y al paludismo; lograr reducciones drásticas de la mortalidad materna; impedir las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años, y garantizar la cobertura sanitaria universal— continuarán siendo meras aspiraciones si no se acompañan de estrategias que mejoren realmente la capacidad del personal de salud. Por otra parte, todos los Estados Miembros deben tener capacidad para proteger la salud de sus poblaciones y cumplir con las obligaciones para con la seguridad sanitaria colectiva a escala mundial que prevé el Reglamento Sanitario Internacional;³ a su vez, para ello es necesario que el personal de salud cuente con la formación y cualificación adecuadas y que se le dé el apoyo necesario.⁴

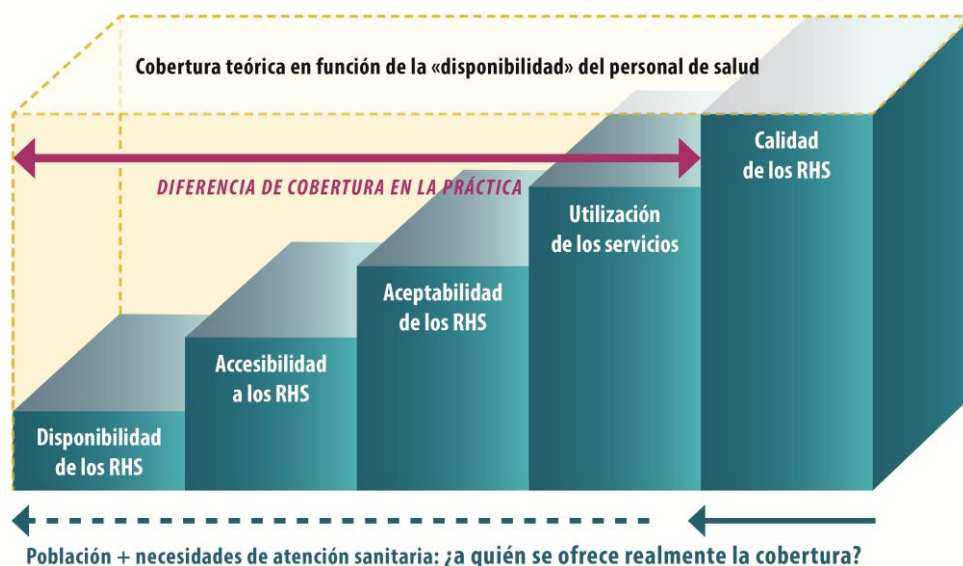


Figura 1. Recursos humanos para la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y cobertura efectiva (Fuente: Campbell et al, 2013)

2. **A pesar de los importantes progresos realizados, son necesarias una mayor voluntad política y la movilización de recursos en favor del personal de salud.** Los esfuerzos realizados en el pasado para desarrollar los RHS han dado resultados significativos: son muchos los países que, tras solucionar sus carencias en el ámbito del personal de salud, han mejorado los resultados de la atención sanitaria.^{5,6} Además, la disponibilidad de personal de salud está mejorando en

conjunto en la mayoría de los países para los que se dispone de datos, aunque a menudo no al mismo ritmo que su crecimiento demográfico.⁷ Por tanto, este progreso no ha sido suficientemente rápido y pronunciado. La principal dificultad no tiene que ver con la disponibilidad de datos sobre intervenciones eficaces, sino con encontrar la forma de movilizar la voluntad política y los recursos financieros necesarios para los sistemas de salud actuales y para los RHS, uno de sus componentes primordiales.^{8,9}

3. **El personal de salud será fundamental para lograr los objetivos sanitarios y los objetivos globales de desarrollo en las próximas décadas.** El Secretario General de las Naciones Unidas ampara un proceso por el que se definen una nueva serie de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el periodo 2016-2030. Estos ODS, que suceden a los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos para el período 2000-2015, apelan a la población y los dirigentes de todo el mundo a actuar para garantizar una vida digna para todos.¹⁰ El personal de salud es una parte fundamental del objetivo propuesto en materia de salud, por el que se pretende, entre otras cuestiones, «aumentar sustancialmente [...] la contratación, el desarrollo, la formación y la fidelización del personal de salud en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños estados insulares en desarrollo». En 2015, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció que el objetivo relativo a la salud y las 13 metas asociadas propuestos en los ODS —incluido un nuevo énfasis en la equidad y la cobertura sanitaria universal— solamente se lograrán si se realizan inversiones estratégicas importantes en el personal de salud a escala mundial. En virtud de la aprobación de la resolución WHA67.24, los Estados Miembros pidieron a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud que elaborase una estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud y la presentase en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en mayo de 2016.¹¹

4. **A escala mundial, muchos países no dan el apoyo adecuado a sus sistemas de salud y, en la práctica, sus inversiones en el personal de salud son más bajas que las cifras que se suelen mencionar.**¹² El problema crónico de la falta de inversión en la formación y capacitación del personal de salud que sufren algunos países de ingresos elevados provoca una escasez permanente de personal de salud con respecto a la demanda del mercado, que se sule mediante la contratación de trabajadores procedentes de países de menos recursos (algunos países de bajos ingresos pierden hasta un 50% de sus graduados a causa de la emigración a otros países). En los países de ingresos medianos y bajos la inversión en formación del personal de la salud es muy insuficiente. A este problema se suma el desequilibrio entre la capacidad de oferta y la demanda del mercado, que se debe a exigencias presupuestarias, y, a su vez, el que existe entre la demanda y las necesidades de la población. Todo ello dificulta que se pueda garantizar una cobertura equitativa y eficaz de los servicios básicos de salud, y, en ocasiones, se da la paradoja de que los trabajadores sanitarios se encuentran desempleados pero no se satisfacen las necesidades de salud básicas.

5. **A fin de disponer de personal de salud cualificado, eficaz y capaz de responder a las prioridades del siglo XXI, es necesario que la oferta y las competencias de los trabajadores sanitarios se correspondan con las necesidades actuales y futuras de la población.** La evolución de los perfiles epidemiológicos y las estructuras demográficas está aumentando la carga de

morbilidad en los sistemas de salud en todo el mundo, tanto en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles como a las enfermedades crónicas.¹³ Este fenómeno se acompaña de una demanda progresivamente mayor de servicios de salud centrados en los pacientes y de atención personalizada.¹⁴ Paralelamente, las economías emergentes están experimentando una transición económica que aumentará su dotación presupuestaria para los recursos sanitarios y una transición demográfica que puede incrementar en cientos de millones de personas su población activa. Por tanto, se prevé que la demanda de personal sanitario en el mundo crecerá sustancialmente como consecuencia del crecimiento demográfico y económico y de los cambios demográficos y epidemiológicos. Para disponer de suficiente personal de salud bien formado y preparado, las decisiones en materia de reglamentación y financiación deberán estar en consonancia con estas nuevas necesidades.

6. **Los problemas persistentes que afectan al personal de salud, sumados a estas macrotendencias, obligan a la comunidad internacional a reevaluar la eficacia de las estrategias aplicadas hasta ahora y a adoptar un paradigma distinto en la planificación del personal sanitario y la formación, movilización y retribución de los trabajadores de la salud.** Es posible realizar los progresos necesarios que den lugar a cambios reales. Para ello, se deben adoptar modelos abiertos de atención sanitaria que comprendan los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, reorientando los sistemas de salud hacia la atención primaria y aprovechando al máximo el potencial de la innovación tecnológica. Asimismo, se pueden aprovechar las inversiones indispensables en el personal de salud para crear puestos de trabajo cualificado, en particular para las mujeres y los jóvenes. Así, se presenta una oportunidad sin precedentes para concebir y aplicar estrategias para el personal de salud que solucionen la falta de equidad y de cobertura real que sufren los sistemas sanitarios, así como para impulsar el crecimiento económico. Para explotar este potencial se requieren un compromiso político y el refuerzo de la capacidad institucional y humana que permitan llevar a la práctica estas medidas.
7. **Con el fin de que, para 2030, todas las comunidades puedan ser atendidas por trabajadores sanitarios que tengan la formación adecuada y las competencias mínimas necesarias, se deberán adoptar políticas eficaces a nivel nacional, regional y mundial y realizar suficientes inversiones para responder a las necesidades no satisfechas.** Los cálculos sobre los cambios que deben producirse en las próximas décadas para satisfacer la demanda creciente, cubrir las lagunas existentes y hacer frente al nivel de rotación laboral previsto se han quedado cortos. De acuerdo con las previsiones de la OMS y el Banco Mundial (anexo 1), para alcanzar un nivel elevado de cobertura eficaz en toda la gama de servicios de salud que se requiere para garantizar una vida saludable para todos será necesario formar y movilizar a entre 40 y 50 millones de trabajadores en el sector sociosanitario en todo el mundo,¹⁵ de los cuales al menos 10 millones deben aumentar la oferta de trabajadores de la salud en los países de ingresos medianos y bajos.
8. **Sabemos desde hace tiempo qué debemos hacer para solucionar las principales dificultades que afectan al personal de salud, pero ahora disponemos de los mejores datos para determinar cómo hacerlo.** La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el desarrollo del personal de salud para 2030, elaborada por la OMS, se basa en conocimientos

actuales sobre las medidas eficaces en materia de RHS en aspectos que van desde la evaluación, la planificación y la formación hasta la gestión, la fidelización, la incentivación y la productividad, y aconseja instrumentos y directrices que pueden facilitar la elaboración, aplicación y evaluación de políticas en estas áreas (anexo 2). Esta Estrategia abarca de forma integral todos estos aspectos con el fin de impulsar la adopción de medidas con mayor conocimiento de causa, más incisivas, multisectoriales, basadas en nuevos datos y en prácticas correctas, que deben aplicar las instancias responsables de la planificación y la reglamentación, a nivel nacional, y la comunidad internacional a nivel regional y mundial. Esta Estrategia mundial, que se ha elaborado con carácter intersectorial y teniendo en cuenta sus posibles repercusiones en el desarrollo del personal de salud, debe servir para impulsar y orientar la elaboración de estrategias nacionales en las esferas de la salud y de los RHS, así como los marcos más amplios de desarrollo socioeconómico que adopten los países.

9. **Puesto que los RHS son un elemento transversal que facilita la prestación de numerosos servicios prioritarios, esta estrategia complementa y refuerza una serie de estrategias conexas** elaboradas por la OMS y las Naciones Unidas, reafirma especialmente la importancia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud¹⁶ y propugna los objetivos y principios de la estrategia mundial de las Naciones Unidas para la salud de la mujer, el niño y el adolescente,¹⁷ la estrategia mundial de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona,¹⁸ el plan de acción para todos los recién nacidos,¹⁹ los objetivos de planificación familiar para 2020,²⁰ el plan mundial para eliminar las infecciones por el VIH en los niños,²¹ la nueva estrategia del ONUSIDA para el periodo 2016-2021²² y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,²³ entre otras iniciativas.
10. **Esta Estrategia transversal es la vía principal que permitirá alcanzar las metas en materia de cobertura para todos los servicios prioritarios,** y concierne no sólo a los médicos, el personal de enfermería y las parteras, sino a todo el personal de salud, que incluye a los trabajadores de la salud pública, los médicos de familia de nivel intermedio, los farmacéuticos, los técnicos de laboratorio, los responsables de la cadena de suministro, los fisioterapeutas, los dentistas y profesionales de la salud bucodental, y el personal paramédico y auxiliar. Asimismo, la Estrategia atañe al personal de los servicios sociales en general, en la medida en que la mayor integración del personal de la salud y los servicios sociales también puede mejorar la atención continua a una población cada vez más envejecida.
11. **En la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud se proponen opciones normativas para los Estados Miembros de la OMS, se establecen las responsabilidades de la Secretaría de la OMS y se formulan recomendaciones para las demás partes interesadas** sobre el modo de:
 - optimizar el personal actual para agilizar la consecución de la cobertura sanitaria universal y los objetivos de desarrollo sostenible (objetivo 1);
 - comprender las necesidades futuras de los sistemas de salud y prepararse para ellas, aprovechando el crecimiento de los mercados laborales del sector para aumentar la creación de empleo y el crecimiento económico (objetivo 2);
 - fortalecer la capacidad institucional para aplicar la Estrategia (objetivo 3); y

- recopilar más datos sobre los RHS para mejorar el seguimiento y la transparencia de la aplicación satisfactoria de las estrategias nacionales y la propia Estrategia mundial (objetivo 4).

1. Objetivo 1. Aplicar políticas de RHS con base científica para lograr la máxima repercusión con el personal sanitario actual, con objeto de garantizar a la población una vida saludable y una cobertura sanitaria universal eficaz y contribuir a la seguridad sanitaria mundial.

Meta 1.1.: para 2030, el 80% de los países habrán reducido a la mitad los niveles de disparidad en la distribución de los trabajadores de la salud existentes actualmente entre zonas urbanas y rurales.

12. **Para atender las necesidades de la población por lo que respecta a la cobertura sanitaria universal y los ODS se deben aprovechar de forma óptima unos recursos que son limitados y garantizar que se emplean estratégicamente mediante la adopción y aplicación de políticas para el personal sanitario con base científica y adaptadas al contexto local.** El déficit y los desequilibrios en el personal sanitario, un problema perenne que se combina con el envejecimiento de la población y las transformaciones epidemiológicas, implican que para lograr objetivos sanitarios más ambiciosos que nunca se necesita un programa actual sobre los RHS. El paradigma de la cobertura sanitaria universal exige que se reconozca que la prestación de servicios de atención de salud integrados y centrados en las personas puede beneficiarse del trabajo en equipo en el nivel primario, al aprovechar la posible contribución de diferentes tipos de trabajadores sanitarios que trabajan en estrecha colaboración y aplicando una práctica profesional más racional. Ello se traduce en la necesidad de adoptar estrategias más eficaces y eficientes y una reglamentación adecuada para la formación de los profesionales sanitarios, un conjunto de competencias más sostenibles y receptivas, mejores estrategias de movilización y condiciones laborales, sistemas de recompensa, oportunidades de desarrollo profesional e itinerarios profesionales aplicables a los recursos humanos para la salud, con objeto de fomentar las capacidades y la motivación que llevan a un mejor desempeño.
13. **Se puede mejorar drásticamente la eficiencia reforzando las instituciones nacionales para que puedan formular y aplicar estrategias más efectivas y reglamentaciones adecuadas para el personal sanitario.** Es perfectamente posible garantizar un uso más eficaz y eficiente de los recursos adoptando un modelo de prestación de servicios de salud y un conjunto de competencias variadas y sostenibles dirigidas en particular a la atención primaria de salud, y apoyadas en vínculos eficaces con el personal de servicios sociales y la derivación a la atención secundaria. Asimismo, es también posible potenciar considerablemente el desempeño y la productividad mejorando los sistemas de gestión y las condiciones laborales de los recursos humanos para la salud, y aprovechar plenamente el potencial de colaboración con el sector

privado, ofreciendo incentivos y armonizando sus actividades con los objetivos sanitarios del sector público. Para lograr esa mejora de la eficiencia se necesita la capacidad institucional para aplicar, evaluar y mejorar las políticas de planificación, formación y gestión de los recursos humanos para la salud.

Opciones normativas para los Estados Miembros de la OMS⁴

Todos los países

14. **Consolidar el contenido y la aplicación de los planes de RHS como parte de las políticas y estrategias sanitarias nacionales.** Para ello, será beneficioso establecer un diálogo y armonización intersectoriales entre los ministerios pertinentes (salud, trabajo, educación, finanzas, etc.), otras instancias y el sector privado, y las autoridades administrativas locales. Es especialmente importante encontrar soluciones pragmáticas para vencer rigideces profundamente arraigadas en las reglas y prácticas del sector público que entorpecen la adopción de sistemas adecuados de recompensa, condiciones laborales y perspectivas profesionales para el personal sanitario: los ministerios de salud, las comisiones de administración pública y los empleadores deberían adaptar las condiciones de empleo, la remuneración y los incentivos no financieros con objeto de asegurar unas condiciones justas para los trabajadores sanitarios, oportunidades de promoción profesional por méritos y un entorno positivo para el ejercicio profesional que permita movilizarlos de forma efectiva, y fidelizarlos y motivarlos debidamente para que presten una atención de calidad.

15. **Velar por el uso eficaz de los recursos disponibles.** En el ámbito mundial, entre el 20% y el 40% de todo el gasto sanitario se pierde, lo que se debe en gran medida a la falta de eficiencia del personal sanitario.²⁴ Deberían establecerse sistemas de rendición de cuentas para mejorar la eficiencia del gasto sanitario y en RHS. Además de medidas como eliminar a los trabajadores fantasma de la nómina del sector público,²⁵ será fundamental adoptar planteamientos apropiados y costoeficaces para ofrecer una atención continua e integrada arraigada en la comunidad y centrada en las personas. Ello supone la aplicación de modelos de atención de salud con un conjunto de competencias adecuadas y sostenibles a fin de atender de forma equitativa las necesidades sanitarias de la población. Por lo tanto, los sistemas de salud deberían encauzar las fuerzas del mercado y las expectativas de la población hacia la cobertura sanitaria universal y la prestación de servicios integrados centrados en las personas, apoyándose en una atención basada en la atención primaria de salud y la derivación efectiva de los pacientes hacia la atención secundaria y especializada, y evitando a la vez una excesiva medicalización.

⁴ La mayor parte de las opciones normativas propuestas en esta sección y las siguientes son generales y todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo socioeconómico, pueden tenerlas en cuenta. Si hay alguna opción normativa especialmente pertinente para países que pertenecen a grupos de ingresos específicos o en contextos frágiles, ello se ha indicado de forma explícita. Esta distinción no debe considerarse rígida, puesto que la situación de los países puede evolucionar con el tiempo y en entornos diferentes pueden registrarse dificultades similares en cuanto al personal sanitario y los sistemas de salud, aun cuando las implicaciones en la financiación, el empleo y la dinámica del mercado laboral dependan del contexto.

- 16. Vincular la formación del personal sanitario y las inversiones pertinentes del sector público con las necesidades de la población y las exigencias del sistema de salud, adoptando un enfoque coordinado ante la planificación y la formación de los RHS,** en particular en apoyo de una formación adecuada, con equilibrio entre hombres y mujeres, de promociones de estudiantes cualificados procedentes de zonas rurales, y alentando la formación interprofesional y la colaboración. Es posible conseguir mejoras radicales en la calidad del personal mediante la aplicación de un programa de formación renovador,²⁶ que se sustente en un aprendizaje basado en las aptitudes, y que ofrezca a los trabajadores sanitarios conocimientos y competencias sobre los determinantes sociales de la salud y de la salud pública. Ello debe incluir la preparación y respuesta ante las epidemias a fin de potenciar el programa sobre seguridad sanitaria mundial y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Es igualmente importante inculcar en los trabajadores de la salud los valores y actitudes profesionales necesarios para prestar una atención receptiva y respetuosa, teniendo en cuenta especialmente la necesidad de eliminar la discriminación por razones de sexo, edad, salud mental, salud sexual y reproductiva, y el VIH y el sida. Para avanzar en este programa es imprescindible fomentar la capacidad de las autoridades de reglamentación y acreditación a fin de mejorar la formulación y fortalecimiento de normas y reglamentaciones, e introducir evaluaciones nacionales de autorización del ejercicio profesional, o de renovación de esta autorización, basadas en las aptitudes para los graduados de todas las instituciones, ya sean públicas o privadas. Deberían tenerse en cuenta las posibilidades de colaboración Norte-Sur y Sur-Sur en formación e inversión.
- 17. Optimizar la motivación, satisfacción, fidelización y desempeño de los trabajadores de la salud** mediante un conjunto integrado de políticas de atracción y fidelización, en particular la seguridad laboral, una carga de trabajo llevadera, oportunidades de seguir formándose y de desarrollo profesional, mejores itinerarios de promoción profesional, incentivos para la vida familiar y la mejora del modo de vida, prestaciones por condiciones de vida difíciles, subsidios de vivienda y subvenciones de educación. Para lograr una movilización equitativa de los trabajadores de la salud es crucial seleccionar y formar aspirantes en zonas rurales e insuficientemente atendidas, establecer incentivos financieros y de otro tipo, y medidas de reglamentación, o reorganizar la prestación de los servicios.²⁷
- 18. Aprovechar, cuando sea posible y costoeficaz, las oportunidades que ofrece la tecnología de la información y la comunicación (TIC),** en particular por lo que se refiere al ciberaprendizaje, los registros sanitarios electrónicos, las herramientas para la adopción de decisiones clínicas, la gestión de la cadena de suministro, la gestión del desempeño y el vínculo de retroacción y el control de la calidad de los servicios.²⁸ Deberían establecerse normas y procedimientos de acreditación para homologar la formación impartida en sistemas mixtos que incluyan el ciberaprendizaje, reglamentaciones adecuadas para la prestación de servicios de m-Salud, y para el tratamiento de los datos del personal sanitario que respete los requisitos de confidencialidad.²⁹
- 19. Fomentar la resiliencia y la autonomía de las comunidades,** procurando que participen en la adopción de decisiones y en la elección, y ofreciendo a los pacientes y sus familias

conocimientos y aptitudes que les animen a formar parte de un sistema de salud y colaborar activamente en la prestación de atención, más que ser receptores pasivos de servicios.

Países de ingresos altos

20. **Corregir la configuración y oferta de especialistas y generalistas**, médicos de nivel avanzado y otros profesionales, mediante una planificación adecuada y estrategias e incentivos de formación, e inversiones suficientes en la medicina general y de familia, con el objetivo de ofrecer una atención continua e integrada arraigada en la comunidad y centrada en las personas.
21. **Mantener, potenciar o establecer mecanismos periódicos y sistemáticos para mejorar la calidad, desempeño y distribución del personal sanitario**, en particular mediante una movilización y fidelización adecuadas.

Países de ingresos bajos y medianos

22. **Fortalecer la capacidad y calidad de las instituciones educativas y de su facultad mediante la acreditación de las escuelas de formación y la homologación de diplomas** a fin de atender las necesidades educativas presentes y futuras para responder a las necesidades sanitarias de la población. En algunos contextos, ello implicaría repensar los sistemas de entrada del personal sanitario en la profesión mediante mecanismos conjuntos de formación y planificación sanitaria. En particular, en algunos países de ingresos bajos es necesario prestar una mayor atención a la educación primaria y secundaria a fin de asegurarse una cantera adecuada de graduados de educación secundaria con los requisitos pertinentes para iniciar los programas de formación, que presente un equilibrio entre los sexos y refleje las características demográficas subyacentes y de distribución de la población.
23. **Velar por que el aumento previsto de la totalidad de los recursos sanitarios conduzca a una asignación costoeficaz de los mismos, sobre todo para dar prioridad a la movilización de equipos multidisciplinares de atención primaria** formados por trabajadores sanitarios con competencias generales, evitando los inconvenientes y la escalada de costos que supone recurrir en exceso en la atención terciaria. Para ello es necesario adoptar un conjunto de competencias variadas y sostenibles y aprovechar el potencial de profesionales de nivel intermedio y basados en la comunidad para extender la prestación de servicios a las poblaciones pobres y marginadas.^{30,31} En muchos entornos, formular una política nacional sobre los profesionales sanitarios basados en la comunidad e integrarlos, en los casos en que ya se cuente con ellos, en el sistema de salud, puede permitirles beneficiarse de un apoyo adecuado del sistema y trabajar de forma más eficaz en equipos integrados de atención primaria.^{32,33} El apoyo de los asociados nacionales e internacionales para la expansión de estos profesionales debería armonizarse y alinearse con las políticas y sistemas nacionales.³⁴
24. **Optimizar el desempeño del personal sanitario mediante un conjunto de medidas de empleo justas y oficiales, en un entorno de trabajo capacitador**. Ello incluye ofrecer a los trabajadores

sanitarias funciones y expectativas bien definidas, directrices, procesos de trabajo adecuados, oportunidades para subsanar las deficiencias profesionales, observaciones constructivas, así como un entorno e incentivos laborales apropiados; pero también, y esto es muy importante, un sueldo justo adecuado a sus aptitudes y contribuciones, con un pago periódico y puntual como principio básico, sistemas de recompensa por méritos y oportunidades de promoción profesional.

Estados frágiles y países con emergencias crónicas

25. **Además de las opciones normativas indicadas más arriba, en contextos caracterizados por la fragilidad, la inseguridad y la inestabilidad política es necesario en particular velar por la protección de los trabajadores de la salud contra la violencia y los daños**, como parte de un programa más amplio para fomentar entornos positivos de ejercicio profesional que garanticen la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

Responsabilidades de la Secretaría de la OMS

26. **Elaborar orientaciones normativas, apoyar la investigación operacional para definir opciones normativas basadas en datos, y ofrecer cooperación técnica** –con arreglo a las necesidades de los Estados Miembros– respecto de la capacitación del personal de salud, el ámbito de acción de las distintas categorías de personal, las estrategias de movilización y fidelización basadas en datos, y los enfoques adoptados para el control de la calidad y la mejora del rendimiento, incluida la reglamentación.

Recomendaciones a otras partes interesadas y asociados internacionales

27. **Las instituciones educativas deben adaptar la configuración institucional y las modalidades de formación para responder a los cambios en las necesidades educativas.** Habida cuenta del aumento de establecimientos educativos privados, es fundamental lograr la armonización de las normas de calidad en los institutos de formación, tanto públicos como privados.
28. **Las juntas profesionales, otras autoridades de reglamentación o –cuando sea oportuno en el contexto institucional del país– los departamentos de los ministerios pertinentes deben adoptar una reglamentación adecuada** que sea transparente, responsable, proporcionada, coherente y centrada en un fin concreto. Esos organismos desempeñan una función primordial al garantizar que los profesionales sean competentes, tengan suficiente experiencia y acaten las normas acordadas con respecto a la práctica ética³⁵; los países deberían contar con apoyo para establecer tales organismos, o reforzarlos si es necesario. Las juntas o asociaciones profesionales deben establecer mecanismos pertinentes para separar su función de garantes de la calidad del ejercicio profesional de la representación de los intereses de sus miembros.³⁶ Las autoridades de reglamentación deberían mantener un registro de los profesionales competentes y que están en activo, y no simplemente de los que han completado un programa; supervisar la acreditación de los programas de formación previos a la prestación de servicio; aplicar mecanismos para asegurar el mantenimiento de la competencia; establecer procesos justos y transparentes en apoyo de la movilidad de los profesionales sanitarios y a la vez proteger a la población; y facilitar

una serie de enfoques con respecto a la conducta y la competencia que guarden proporción con el riesgo y que sean eficientes y eficaces.³⁷ Las juntas y asociaciones profesionales deberían colaborar para lograr modelos adecuados de intercambio de tareas y de colaboración interprofesional, y velar por que otros profesionales, además de los dentistas, las matronas, el personal de enfermería, los farmacéuticos y los médicos, se beneficien también sistemáticamente de los procesos de reglamentación y acreditación.

2. Objetivo 2: Alinear las decisiones sobre inversión en RHS adoptadas en el plano nacional y mundial con las necesidades actuales y futuras de los sistemas de salud y las exigencias del mercado laboral del sector sanitario, aprovechando al máximo las oportunidades de creación de empleo y crecimiento económico.

Metas:

- **Todos los países: para 2030, el 80% de los países habrán asignado al menos un X% de su PIB a la formación, contratación, movilización y fidelización de trabajadores de la salud, dentro de un equilibrio que tenga en cuenta otras prioridades sanitarias y de desarrollo social.**
- **Países de ingresos altos y medianos: para 2030, todos los países habrán atendido al menos un 90% de sus necesidades de personal sanitario con sus propios recursos humanos para la salud, y lo habrán hecho de acuerdo con las disposiciones del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional del personal de salud.**
- **Países de ingresos bajos y medianos: para 2030, habrán creado y cubierto al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales en los sectores de la salud y la atención social a fin de atender las necesidades no satisfechas en cuanto a la equidad y eficacia de la cobertura de los servicios de salud.**
- **Países de ingresos altos: velar por que para 2030 todos los países de la OCDE puedan demostrar que han asignado al menos el 25% de toda la asistencia para el desarrollo destinada a la salud a los RHS.**

29. **Se prevé que en los próximos decenios aumente considerablemente la demanda de personal sanitario y el número de trabajadores de la salud en todo el mundo como consecuencia del crecimiento económico y de población, junto con las transiciones demográfica y epidemiológica.** Sin embargo, hay importantes desajustes en las necesidades, la oferta y la demanda de trabajadores de la salud en el ámbito nacional, subnacional y mundial, lo que provoca una falta de equidad en su distribución y movilización. Los esfuerzos por ampliar las intervenciones esenciales para lograr las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y la cobertura sanitaria universal pueden verse comprometidos por la escasez enorme de personal sanitario en los países de ingresos bajos y medianos. Paralelamente, muchos países de ingresos altos tienen dificultades para coordinar la oferta y la demanda de trabajadores sanitarios dentro de las restricciones actuales de asequibilidad y sostenibilidad, una tendencia que probablemente se exacerbará con el envejecimiento de la población, y que en

estos momentos provoca una escasez crónica de trabajadores de la salud formados y una dependencia excesiva de la importación de personal sanitario formado en el extranjero.³⁸

30. Es necesaria la intervención del sector público para corregir la falta de trabajadores sanitarios, las inequidades en su movilización, o la inadecuación en su motivación y desempeño. La aplicación de un programa de RHS que sea propicio para lograr los objetivos sanitarios posteriores a 2015 exigirá una mayor disponibilidad de recursos, así como un uso más eficiente de los recursos existentes. El gasto interno en RHS representa de media un 33,6% del gasto público total en salud en los países de los que se dispone de datos.³⁹ En muchos países de ingresos bajos y medianos es necesario y posible potenciar la movilización de recursos internos, que debería apoyarse mediante políticas macroeconómicas adecuadas en el ámbito nacional y mundial. Los niveles de financiación deberían reflejar el valor que unos recursos humanos para la salud eficaces tienen en la economía del país, teniendo en cuenta del potencial de mejora de la productividad de los trabajadores en otros sectores.⁴⁰ Ahora bien, varios países de ingresos bajos y Estados frágiles seguirán necesitando asistencia exterior para el desarrollo durante algunos decenios a fin de garantizar un espacio fiscal adecuado para las inversiones necesarias en recursos humanos para la salud. En ese contexto, un diálogo político de alto nivel en el ámbito mundial está justificado, para analizar cómo conseguir que los mecanismos internacionales de asistencia para el desarrollo destinada a la salud se ajusten al objetivo previsto y permitan una inversión sostenida en los fijos y de capital para los RHS.

31. Empiezan a surgir nuevos datos que demuestran las amplias repercusiones socioeconómicas de las inversiones en personal sanitario. El empleo en el sector sanitario tiene un importante efecto de potenciación del crecimiento en otros sectores.⁴¹ Ello, junto con el crecimiento previsto en los mercados laborales del sector de la salud, significa que invertir en la formación y el empleo en el sector de la salud y darles apoyo será cada vez más una estrategia para que los países, cualquiera que sea su grado de desarrollo socioeconómico, creen empleos cualificados en el sector oficial, una oportunidad que probablemente aprovechen en especial las mujeres, debido a que las oportunidades en formación y empleo del personal de salud son imparciales en materia de género y por la función creciente de las mujeres entre el personal sanitario.

Opciones normativas para los Estados Miembros de la OMS

Todos los países

32. Crear capacidad de previsión y planificación para elaborar o mejorar la política y las estrategias de RHS que cuantifiquen las necesidades, la oferta y la demanda de personal sanitario en diferentes situaciones futuras, con objeto de gestionar los mercados laborales de personal sanitario y elaborar políticas eficaces y efectivas que respondan a las necesidades de hoy y se adelanten a las expectativas de mañana (figura 2). Deben calcularse los costos de los planes de RHS, que deberán financiarse, aplicarse y perfilarse continuamente con objeto de abordar a) la estimación del número y categoría de trabajadores sanitarios necesarios para cumplir los objetivos de salud pública y atender las necesidades sanitarias de la población; b) la capacidad de formar suficientes profesionales cualificados (políticas de formación); y c) la

capacidad del mercado laboral para contratar, movilizar y fidelizar a los trabajadores de la salud (capacidad económica y fiscal, movilización, remuneración y fidelización del personal a través de estrategias financieras y de otro tipo).

33. **Catalizar la acción multisectorial en las cuestiones relativas al personal sanitario** con objeto de generar el apoyo necesario en los ministerios de finanzas y de trabajo (o equivalentes) y garantizar la armonización de diferentes sectores, instancias y partes interesadas de la sociedad con las estrategias y planes para el personal sanitario nacional, aprovechando los beneficios que aporten a la creación de empleo, el crecimiento económico y la potenciación de la mujer).
34. **Invertir de forma estratégica a largo plazo (10-15 años) mediante estrategias y políticas públicas en condiciones de empleo dignas** que respeten los derechos de los trabajadores,⁴² entornos de trabajo seguros y mejores, y que prevean al menos un sueldo que permita vivir, e incentivos para la movilización y fidelización equitativas.

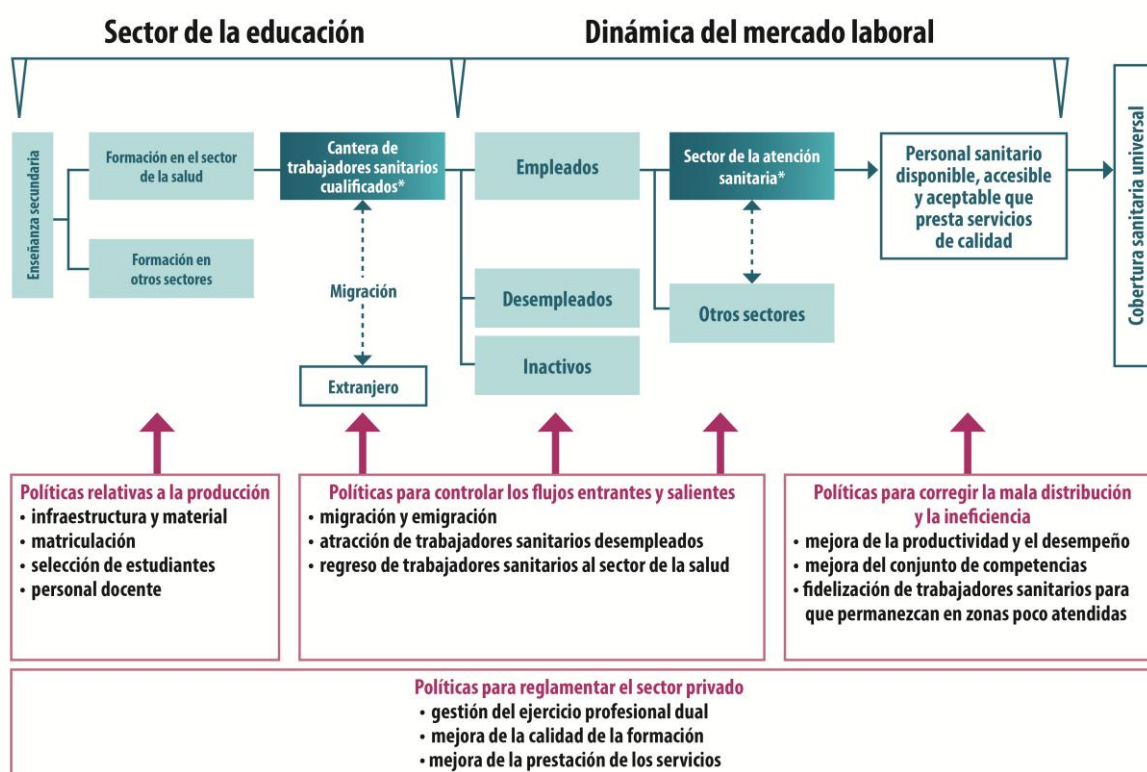


Figura 2: Instrumentos normativos para dar forma a los mercados laborales en el sector de la salud (fuente: Sousa et al, 2013, *Boletín de la OMS*).

Países de ingresos altos

35. **Invertir en la formación, contratación, movilización y fidelización de trabajadores sanitarios para satisfacer las necesidades nacionales y subnacionales a través de trabajadores formados en el país.** Mejorar las estrategias de inversión en formación para atender la demanda actual y la

prevista del mercado laboral en el sector de la salud; evitar que los estudiantes recientemente cualificados no puedan acceder al mercado laboral, en particular en época de recesión, y que finalmente cambien de orientación profesional.⁴³

36. **Examinar las posibilidades de reciclar a trabajadores de sectores e industrias de la economía en declive** (por ejemplo, manufactura, agricultura, según el país) para redirigirlos a los sectores de la atención sanitaria y social⁴⁴, especialmente en trabajos y funciones en los que la formación es breve o las barreras de entrada relativamente accesibles.

Países de ingresos bajos y medianos

37. **Los países de ingresos bajos y medianos deben aumentar sus inversiones para estimular la oferta y la demanda de personal de salud en condiciones de mercado y adecuarlas más a las necesidades sanitarias de la población**, por ejemplo con estrategias apropiadas para fidelizar a los trabajadores sanitarios para que permanezcan en el país, de conformidad con los principios enunciados en el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. En muchos países de ingresos medianos-altos, esto requerirá aumentar la capacidad de suministro de trabajadores sanitarios con el fin de hacer frente a la creciente demanda interna avivada por el crecimiento económico y contener el aumento de los costos.⁴⁵
38. **Los países de ingresos bajos deben movilizar fondos para invertirlos en los RHS.** Estos fondos pueden proceder de fuentes tanto habituales como nuevas, por ejemplo el presupuesto general, el seguro social de enfermedad, los fondos previstos a tal efecto, los impuestos especiales reservados o los fondos aportados por las industrias extractivas — como la minera y la petrolera — en concepto de responsabilidad social.⁴⁶ Estas inversiones deberían estar en consonancia y ser compatibles con un programa más amplio relativo a la salud y la protección social.⁴⁷

Estados frágiles y países con emergencias crónicas

39. Además de las opciones indicadas más arriba, en contextos caracterizados por la fragilidad, la inseguridad y la inestabilidad política, existe una necesidad adicional específica de **desarrollar la capacidad nacional para absorber y utilizar eficazmente los recursos nacionales e internacionales**. Especialmente en estos entornos, el apoyo proporcionado a los RHS por los asociados en pro del desarrollo debería ser predecible y duradero.

Responsabilidades de la Secretaría de la OMS

40. **Proporcionar orientaciones normativas y cooperación técnica —según las necesidades de los Estados Miembros— para la planificación y las previsiones en materia de personal de salud, el análisis del mercado de trabajo en el sector sanitario, el cálculo de costos de las estrategias nacionales relativas a los RHS, y el seguimiento de la financiación nacional e internacional destinada a los RHS.** Habida cuenta de que algunos países frágiles y de ingresos bajos siguen necesitando asistencia externa, la OMS debería abogar también ante las instituciones financieras mundiales y regionales, los asociados en pro del desarrollo y las iniciativas de salud mundiales

por la adopción de políticas macroeconómicas y de financiación que propicien una inversión mayor y más estratégica en los RHS.

Recomendaciones a otras partes interesadas y asociados internacionales

41. **El Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo y otras partes interesadas deberían reconocer que es preciso invertir en el personal de salud porque es un sector productivo con potencial para crear millones de empleos** y favorecer el crecimiento económico y el desarrollo socioeconómico más amplio. Asimismo deberían adaptar sus políticas macroeconómicas para que sea posible invertir más en los servicios sociales.
42. **Las iniciativas sanitarias mundiales deben establecer mecanismos de gobernanza con el fin de que todas las subvenciones y préstamos vayan acompañados de una evaluación de sus repercusiones para el personal sanitario**, así como una estrategia deliberada en la que se indique el modo en que los programas contribuirán específicamente a fortalecer las capacidades de los RHS a nivel institucional, organizativo e individual. La contratación de personal de servicios generales por parte de programas relacionados con enfermedades específicas debilita los sistemas de salud y debería evitarse mediante la integración de esos programas en estrategias de promoción de la atención primaria de la salud.
43. **Los asociados en pro del desarrollo deben coordinar sus inversiones en los RHS y adecuarlas a las necesidades nacionales a largo plazo señaladas en los planes sectoriales nacionales.** Las iniciativas sanitarias mundiales deberían reorganizar el apoyo que prestan al personal de salud para aumentar su sostenibilidad, contemplando en particular la posibilidad de invertir en gastos fijos y de capital para los RHS generales y dejar de privilegiar la formación continua a corto plazo centrada en enfermedades específicas.^{48,49} En este sentido, los asociados en pro del desarrollo deberían considerar el establecimiento de un mecanismo de financiación multilateral para apoyar la inversión internacional en los sistemas de salud.⁵⁰
44. **La OCDE debería establecer mecanismos para posibilitar el monitoreo de la proporción de ayuda al desarrollo sanitario que se destina a los RHS**, ya que, actualmente, los procesos y datos necesarios para monitorear los flujos de la ayuda internacional destinada a la salud no permiten dar cuenta de forma fiable y coherente de las inversiones en el personal de salud.⁵¹

3. Objetivo 3: Fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales e internacionales en pro de un liderazgo y una gobernanza eficaces respecto de las medidas relacionadas con los RHS

- **Meta: en 2030, el 80% de todos los países contarán con mecanismos institucionales para dirigir y coordinar de manera eficaz un programa intersectorial relativo al personal de salud.**
45. **Se precisan una gobernanza eficaz y el fortalecimiento de las capacidades institucionales para la aplicación de un programa integral en favor del personal de salud en los países.** Pese a los considerables avances realizados en los últimos decenios, los progresos en la esfera de los RHS

no han sido suficientemente rápidos ni significativos. El desarrollo del personal de salud es en parte un proceso técnico que requiere conocimientos especializados en materia de planificación, formación y gestión de los RHS y la capacidad para integrar estos aspectos en una estrategia a largo plazo a favor del sistema de salud; sin embargo, también es un proceso político en el que es preciso tener la voluntad y la facultad de coordinar los esfuerzos de los diferentes sectores y miembros de la sociedad y de los distintos niveles de gobierno.⁵² El problema fundamental no es la falta de datos fehacientes sobre intervenciones eficaces, sino encontrar la forma de garantizar una gobernanza intersectorial eficaz y, al mismo tiempo, reforzar la capacidad técnica y movilizar recursos financieros para poner en práctica el programa actual en materia de RHS.⁵³ Para ello, los jefes de gobierno tienen que demostrar voluntad política y rendir cuentas al respecto.

46. Se precisan capacidades técnicas y de gestión para que la voluntad y las decisiones políticas se traduzcan en una aplicación eficaz. Es necesario profesionalizar la planificación y la gestión del personal sanitario en el marco de la salud pública: al igual que necesitamos profesionales sanitarios capacitados, también necesitamos gestores sanitarios capacitados y profesionales. Esto es esencial para proporcionar a los dirigentes políticos los datos y el asesoramiento técnico necesarios y para garantizar la aplicación y la supervisión eficaces de las políticas, normas y directrices una vez que se han elaborado.⁵⁴

47. Una gobernanza sanitaria mundial adaptada a sus fines puede facilitar la ejecución de los programas nacionales relativos a los RHS. La acción y el compromiso políticos en los países son fundamentales para afrontar eficazmente los desafíos relacionados con el personal de salud. No obstante, algunas cuestiones relativas a los RHS, como la creación y la compartición de bienes públicos mundiales y datos, la facilitación o movilización de asistencia técnica y financiera, la gestión ética de la movilidad del personal sanitario, y la evaluación de las repercusiones que tienen para los RHS las resoluciones y los objetivos sanitarios formulados a nivel mundial, tienen carácter transnacional y requieren un enfoque mundial basado en un compromiso a favor de la solidaridad internacional. Es preciso establecer un mecanismo mundial de gobernanza de los RHS para propiciar un compromiso político de alto nivel y un diálogo sobre políticas de carácter intersectorial y multilateral y promover la coordinación mundial y la responsabilización mutua, estableciendo un vínculo efectivo con los procesos previstos en el sistema de las Naciones Unidas para monitorear el logro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Opciones normativas para los Estados Miembros de la OMS

Todos los países

48. Evidenciar que, en el plano nacional, los RHS son esenciales para lograr la cobertura sanitaria universal, utilizar este argumento para requerir planes y presupuestos a efectos de movilizar recursos suficientes, y apoyarse en las reglamentaciones y los mecanismos necesarios con miras a la coordinación y supervisión de políticas. Para poner en práctica eficazmente un programa nacional relativo al personal de salud es necesario recabar el apoyo de los ministerios de finanzas, educación y trabajo, de las comisiones de la administración pública, de las autoridades locales y del sector privado. La coordinación entre estos actores será más fácil si se

establecen mecanismos nacionales para coordinar la gobernanza de los RHS y el diálogo sobre políticas entre los distintos sectores e instancias;⁵⁵ estos mecanismos deben integrar en el proceso de adopción de decisiones políticas la participación y los intereses legítimos de varios actores, entre ellos la sociedad civil, los ciudadanos, los trabajadores sanitarios, los profesionales de la salud y sus sindicatos o asociaciones, los órganos de reglamentación, las asociaciones de empleadores y las cajas de seguros, con el fin de potenciar la adhesión política a las políticas y estrategias relativas a los RHS y garantizar su sostenibilidad institucional, sin perder de vista los objetivos de las políticas públicas.

49. **Reforzar la capacidad técnica y de gestión con miras a la elaboración y aplicación eficaces de políticas, normas y directrices relativas a los RHS.** Esto acelerará la adopción de procesos, tecnologías y modalidades de organización de servicios y de formación innovadores con miras al uso eficaz de los recursos.
50. **Velar por que el personal de salud pública establezca un vínculo entre las medidas de desarrollo del personal de salud, el personal de los servicios sociales y los determinantes sociales más amplios de la salud,** como el acceso a la vivienda, la alimentación, la educación y las condiciones ambientales locales.

Países de ingresos altos

51. **Desarrollar la capacidad para adecuar los incentivos en materia de formación del personal de salud y de prestación de atención sanitaria a los objetivos de salud pública.** Esto requiere la creación de mecanismos institucionales para establecer un equilibrio entre las necesidades crecientes relacionadas con el envejecimiento de la población y las tecnologías sanitarias nuevas y cada vez más caras y una previsión realista de los recursos disponibles.

Países de ingresos bajos y medianos

52. **Velar por que todos los países dispongan de una unidad o departamento ministerial que se encargue de forma efectiva de los RHS** y que tenga capacidad para: promover el desarrollo de los RHS; movilizar y utilizar los recursos de forma eficaz y transparente; abogar por la mejora de las condiciones de trabajo, el establecimiento de sistemas de recompensa y de estructuras de promoción profesional para los trabajadores sanitarios; dirigir la planificación y el desarrollo del personal de salud a corto y largo plazo; analizar los datos relativos al personal de salud y los aspectos relativos a la economía del trabajo; hacer un seguimiento efectivo de la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios y gestionar los flujos migratorios con el fin de maximizar los beneficios para los países de origen; y vigilar y evaluar las intervenciones en materia de RHS.
53. **Reforzar el entorno institucional con miras al aumento de la producción, la fidelización y la gestión del desempeño del personal de salud.** Esto requiere fortalecer las capacidades humanas e institucionales necesarias para el diseño, el desarrollo y la impartición de formación inicial y continua a los trabajadores sanitarios; el desarrollo de las asociaciones de profesionales sanitarios; la concepción de sistemas eficaces de gestión del desempeño y recompensa; y la colaboración con las instituciones educativas y los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado y la reglamentación de las actividades de estas instituciones y proveedores. En contextos

descentralizados, estas capacidades tienen que estar disponibles al nivel administrativo pertinente.

Estados frágiles y países con emergencias crónicas

54. Además de las opciones normativas indicadas más arriba, en contextos caracterizados por la fragilidad, la inseguridad y la inestabilidad política y cuando el sistema central de gobernanza es débil, tal vez sea necesario adoptar **enfoques flexibles respecto del desarrollo de los RHS que se adecúen a la realidad específica del país, como intervenir a nivel descentralizado o a través de actores no estatales.**
55. **Aprovechar las oportunidades —cuando la disponibilidad de fondos de donantes y las posibilidades de reforma sean mayores— para reforzar rápidamente las instituciones.**⁵⁶ Para ello es necesario establecer, al inicio del proceso de recuperación, un registro del personal de salud en activo que figure en nóminas, eliminando cuando proceda a los trabajadores fantasma.⁵⁷

Responsabilidades de la Secretaría de la OMS

56. **Ofrecer a los Estados Miembros cooperación técnica y fortalecer sus capacidades para que desarrollen las competencias básicas relativas a las políticas, la planificación, la movilización de recursos, la previsión y la gestión de los RHS.** Las medidas de fortalecimiento de las capacidades también pueden potenciarse mediante la facilitación del establecimiento de un programa profesional de posgrado internacionalmente reconocido sobre las políticas y la planificación en materia de RHS, acompañado de una red internacional profesional y de orientación para respaldar la puesta en práctica de los conocimientos especializados del personal de salud.
57. **Reforzar la capacidad mundial para aplicar el programa transnacional relativo a los RHS mediante la promoción de una coordinación, armonización y responsabilización eficaces a través de la facilitación de una red de partes interesadas y actores internacionales.**

Recomendaciones a otras partes interesadas y asociados internacionales

58. **Los parlamentos y la sociedad civil deben contribuir a impulsar de forma sostenida el programa relativo a los RHS mediante mecanismos que posibiliten la rendición de cuentas por parte de las instituciones educativas y los empleadores de los sectores público y privado.**
59. **La comunidad internacional, los asociados para el desarrollo y las iniciativas sanitarias mundiales han de examinar sistemáticamente las repercusiones para el personal de salud de cualquier objetivo sanitario que se examine y adopte.** En este sentido, la Secretaría debería cooperar también con los mecanismos de los órganos deliberantes con el fin de crear las condiciones necesarias para que todas las resoluciones futuras que se presenten a la Asamblea Mundial de la Salud y a los comités regionales incluyan una evaluación de las repercusiones de las recomendaciones técnicas o normativas para el personal sanitario.⁵⁸

4. Objetivo 4: Velar por que el monitoreo y la transparencia de las medidas adoptadas en materia de RHS a nivel nacional y mundial se basen en datos, pruebas y conocimientos fiables y actualizados

- **Meta: para 2030, el 90% de los países habrán establecido mecanismos para compartir datos sobre los RHS mediante cuentas nacionales del personal de salud, y comunicarán a la Secretaría de la OMS y publicarán con carácter anual los indicadores básicos relativos a los RHS.**

60. **Para mejorar la planificación, la elaboración de políticas, la gobernanza y la rendición de cuentas a nivel nacional y mundial es indispensable disponer de mejores datos e informaciones sobre los RHS.** El vínculo de retroacción entre los datos y las políticas es una característica esencial de sistemas sanitarios resilientes, esto es, aquellos que tienen la capacidad de extraer enseñanzas de la experiencia y de adaptarse a la evolución de las necesidades. La previsión de las necesidades en materia de personal de salud, sobre la base de informaciones fiables y actualizadas, el análisis del mercado de trabajo y el estudio de las circunstancias futuras, puede facilitar el desarrollo, la aplicación, el monitoreo, la evaluación del impacto y la actualización continua de las estrategias relativas al personal de salud. Se podrán introducir muchas mejoras en este ámbito en los próximos decenios, aprovechando las oportunidades que ofrecen la innovación tecnológica, la conectividad, internet y el inicio de una era de «grandes datos» caracterizada por un aumento espectacular de los tipos y la cantidad de datos recopilados por los sistemas, los pacientes y los trabajadores sanitarios.
61. **Para alcanzar los objetivos de desarrollo posteriores a 2015 es preciso armonizar la agenda de políticas públicas relativas a la gobernanza, la rendición de cuentas y la equidad con la inteligencia estratégica respecto del mercado de trabajo sanitario nacional y mundial.** Es necesario estimular la demanda y la utilización proactiva de datos sobre el personal de salud en las políticas públicas internacionales, así como fomentar a nivel mundial la evaluación de las consecuencias de cualquier objetivo de salud pública para el personal de salud; de esta forma se estimulará la demanda y el análisis de datos sobre el personal de salud, especialmente respecto de las iniciativas sanitarias mundiales y los programas relativos a las metas sanitarias relacionadas con los objetivos de desarrollo sostenible y la cobertura sanitaria universal. Con la mejora de la arquitectura y la interoperabilidad de la información relativa a los RHS se pueden generar indicadores básicos para respaldar estos procesos. Los datos recopilados deberían darnos un panorama completo de las características del personal de salud (tanto del sector público como del privado), de las modalidades de remuneración (independientemente de la fuente de la remuneración, no solo la nómina de pagos del sector público), de las competencias de los trabajadores (incluidas las funciones de los diferentes trabajadores sanitarios, según las categorías a las que pertenecen y el nivel de la atención que dispensan), del desempeño (gracias a la recopilación sistemática de datos sobre productividad y calidad asistencial), de las ausencias y el absentismo y sus causas fundamentales, y de la dinámica de la movilidad laboral (medio rural en contraposición al medio urbano, sector público en contraposición al sector privado, movilidad internacional).⁵⁹

62. **Esta estrategia incluye un marco de rendición de cuentas para evaluar los progresos realizados en la aplicación de sus recomendaciones.** A nivel de los países, las opciones normativas identificadas como más relevantes para cada uno de los Estados Miembros deberían integrarse en estrategias y planes nacionales de salud y desarrollo. En las políticas, estrategias y marcos de desarrollo nacionales se deberían incluir metas e indicadores específicos para los RHS, y los mecanismos multisectoriales y de múltiples instancias se deberían reforzar para tener en cuenta las principales intervenciones en materia de RHS y los aspectos relativos a la rendición de cuentas, desde las aportaciones hasta el impacto. Los procesos y mecanismos existentes para examinar el sector de la salud a nivel nacional deberían incluir una evaluación periódica de los progresos realizados en la promoción del programa relativo al personal de salud en el contexto nacional. A nivel mundial, la rendición de cuentas incluirá la aplicación progresiva de las cuentas nacionales del personal de salud, así como la presentación por los países de informes anuales sobre los indicadores básicos relativos a los RHS y sobre los progresos realizados hacia el logro de las metas establecidas con respecto a los cuatro objetivos de esta estrategia. Esta mejora progresiva en los datos relativos a los RHS permitirá racionalizar las modalidades de presentación de informes por los Estados Miembros y vincular de forma eficaz el monitoreo de la estrategia con el monitoreo del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y otras resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud en la materia y documentos estratégicos y resoluciones adoptados a nivel regional. El monitoreo mundial también se vinculará y se sincronizará con el marco de rendición de cuentas relativo a los nuevos objetivos de desarrollo sostenible.

Opciones normativas para los Estados Miembros de la OMS

Todos los países

63. **Invertir en la capacidad de análisis de los datos relativos a los RHS y los sistemas de salud sobre la base de las políticas y directrices en materia de normalización e interoperabilidad de los datos relativos a los RHS, como el conjunto mínimo de datos de la OMS, con el fin de establecer y poner en marcha las cuentas nacionales del personal de salud.**⁶⁰ Se debería ampliar progresivamente el conjunto mínimo de datos para establecer una serie completa de indicadores clave del desempeño relativos a las reservas, la distribución, los flujos, la demanda, la capacidad de suministro y la remuneración de los trabajadores sanitarios, tanto del sector público como del privado, como condición previa para la comprensión de los mercados de trabajo en el ámbito sanitario y la concepción de soluciones normativas eficaces. Los observatorios nacionales o regionales del personal pueden constituir un mecanismo útil para aplicar esta iniciativa. Se puede aumentar la eficiencia aprovechando los avances tecnológicos, la conectividad e internet, así como la aparición de nuevos enfoques relativos a la concepción de sistemas de reunión, recopilación y utilización de datos sobre los RHS.⁶¹
64. **Establecer incentivos y políticas relativas a la recopilación, la notificación y el análisis de los datos sobre el personal de salud para promover la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso público a los distintos niveles de la adopción de decisiones.** En particular, los países deberían facilitar la recopilación y la notificación de los datos sobre el personal de salud a nivel

nacional y subnacional mediante la presentación de un informe anual normalizado al Observatorio Mundial de la Salud de la OMS. Todos los datos relativos al personal de salud (siempre que se respete su confidencialidad) deberían tratarse como un bien público mundial que se debe compartir en el ámbito público en beneficio de los diferentes sectores de la administración pública, las asociaciones de profesionales sanitarios y los asociados en pro del desarrollo.

65. **Integrar en las estrategias nacionales sobre la salud o los RHS las opciones normativas pertinentes incluidas en esta estrategia, así como los correspondientes requisitos en materia de monitoreo y rendición de cuentas.** La rendición de cuentas respecto de los RHS a nivel nacional debería ir acompañada de mecanismos de rendición de cuentas a nivel local para que las comunidades y los usuarios de los servicios puedan hacer oír su voz y tengan la capacidad de actuar. De esta forma se crearán vínculos de retroacción que mejorarán la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. De igual modo, a nivel mundial los países deberían solicitar a la Oficina del Secretario General de las Naciones Unidas que vele por que el marco de rendición de cuentas respecto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluya metas o indicadores relativos al personal de salud.

Países de ingresos altos

66. **Adoptar enfoques basados en «grandes datos» para tener una idea más precisa del personal de salud**, en particular del número de efectivos, de sus características y de su desempeño, con el fin de colmar las lagunas y detectar las oportunidades de fortalecimiento del personal de salud.

Países de ingresos bajos y medianos

67. **Reforzar los sistemas de información sobre los RHS y constituir el capital humano necesario para hacerlos operativos** en consonancia con los sistemas más amplios de información sobre la gestión sanitaria a todos los niveles, así como la capacidad para usar los datos eficazmente con miras a dialogar con los encargados de la formulación de políticas.
68. **Aprovechar las oportunidades para acelerar los progresos aplicando las TIC** a la recopilación y el almacenaje de los datos relativos a los RHS y evitando la infraestructura intensiva en capital necesaria en el pasado.

Estados frágiles y países con emergencias crónicas

69. Además de las opciones normativas indicadas más arriba, en contextos caracterizados por la fragilidad, la inseguridad y la inestabilidad política existe una necesidad adicional específica de **profesionalizar el desarrollo de los sistemas de información sobre los RHS a través de medidas específicas de fortalecimiento de la capacidad** y el establecimiento o refuerzo de las instituciones pertinentes a nivel nacional.⁶²

Responsabilidades de la Secretaría de la OMS

70. **Elaborar instrumentos, directrices y bases de datos relativos a los RHS, examinar su utilidad y mantenerlos actualizados.**

71. **Facilitar el establecimiento progresivo de las cuentas nacionales del personal sanitario** y de un sistema de notificación digital para que los países presenten cada año un informe sobre un conjunto mínimo de indicadores básicos relativos a los RHS, en particular informaciones sobre la producción, la contratación, la disponibilidad, la composición, la distribución, la presupuestación y los flujos migratorios del personal de salud.⁶³
72. **Racionalizar las modalidades de presentación de informes por los Estados Miembros**, integrando en los informes anuales sobre los RHS el monitoreo de la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los RHS, así como los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia mundial de RHS. Adaptar, incorporar y asociar el monitoreo de las metas de la Estrategia mundial de RHS al nuevo marco de rendición de cuentas relativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Recomendaciones a otras partes interesadas y asociados internacionales

73. **La Oficina Internacional del Trabajo debe revisar la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)** con el fin de establecer una clasificación y descripción más claras de los trabajadores de la salud y las profesiones sanitarias,⁶⁴ optando por definiciones que reflejen las competencias de los trabajadores además de las tareas que realizan.
74. **Las instituciones académicas y de investigación deben aprovechar el refuerzo de los datos y las mediciones relativos a los RHS para evaluar el impacto de las intervenciones relacionadas con el personal sanitario y estudiar la costoeficacia y rentabilidad de las inversiones en dichas intervenciones.**⁶⁵

Anexo 1: Requisitos relativos al personal sanitario con miras a la aplicación de la Estrategia mundial de RHS, y costos conexos

El anexo 1 estará disponible en julio de 2015, una vez que se haya finalizado el análisis.

Anexo 2: Lista anotada de los principales instrumentos y directrices para la evaluación, la planificación, la previsión, la formación, la gestión y la movilización de los RHS

El anexo 2 se finalizará en julio de 2015 e incluirá un resumen de las directrices y las recomendaciones basadas en datos.

Referencias

- ¹ GHWA-WHO 2015. Health Workforce 2030 – Towards a global strategy on human resources for health (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/, consultado el 5 de junio de 2015)
- ² Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
- ³ International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>, accessed 13 February 2015).
- ⁴ The world health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/whr/2007/en/>, accessed 13 February 2015).
- ⁵ Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):853–63.
- ⁶ 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(9949):1215–25.
- ⁷ Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
- ⁸ De Luca MA, Soucat A. Transforming the global health workforce. New York: New York University; 2013.
- ⁹ Cometto G, Boerma T, Campbell J, et al. The third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage. Lancet Global Health. 2013;(6):e324–5.
- ¹⁰ The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. New York: United Nations; 2014 (http://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf, accessed 13 February 2015).
- ¹¹ 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. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015)
- ¹² Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(11):808–15.
- ¹³ Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet. 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
- ¹⁴ WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, accessed 5 June 2015
- ¹⁵ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
- ¹⁶ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHA63.16. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf, accessed 13 February 2015)
- ¹⁷ United Nations 2015. Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health- Zero draft for consultation http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy_zero-draft.pdf Accessed 5 June 2015
- ¹⁸ WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, accessed 5 June 2015

-
- ¹⁹ Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf, accessed 14 February 2015).
- ²⁰ Family Planning 2020 (<http://www.familyplanning2020.org/>, accessed 14 February 2015).
- ²¹ 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf, accessed 14 February 2015).
- ²² UNAIDS 2015. UNAIDS 2016-2021 Strategy – draft-
http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20150301_strategy_consultation/timeline accessed 5 June 2015
- ²³ Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
- ²⁴ The world health report 2010 – health system financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 15 February 2015).
- ²⁵ Dominican Republic's health sector reinvests savings from ghost workers to improve care. Intrahealth International; 2010 (<http://www.intrahealth.org/page/dominican-republics-health-sector-reinvests-savings-from-ghost-workers-to-improve-care>, accessed 15 February 2015).
- ²⁶ 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(9756):1923–58.
- ²⁷ Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):834–40.
- ²⁸ Information technology (IT) in the new global strategy on human resources for health. Input to GHWA public consultation process from participants at the GETHealth Summit, Dublin Castle, Ireland, 14 November 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1, accessed 15 February 2015).
- ²⁹ Bollinger R, Chang L, Jafari R, et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):890–2.
- ³⁰ Lewin S, Munabi-Babigumira 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. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3.
- ³¹ Lassi Z, Cometto G, Huicho L, et al. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):824–331.
- ³² McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:244–53B
- ³³ Tulenko K et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:847-852
- ³⁴ GHWA and WHO, 2013. Mogedal S, Wynd S, Afzal M. A framework for partners' harmonised support Community Health Workers and Universal Health Coverage.
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/frame_partner_support/en/ Accessed 5 June 2015
- ³⁵ xxx
- ³⁶ Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013
(<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015)
- ³⁷ Improving health worker performance. Published for the U.S. Agency for International Development by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC; 2014
(https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf, accessed 15 February 2015).

-
- ³⁸ Tankwanchi A, Ozden C, Vermund S. Physician emigration from sub-Saharan Africa to the United States: analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. *PLoS Medicine*. 10(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1001513
- ³⁹ Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):808–15
- ⁴⁰ ILO comments on draft papers of TWGs 1, 3, 7 & 8. Submission to the public consultation process on the global strategy on human resources for health. Geneva: International Labour Office; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/GHWA-consultation_ILO-comments.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015)
- ⁴¹ Arcand, JL, Araujo EC, Menkulasic G, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington (DC): World Bank; forthcoming.
- ⁴² ILO, 1978. C151: Labour Relations (Public Service) Convention, 1978 (No. 151). Convention Concerning Protection of the Right to Organise and Procedures for Determining Conditions of Employment in the Public Service. Geneva: International Labour Office; 1978 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312296, accessed 14 February 2015).
- ⁴³ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
- ⁴⁴ Prissades et al.
- ⁴⁵ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
- ⁴⁶ Leadership and governance for enhanced HRH contributions to health systems strengthening: insights, imperatives, investments. Technical Working Group 5 for the global strategy on human resources for health; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG5_LeadershipandGovernance.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).
- ⁴⁷ The ILO Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Office; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang--en/index.htm, accessed 14 February 2015).
- ⁴⁸ Vujicic M, Weber S, Nikolic I, et al. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2012;27(8):649–57.
- ⁴⁹ 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 and Planning*. 2014;29(8):986–97.
- ⁵⁰ Gostin L. Ebola: towards an international health systems fund. *Lancet*. 2014;384(9951):e49–51.
- ⁵¹ Campbell J, Jones I and Whymys D. More money for health, more health for the money: A health workforce perspective.
- ⁵² Sales M, Kiény MP, Krech R, Etienne C. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):798–798A.
- ⁵³ Padilha A, Kasonde J, Mukti G, Crisp N, Takemi K, Buch E. Human resources for universal health coverage: leadership needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):800–800A.
- ⁵⁴ Nurse J. What are the health workforce and service implications of the Global Framework for Public Health? Discussion paper, 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/RefA_PublicHealthpaper.pdf?ua=1, accessed 20 January 2015).
- ⁵⁵ Kingue S, Roskam E, Bela AC, Adjidja A, Codjia L. Strengthening human resources for health through multisectoral approaches and leadership: the case of Cameroon. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):864–7.
- ⁵⁶ Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*. 2011;35(4):661–79.
- ⁵⁷ Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014

⁵⁸ Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft)
(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

⁵⁹ Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft)
(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

⁶⁰ WHO, 2015. Minimum Data Set for Health Workforce Registry - Human Resources for Health Information System. http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set/en/ accessed 5 June 2015

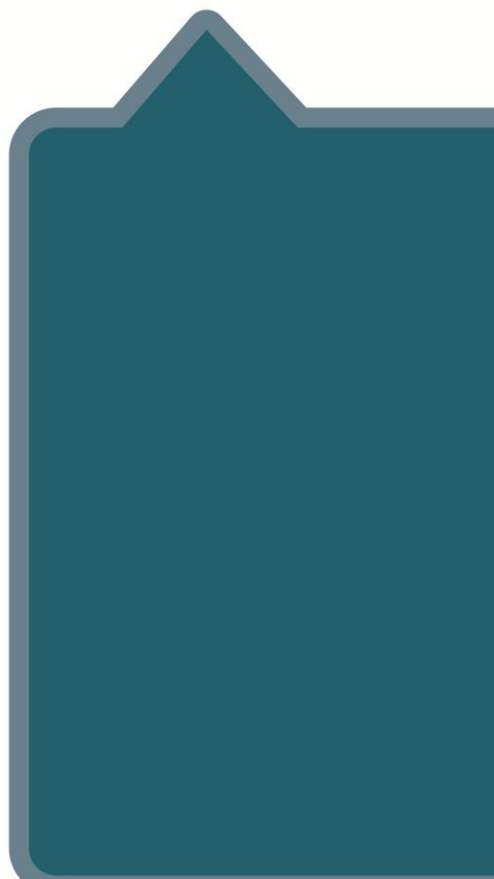
⁶¹ Horizon 2035: health and care workforce futures – progress update. Centre for Workforce Intelligence; 2014
(http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfwi.org.uk%2Fpublications%2Fhorizon-2035-progress-update-july-2014%2Fattachment.pdf&ei=I4g-VKHdL4WY7gaMqIGQBQ&usq=AFOjCNGMO_VTEr6ybQrh-k5oyQGdLdeNKO&bvm=bv.83829542,d.ZGU, accessed 14 February 2015).

⁶² Re-energizing the HRH agenda for a post-2015 world: responding to the needs of fragile States. Technical Working Group 6 for the global strategy on human resources for health; 2014

⁶³ Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. Technical Working Group 3 for the global strategy on human resources for health; 2014 (draft)
(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

⁶⁴ Technical Working Group consultation papers 1 to 8: Submission to the public consultation process on the global strategy on HRH. International Confederation of Nurses; 2014
(<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/6ICN.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).

⁶⁵ Foster AA. Recommendations for HRH global strategy papers: November 2014. Intrahealth International submission to the public consultation process on the global strategy on HRH, 2014
(<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/8IntraHealthInternational.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).



CONTACT

HEALTH WORKFORCE DEPARTMENT
WORLD HEALTH ORGANIZATION
AVENUE APPIA 20
1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

workforce2030@who.int
www.who.int/hrh