



Excelencia del personal en la gerencia de la cadena de abastecimiento de insumos médicos:

Revisión de documentos



Agradecimientos

Este informe ha contado con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Bioforce y del Plan de Emergencia del Presidente Estadounidense para Ayuda con el SIDA (PEPEAS) al Sistema de Gerencia de la Cadena de Abastecimiento (SGCA). El autor desea agradecer a las numerosas personas que han contribuido a esta actividad y reconocer la participación del Institut Bioforce Développement, USAID, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Coalición de Insumos para la Salud Reproductiva (CISR) y SGCA en la preparación de este documento.

Las opiniones expresadas en el mismo son las del autor o autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional o del gobierno de los Estados Unidos.

Principales Colaboradores:

- Véronique Brossette, Literature Review Author – Project Manager
Institut Bioforce Développement
v.brossette@wanadoo.fr
- Benoît Silve, General Director
direction@bioforce.asso.fr
- Alain Grall, Consultancy, Training & Logistics
a.grall@bioforce.asso.fr
- Kimberly Bardy, Supply Chain Advisor
U.S. Agency for International Development
kbardy@usaid.gov
- Kevin Pilz, Senior Commodity Security and Logistics Adviser
kpilz@usaid.gov
- Modibo Dicko, Technical Officer EPI, Project Optimize Coordinator
World Health Organization
dickomo@who.int
- Lilia Gerberg, Technical Advisor
USAID | DELIVER PROJECT
lilia_gerberg@jsi.com
- Clinton Health Access Initiative (CHAI)

People That Deliver

La Iniciativa *People That Deliver* es una coalición de países y actores principales en el área de la salud a nivel mundial y tiene como finalidad principal la de mejorar las condiciones de la salud creando excelencia sostenible en el personal de campo que trabaja en la gerencia de la cadena de abastecimientos y para superar los desafíos de insumos médicos

Resumen

El objetivo de esta revisión es analizar documentación publicada referente a la capacidad de los trabajadores para gestionar la cadena de abastecimiento (GCA) en los países en vías de desarrollo, con el fin de proporcionar una visión general sobre los desfases de información y las necesidades para lograr la excelencia del personal de GCA. El objetivo primordial de este documento es proporcionar una base inicial de evidencia para informar a los representantes sobre la necesidad de la excelencia del personal de GCA. Las conclusiones

de esta revisión servirán como base para la investigación, incluidos los estudios a nivel de países y las encuestas regionales.

Foto de la portada: Esta foto se tomó en un centro médico en la República Democrática del Congo en 2010. Los profesionales de la salud participan en una sesión de capacitación, la cual incluye temas de gerencia de la cadena de abastecimiento tales como la solicitud de medicamentos esenciales, almacenamiento y distribución a los clientes/usuarios/as. Fotógrafa: Véronique Brossette

Abreviaturas

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TRA	Terapia anti-retroviral
CDC	Centros de Control y Prevención de Enfermedades
PS	Planificador de suministros
DPC	Desarrollo Profesional Continuado
CPGCA	Consejo de Profesionales de Gerencia de la Cadena de Abastecimiento
PAD	Programa de Aprendizaje a Distancia
CEE	Completamiento del Equipo de Entrega
LFE	Lista de Fármacos Esenciales
IMS	Iniciativa Mundial de Salud
DCH	Desarrollo de la Capacidad Humana
CM	Centro Médico
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
RR.HH.	Recursos Humanos
CRH	Capacidad de Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos para la Salud
GRH	Gerencia de Recursos Humanos
FSM	Fortalecimiento del Sistema Médico
CES	Capacitación En Servicio
ECL	Evaluaciones de Capacidad Logística
PIBM	Países de Ingreso Bajo y Medio
UGL	Unidad de Gerencia Logística
ONG	Organización No Gubernamental
EON	Estándares Ocupacionales Nacionales
CET	Capacitación en el Trabajo
DPE	Departamento para Pacientes Externos
IAP	Investigación en Acción Participatoria
CD	Contrato por Desempeño
PEPEAS	Plan de Emergencia del Presidente Estadounidense para Ayuda con el SIDA
AMP	Atención Médica Primaria
RCSP	Red de Capacitación sobre Salud Pública
PIP	Países de las Islas del Pacífico
PTMH	Prevención de Transmisión de Madre a Hijo
CPS	Capacitación Preservicio
CISR	Coalición de Insumos para la Salud Reproductiva
CRRC	Centro Regional de Referencia de Capacitación
GCA	Gerencia de la Cadena de Abastecimiento
TSS	Trabajadores de Salud Sustitutos
CC	Capacitación de Capacitadores
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud

Índice

I. Introducción	1
Generalidades.....	1
Metodología	
II. Capacidad actual	2
III. Enfoques.....	3
Capacitación	3
Capacitación preservicio.....	4
Capacitación a distancia.....	4
Cambio de tareas.....	5
Contratación de funciones de GCA	6
Medida de la asequibilidad.....	6
Creación de unidades de gerencia logística dedicadas (LMU)	7
Incentivos para el aumento de la retención de personal de GCA	7
Supervisión y gerencia.....	7
Escalas de carrera.....	8
Asociaciones profesionales.....	8
Certificaciones o calificaciones de GCA relevantes a los sistemas médicos en los países en vías de desarrollo.....	8
Políticas y habilitación del entorno requerido para profesionalizar la GCA	9
IV. Impacto.....	9
V. Recursos	9
VI. Conclusión.....	11

I. Introducción

Generalidades

El Informe sobre la Salud Mundial de 2006 estima que 57 naciones en todo el mundo están atravesando una crisis de recursos humanos en el sector de la salud (RHS). Dicha crisis es más notable en el África Subsahariana, donde una combinación de factores están dificultando la existencia de RHS, tales como el éxodo de los profesionales capacitados, la pérdida de trabajadores médicos debido al VIH/SIDA, el mayor número de programas médicos especializados y la expansión de servicios de la salud al nivel comunitario (OMS 2006b).

La falta de personal tiene implicaciones serias para la salud pública. Si bien está claro que es vital contar con personal profesional, hay poca información disponible sobre cómo reclutar, capacitar, retener, monitorear y supervisar más efectivamente a estos trabajadores en países en vía de desarrollo. En varios de estos países, las políticas nacionales sobre recursos humanos son débiles y la inversión en capacitación, despliegue y desarrollo continuo no es adecuada.

Es esencial contar con trabajadores del sector de la salud competentes y debidamente capacitados para poder brindar servicios de salud y una gerencia eficaz de la cadena de abastecimiento (GCA) es esencial para garantizar que haya productos disponibles en los puntos de servicio. En los países en vía de desarrollo, una cantidad significativa de recursos se mueve a través de las cadenas de abastecimiento. Se estima que más de \$10.000 millones en productos médicos son financiados por donantes para países de ingreso bajo y medio (PIBM) con carácter anual para 2011 (MIT-Zaragoza 2008). Es por esto que debe existir visibilidad, asignación de responsabilidades y capacidad en todas las etapas de la cadena de provisionamiento. Considerando la cantidad sustancial de recursos en cuestión, las estrategias y el personal deben estar bien asignados y preparados para el manejo adecuado de estos productos médicos. Se han realizado iniciativas para fortalecer las cadenas de abastecimiento del sector de la salud, como por ejemplo, el desarrollo de pautas y la capacitación en gerencia logística. Sin embargo, los estudios realizados sobre PIBM sugieren que no es suficiente con simplemente diseminar pautas. La supervisión continua y las recomendaciones son importantes para lograr resultados sostenidos. Además, las intervenciones en varios ámbitos tienden a mostrar mayor eficacia que las individuales.

Las siguientes definiciones empleadas como referencia para esta revisión, fueron elaboradas para una guía de evaluación de la capacidad de recursos humanos en la GCA de la salud pública (Hasselberg 2010):

Excelencia del personal en la gerencia de la cadena de abastecimiento: hace referencia a una serie de actividades con el propósito de aumentar la capacidad de los sistemas de salud nacionales para desarrollar, reclutar y retener sosteniblemente a trabajadores del sector de la salud que posean las calificaciones, competencias y recursos requeridos para una gerencia eficaz de las cadenas de abastecimiento de insumos médicos, así como para superar los desafíos existentes y emergentes en el sector de suministros médicos.

Gerente de la cadena de abastecimiento de salud pública: es la persona responsable de supervisar actividades y funciones específicas de la cadena de abastecimiento en el país que garantizan la disponibilidad de insumos sanitarios en los centros de servicio, incluida la compra, la liberación de los productos a nivel de las aduanas, la garantía de calidad, el almacenamiento, la distribución, la gerencia de información de logística y el monitoreo y evaluación logísticos.

Metodología:

Este documento presenta los resultados de la revisión del material publicado con relación a la excelencia del personal en la gerencia de la cadena de abastecimiento en países en vía de desarrollo. Fue realizado por medio de revisión de artículos en línea y de material escrito de artículos publicados en los últimos seis años. Se solicitaron documentos a organizaciones clave a través de listservs y correspondencia directa. Los términos de búsqueda en línea fueron: gerencia de la cadena de abastecimiento en países en vías de desarrollo, profesionalización, sistemas de logística, recursos humanos, personal médico, retención de recursos humanos, división de tareas, cambio de tareas, personal clínico que no es médico, trabajador sustituto del sector médico, trabajadores comunitarios, equipos de atención médica a nivel primario cuadros y personal de enfermería. Los estudios seleccionados se centraron en los proveedores de atención médica del sector público en países en vías de desarrollo, aunque también se examinaron algunos estudios del sector privado y de países de ingreso medio y alto. Lamentablemente, aún no existe una cantidad variada de información sobre este tema y, es por esto que una de las conclusiones de este artículo es que la capacidad de recursos humanos para la gerencia de la cadena de abastecimiento continúa siendo un tanto invisible.

La estructura de la revisión de los documentos se centra en áreas identificadas por la iniciativa “Promoción de la Excelencia de Personal Sostenible en la Gerencia de la Cadena de Abastecimiento de Insumos Médicos” como temas clave para investigación a nivel mundial, regional y/o nacional. Por ello, los temas en esta revisión son:

- La capacidad de HRH actual para la gerencia de la cadena de abastecimiento a nivel de Ministerios de Salud y otras instituciones de salud públicas de los países en vía de desarrollo;
- Enfoques innovadores y eficaces para profesionalizar la gerencia de la cadena de abastecimiento;
- Impacto del fortalecimiento de la capacidad de HRH en la mejora de la cadena de abastecimiento y los resultados en la salud; y
- Catálogo de recursos existentes que podrían respaldar el fortalecimiento de la cadena de recursos humanos para la salud.

II. Capacidad actual

Síntesis y análisis de la documentación existente sobre la capacidad actual de recursos humanos para la salud para la gerencia de la cadena de abastecimiento en Ministerios de Salud y otras instituciones de salud pública.

A medida que los gobiernos mejoran sus programas de salud pública, reconocen la necesidad de fortalecer las cadenas de abastecimiento. Por ello, la demanda de asistencia técnica, capacitación e investigación en el campo de la gerencia médica está aumentando. Una revisión de la capacidad actual de GCA reveló puntos débiles en las aptitudes requeridas para cuantificar las necesidades de productos médicos; solicitar, recibir y almacenar los productos correctamente y registrar los inventarios con precisión.

Cuando falta personal dedicado con experiencia en logística o competencia en GCA, frecuentemente las funciones de logística son realizadas por personal clínico, farmacéuticos o conductores. Frecuentemente, los médicos y enfermeras tienden a ser responsables de muchas tareas no clínicas; emplean cantidades significativas de tiempo en actividades logísticas, reduciendo el tiempo que tienen para dedicar a sus pacientes. En general, en las estructuras públicas descentralizadas, el personal tiende a no poseer cualificaciones específicas en logística y dedicar una cantidad limitada de tiempo a GCA (Dicko 2010).

Además, no existe un programa profesional formal para personal de logística, y es por esto, que no existe ningún incentivo para que el personal asista a capacitación en logística específicamente. Por lo general, el personal de instalaciones existente acaba por hacerse cargo de responsabilidades adicionales sin tener una capacitación especializada en las mismas.

Según una iniciativa OMS/AFRO coordinada por Bioforce, el marco de trabajo de competencia de un empleado de logística médica debe incluir: (Silve 2009b):

1. Planear actividades logísticas de estructuras y programas médicos.
2. Administrar y coordinar logística de programas y estructuras médicas.
3. Manejar la cadena de abastecimiento.
4. Coordinar el uso y mantenimiento de equipo médico y técnico.
5. Coordinar el mantenimiento de instalaciones y vivienda.
6. Garantizar un apoyo logístico eficaz de emergencias de salud y operaciones humanitarias.
7. Fomentar la colaboración intersectorial y la participación comunitaria.

Cada vez más, los sistemas de la salud están dependiendo de “trabajadores de salud sustitutos” (TSS), los cuales son “directivos médicos que han recibido poca capacitación y requieren menores cualificaciones educativas iniciales, a quienes se les encargan funciones y tareas que normalmente serían realizadas por profesionales médicos más establecidos y con más cualificaciones”. Los TSS se hacen cargo de funciones normalmente desempeñadas por profesionales médicos de reconocimiento internacional tales como médicos, personal de enfermería y farmacéuticos (Doylo 2004).

Ahora bien, existen algunas herramientas que pueden ayudar a las naciones a determinar perfiles de individuos que realizan GCA a nivel de la salud pública. Por ejemplo, puede utilizarse la *Capacidad de recursos humanos en la gerencia de la*

cadena de abastecimiento de salud pública—Guía de evaluación para identificar qué personal está involucrado en GCA y qué función desempeña (ej.: compra, almacenamiento) (Hasselberg 2010).

Los estándares ocupacionales nacionales para la gerencia de la cadena de abastecimiento dividen las tareas de GCA en tres categorías o niveles principales: técnico (principiantes en la cadena de abastecimiento), gerencia (gerentes o especialistas en la cadena de abastecimiento) y estratégico (gerentes superiores). Estos estándares pueden ser utilizados tanto por empleados como por empleadores: los empleados pueden mejorar sus productividad por medio de la autoevaluación, el desarrollo profesional y el desarrollo de sus carreras, mientras que los empleadores pueden consultar los estándares cuando desarrollen planes de negocio y de contratación de personal, creen currículos de capacitación y desarrollen parámetros (Instituto Regulado de Compras e Insumos).

III. Enfoques

Síntesis y análisis de la documentación de enfoques para la profesionalización de la gerencia de la cadena de abastecimiento y su impacto.

Los enfoques para la profesionalización de la gerencia de la cadena de abastecimiento encontrados en la revisión de material escrito incluyen: la capacitación (incluido el aprendizaje preservicio y a distancia), el cambio de tareas, la contratación, la realización de estudios de costos, el establecimiento de unidades de gerencia logística (UGL), el desarrollo de incentivos, la creación de acreditación y la política de refuerzo.

Capacitación

Por lo general, no existen suficientes cursos de calidad que traten específicamente sobre la logística del sector médico. Frecuentemente, estos materiales no están estandarizados, no se basan en principios del aprendizaje para adultos y no siguen una metodología basada en competencias. Los materiales genéricos pueden no estar adaptados a la realidad local. Además, a algunos cursos les falta un carácter práctico y visitas para solidificar nuevas aptitudes y conectar la teoría con la práctica son indispensables. Muchas actividades de capacitación no están conectadas con funciones laborales reales, procedimientos de operación estándar o descripciones de puestos de trabajo. Cuando se puede dar la capacitación, con frecuencia está dificultada por la gran cantidad de estudiantes en los cursos.

Un estudio identificó 150 cursos centrados en logística y gerentes de bienes consumibles, muchos de los cuales son administrados por universidades en los Estados Unidos. Los factores tales como el costo, los requisitos de tiempo, el idioma y los prerrequisitos del curso impiden el acceso del personal de países en vía de desarrollo. Los cursos especializados, como por ejemplo, la compra, son más comunes que los cursos sobre otros temas, tales como los sistemas de información de gerencia logística (Roche 2010). Un estudio de seguimiento, actualmente en progreso, identificó 45 cursos adicionales, algunos de los cuales se ofrecen en francés, español y portugués.

El currículum de capacitación debería tener en cuenta dos “perfiles” de gerentes de la cadena de abastecimiento: el que “debe poseer un entendimiento amplio y generalizado de cómo funciona una cadena de abastecimiento para guiar las funciones del sistema y las mejoras con eficacia”, y el que “debe trabajar en áreas técnicas específicas o ambientes que requieren un conocimiento en profundidad” (CISR 2009). La capacitación debe incluir temas relevantes a las funciones realizadas por el personal, tales como la planeación financiera, el transporte y la distribución, la gerencia de almacenamiento. La experiencia en la recolección y manejo de datos, tanto para servicios de rutina como para la planeación y gerencia de emergencias de salud pública, es importante. Debe actualizarse periódicamente la capacitación para equipar adecuadamente al personal a fin de responder a nuevos desafíos.

El plan de estudios para la capacitación en gerencia logística todavía no está estandarizado, si bien tiende a incluir la recolección de datos y la gestión de la información (incluido el uso básico de Word y Excel), la cuantificación, el almacenamiento, el transporte, la distribución y el mantenimiento del equipo.

En los cursos existentes, hay diversos enfoques, siendo el más común la capacitación preservicio, capacitación en el trabajo, aprendizaje en grupo, estudio autodirigido, aprendizaje experimental y aprendizaje a distancia. Entre las estrategias de capacitación que parecen tener el mayor impacto se encuentran el uso de múltiples modalidades de capacitación (como conferencias, solución de problemas en grupos, actuación de papeles y aplicación de aptitudes prácticas), mantener sesiones repetidas, proporcionar capacitación in situ y utilizar líderes de opinión o personal a nivel de distrito como instructores.

Las estrategias que promueven la actualización de colegas y el compromiso en grupo para pautas de tratamiento estándar y definición de protocolos parecen tener un impacto. Además, la supervisión o el monitoreo del desempeño

(utilizando indicadores o simples protocolos en combinación con auditoría y comentarios), han demostrado ser eficaces a la hora de mejorar prácticas específicas (Laing 2001).

En cuanto al desarrollo de un conjunto de “principios guía” que debería considerarse al crear materiales de capacitación, los investigadores analizaron un estudio realizado en naciones isleñas del Pacífico (PIP) durante el cual se refinaron los principios por medio de grupos focales que incluían a practicantes locales, organizaciones internacionales y académicos de la región. El estudio exploró cómo aplicar la comprensión cultural y formas locales de aprendizaje al desarrollo de competencias farmacéuticas. Históricamente, la capacitación de técnicos de farmacia en los PIP había estado fragmentada y se basaba en tradiciones occidentales, sin involucrar formalmente a las universidades locales. Se aplicó un enfoque basado en la cultura del aprendizaje para crear enfoques sostenibles en el desarrollo de competencias de técnicos de farmacia a la hora de gestionar los insumos sanitarios esenciales. Esta investigación proporcionó una mejor comprensión de los directivos involucrados en la gerencia esencial de los insumos sanitarios en las PIC y de las competencias requeridas por ellos. Además, demostró que un enfoque interactivo y basado en la cultura de la capacitación es aceptado por trabajadores de atención médica a nivel primario (Brown 2010a).

La Investigación de Acción Participatoria de la Universidad de Canberra (IAP) está desarrollando un marco de trabajo en el que se involucra a los trabajadores médicos a mejorar los métodos de capacitación que los prepararán para la gerencia de insumos sanitarios. La IAP está explorando tres enfoques diferentes del desarrollo de competencias:

- Un taller de cinco días, basado en aptitudes, con seguimiento en el trabajo para personal de enfermería, trabajadores de atención médica primaria y ayudantes de enfermeras que trabajan en el nivel de atención médica primaria (Nivel 1).
- Un certificado de 10 meses en el trabajo usando una combinación de sesiones a distancia e intensivas con seguimiento en el trabajo para trabajadores de atención médica en insumos sanitarios a nivel provincial (Nivel 2).
- Un taller breve e intensivo con programas de mentores en el lugar de trabajo y seguimiento para farmacéuticos y gerentes de almacenes a nivel nacional (Nivel 3).

El enfoque en el desarrollo de competencias prácticas dio como resultado un rango de trabajadores de atención médica en diferentes países capaces de lograr proficiencia y aplicar inmediatamente sus nuevas aptitudes en el lugar de trabajo. Las observaciones preliminares muestran que una gama de trabajadores de la atención médica están respondiendo bien a este enfoque. Los investigadores han determinado que la participación de practicantes locales, organizaciones internacionales y académicos es una forma constructiva de fomentar las necesidades y mejores prácticas en la educación sobre insumos sanitarios (Brown 2010b).

Capacitación preservicio

La Red de Capacitación Mundial de la OMS y otros enfoques de capacitación basados en la competencia analizan la capacitación como un continuo compuesto de periodos de capacitación preservicio y en servicio. Este enfoque proporciona evidencia de lo que funciona y por qué. Para respaldar el establecimiento de capacitación preservicio (CPS), un país necesitará realizar un cambio de mentalidad; este cambio cultural se producirá cuando un país comprenda la importancia de la GCA para lograr los objetivos de salud generales.

Un mecanismo para apoyar la CPS es establecer una red de Centros Regionales de Referencia de Capacitación (CRRC) — con un organismo coordinador central y ubicaciones en subregiones — que reúne a universidades, centros de capacitación y organizaciones de investigación. El CRRC puede designar a una CPS que tenga en cuenta la diversidad de necesidades de capacitación y el tiempo disponible para la misma. Otro mecanismo es implementar programas de capacitación a nivel universitario en países en vías de desarrollo, llevando la capacitación en logística a la educación superior en lugar de capacitar al personal de enfermería y farmacia según sea necesario. El proyecto USAID | PROYECTO DELIVER cuenta con programas CPS en Ruanda, Malawi, Zambia y Etiopía (USAID | PROYECTO DELIVER 2010b). Ha publicado una guía instructiva paso a paso, completa con un ejemplo de plan de estudios y de plan de lecciones (Eombe 2010).

Capacitación a distancia

La capacitación a distancia puede ser asequible, y hay evidencia que demuestra que puede ser útil para actualizar conocimiento existente, además de enseñar nuevas aptitudes. Los centros de aprendizaje virtual pueden servir de intercambio de información — expandiendo o complementando el contenido, centrándose en crear el conocimiento y aptitudes técnicas para los profesionales de la cadena de abastecimiento del sector público — así como desarrollando y

fomentando oportunidades adicionales de aprendizaje en línea o a distancia. Debería considerarse un centro de asistencia logística u otro sistema para proporcionar asistencia técnica continuada a distancia; podría proporcionar asistencia proactiva y continuada directamente a la audiencia deseada por medio de listservs de correo electrónico, foros de sitios Web moderados, o Protocolo de voz por Internet (VoIP).

El Consejo de Profesionales de la Cadena de Abastecimiento (CPCA) ofrece Fundamentos de Gerencia de la Cadena de Abastecimiento (GCAE), un curso en línea que cubre los fundamentos de GCA, incluida la previsión, compra, transporte, gestión de inventarios y almacenamiento.¹

La USG apoya las iniciativas de aprendizaje a distancia en GCA y otras áreas. USAID desarrolló un Programa de aprendizaje a distancia (PAD) para logística médica, basado en un programa piloto en Perú. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) establecieron la Red de Capacitación sobre Salud Pública² como una red de aprendizaje a distancia con recursos y personal diseñada para llevar la capacitación e información al alumno. La red se basa en una variedad de medios — incluidos cursos y conferencias por satélite, Web, CD-ROM, video/DVD, in situ e impresos— para proporcionar la instrucción. Los estudios de evaluación demostraron que los programas proporcionados por RCSP, y el aprendizaje a distancia como medio, eran formas eficaces de actualizar y mejorar las competencias profesionales. El Centro Mundial de Recursos Humanos para la Salud (GRC),³ un servicio de *CapacityPlus*, apoya a los actores principales de recursos humanos para la salud y a las personas a cargo de tomar decisiones por medio de información esencial sobre este tema. Las “Lecciones sobre gerencia logística para bienes consumibles médicos” del proyecto de USAID | PROYECTO DELIVER contiene cinco sesiones de aprendizaje interactivo a las que se tiene acceso en línea o por CD⁴: Introducción a la logística, Sistemas de información de gerencia logística, Evaluación del estado de inventarios, Sistemas de control de inventario máximo y mínimo, y Selección de un sistema de control de inventario máximo y mínimo.

Como seguimiento del aprendizaje a distancia, la creación de redes a niveles central, regional e internacional — por ejemplo, la Asociación Internacional de Personal Logístico de Salud Pública⁵ — puede ayudar a los participantes a retener sus aptitudes y unirse a una comunidad virtual cuyos miembros pueden servir de recursos técnicos para ayudarse unos a otros.

Cambio de tareas

En los últimos años se ha fomentado el cambio de tareas como estrategia para compensar por la falta de trabajadores del sector de la salud. En general, el cambio de tareas se produce cuando “se mueven tareas específicas, si corresponde, de trabajadores médicos altamente cualificados a trabajadores médicos con menos capacitación y calificaciones para utilizar con mayor eficacia los recursos disponibles en el sector” (OMS 2006a). Si bien hay quien equipara este término a “compartir tareas”, son dos cosas diferentes. Compartir tareas es cuando los servicios que requieren pericia de personal clínico, como iniciar pacientes en TRA o PMTCT, hacen que el personal clínico existente añada dichas tareas sin abandonar las suyas ya existentes. Al contrario, el cambio de tareas en el contexto de GCA, conlleva el cambiar las responsabilidades de GCA de personal clínico o de farmacia a personal dedicado a GCA.

Una revisión reciente del material escrito determinó que el cambio de tareas puede ser una estrategia eficaz para resolver la escasez de recursos humanos para la salud en el tratamiento y atención del VIH, lo cual da como resultado atención de alta calidad y asequible para más pacientes que un modelo enfocado en médicos. Sin embargo, la revisión notó desafíos de implementación tales como la capacitación adecuada y sostenible, la asistencia y paga para el personal con nuevas funciones, la integración de nuevos miembros en los equipos de atención médica y el cumplimiento con los órganos reguladores. No obstante, la revisión tuvo como conclusión que el cambio de tareas debería considerarse para una implementación cuidadosa cuando la escasez de HRH pone en riesgo los programas en expansión (Callaghan 2010).

La OMS produjo pautas mundiales y recomendaciones para el cambio de tareas en el sector de la salud, como un modelo por el cual el personal de enfermería inicia TRA, con la supervisión y gerencia por parte de los médicos de casos complejos (OMS 2008). En Uganda, Ruanda y Malawi, los trabajadores médicos comunitarios están proporcionando asesoramiento de TRA y pruebas de VIH. Algunos investigadores sugieren que el cambio de funciones de alto nivel para personal con menos calificaciones o sin la capacitación apropiada, no solamente puede dar como resultado un mal

¹ <http://cGCAp.org/education/essentials/index.asp#/education/essentials/mod2.htm>

² <http://www2.cdc.gov/phtn/>

³ <http://www.hrhresourcecenter.org/>

⁴ <http://www.jsi.com/Independent/Deliver/LogisticsCD/htdocs/>

⁵ <http://knowledge-gateway.org/public/Default.aspx?c=ca7f45ec-3b4a-400f-a055-b19ed8771066>

desempeño, sino que también puede causar estrés para el personal sin el equipo adecuado. Por otra parte, las experiencias en Zambia y Botswana muestran que el cambio de la iniciación de ART al personal de enfermería tuvo el potencial de mejorar la cobertura de ART (Stringer 2006).

Las funciones de los farmacéuticos están evolucionando de recopiladores y dispensadores de medicamentos a expertos en medicamentos, que realizan rondas en los hospitales como parte de un equipo multidisciplinario de trabajadores médicos (MOHSW 2009). Debido a su conocimiento de los medicamentos, estos podrían recibir más capacitación para hacerse cargo de funciones tales como la gerencia clínica, diagnósticos de laboratorio y gerencia logística. De hecho, los farmacéuticos han mostrado interés, competencia y la habilidad para ser proveedores asequibles de “intervenciones de atención farmacéutica” (Anderson 2009). En Ghana, por ejemplo, el personal farmacéutico tiene un ámbito de actividad más amplio, que incluye dispensar, cuantificar y gestionar el inventario (Consejo de Farmacia/Ministerio de Salud 2009).

En cuanto al cambio de tareas de GCA en particular, algunas tareas de la cadena de abastecimiento, como el almacenamiento, transporte, paso de aduanas y distribución, deberían ser gestionadas por personal especializado en logística y no por profesionales médicos. Por otra parte, tareas tales como la recolección de datos de logística, la gerencia de los almacenes y las funciones de reporte y reabastecimiento son la responsabilidad de profesionales médicos. Algunas naciones están adoptando enfoques innovadores al cambio de tareas del personal médico. En Zimbabwe, por ejemplo, el Consejo Nacional de Planificación Familiar de Zimbabwe /Completamiento del Equipo de Entrega se basa en el sistema de inventario gestionado por vendedores usado en la industria de refrescos comerciales. Este sistema coloca la responsabilidad de realización de inventario y cálculo de cantidades de reposición en los equipos de entrega que hacen de almacén móvil, en lugar de ponerla en el personal médico en los centros, el cual ya está ocupado en otras tareas. El sistema logra una mayor disponibilidad del producto para anticonceptivos y productos de salud con los que cuenta y se está expandiendo a medicamentos esenciales (Sarley 2010). El Proyecto de Apoyo del Programa Alargado de Vacunación (PAV) trabajó con los departamentos provinciales de salud de Mozambique para desarrollar un sistema de inventario gestionado por vendedores, para vacunas y suministros relacionados, que pasa las tareas de gerencia logística de los trabajadores médicos al personal dedicado a la logística (Kane 2008). En Zambia, el Piloto Público de Medicamentos Esenciales, financiado por el Banco Mundial, el Gobierno de EE.UU. y Departamento para el Desarrollo Internacional, introdujo un planificador de suministros a nivel de distrito, responsable de coordinar los pedidos de los centros médicos y gestionar el inventario en el distrito. De los 16 distritos de intervención, cuatro dependieron de tecnólogos de farmacia existentes y 12 reclutaron y capacitaron a planificadores externos, puesto que la responsabilidad de tecnólogo de farmacia ya estaba vacante (Vledder 2010).

Contratación de funciones de GCA

Las funciones de GCA contratadas o subcontratadas a organizaciones externas o ministerios incluyen la compra, la liberación de aduanas, almacenamiento, distribución y mantenimiento de la cadena fría. Cuando se considera la contratación, es importante examinar la capacidad externa de la estructura para garantizar una gerencia efectiva, con un buen desempeño y sostenible de las actividades. La contratación podría llegar a reducir los costos del proceso pero conlleva una gerencia y supervisión cuidadosas.

Muchos tipos de servicios de salud diferentes han sido contratados por medio de contrato por desempeño (CD), incluidos los de atención médica primaria (AMP), proporcionar servicios de prevención del VIH, establecer sistemas de seguro médico, gerencia de hospitales y operación de servicios de diagnóstico. En áreas en donde los servicios gubernamentales existentes no logran resultados adecuados, puede existir la oportunidad de contratar servicios de gerencia, incluida la gerencia de la cadena de abastecimiento. La contratación con frecuencia consiste en una forma de “pago por desempeño” y se ha utilizado a veces para trabajadores médicos individuales lo que puede dar como resultado que los trabajadores médicos implementen correctamente los procedimientos y los procesos (Loevinsohn 2008).

Medida de la asequibilidad

Cuando se evalúan nuevos enfoques de la cadena de abastecimiento, tales como la contratación o el diseño del sistema, es importante determinar su asequibilidad. En Zimbabwe, un análisis de costos usó una herramienta de costos de la cadena de abastecimiento para guiar la toma de decisiones de GCA. Un factor clave en el costo de los equipos de entrega es la cantidad de tiempo que pasa el equipo de entrega en el campo. A medida que aumenta el número de productos, se requiere más tiempo para contar el inventario en las instalaciones y recoger productos para reabastecimiento. En algún momento, si el número de productos es demasiado grande, los costos de tiempo y pago del equipo son demasiado elevados. Además, puesto que el equipo de entrega opera como un almacén móvil, hay un límite

de productos que puede gestionar en un viaje. Asimismo, la gerencia del programa es otro factor importante en el costo. En general, el estudio determinó una reducción de los costos asociados con el equipo de entrega, siempre y cuando continúe gestionando un número adecuado de productos (Sarley 2010).

En Mozambique, el Proyecto de Apoyo de PAV, que lleva vacunas a unidades médicas con carácter mensual, mostró un ahorro sustancial de costos en comparación con el sistema de logística de vacunas del Ministerio de Salud (MISAU), el cual consiste en un sistema mixto que varía según el lugar y el mes. El Proyecto de Apoyo de PAV cuenta con vehículos y personal dedicados exclusivamente a logística de vacunas, e integra la supervisión de apoyo y la gerencia de información en la distribución de las vacunas. Por el contrario, el sistema MISAU no cuenta con transporte o personal dedicados exclusivamente a logística de vacunas (VillageReach 2009).

En Zambia, el Piloto Público de Medicamentos Esenciales evaluó la asequibilidad comparativa de dos modelos alternativos de cadena de abastecimiento, así como su eficacia operacional. El Modelo A continúa siendo productivo a nivel del distrito a la vez que introduce CP. El Modelo B elimina el almacenamiento intermedio de medicamentos a nivel del distrito, convirtiendo el almacén del distrito en una “plataforma de paso”, un punto de tránsito, a la vez que introduce también CP. Los resultados de la evaluación mostraron una mejora significativa en el acceso a nivel de instalaciones a medicamentos esenciales para ambos modelos, en particular en distritos en donde se implementó el Modelo B. Para el análisis de asequibilidad, las categorías de costos incluyeron los costos recurrentes (salarios, transporte, etc.) y los fijos (reclutar personal, capacitación, etc.). Si bien el Modelo B tenía un costo más elevado que el A, puede valer la pena la inversión considerando que su desempeño es superior (Vledder 2010).

Creación de unidades de gerencia logística dedicadas (LMU)

Cada vez más, los países han reconocido el valor de formar una unidad de gerencia logística (UGL), la cual consiste en una estructura de gerencia responsable de la organización, monitoreo y apoyo a todas las actividades de la cadena de abastecimiento en el sistema de logística. Por medio de un proceso de mejora continua, la UGL identifica los problemas de la cadena de abastecimiento, desarrolla intervenciones para tratar dichos problemas e implementa dichas intervenciones. Las UGL por lo general se basan a nivel central y son un vehículo de institucionalización de buenas prácticas de GCA. Aunque una UGL puede requerir una inversión sustancial en recursos humanos, permite a los proveedores de servicios dedicar su tiempo y energía a servir a pacientes y permite al personal de logística crear aptitudes de GCA más robustas (USAID | PROYECTO DELIVER 2010a).

Incentivos para el aumento de la retención de personal de GCA

Supervisión y gerencia

La motivación del personal es crucial en el desempeño. Si bien es importante un salario adecuado, hay poca información sobre lo que constituye “adecuado” o cómo los trabajadores del sector de la salud categorizan la importancia de otros incentivos, tales como las condiciones de vida, las condiciones en el trabajo, la capacitación, la retroalimentación y las oportunidades de avance profesional. Por ejemplo, la supervisión no solamente mejora el desempeño laboral, sino que también puede aumentar la satisfacción laboral de los trabajadores del sector de la salud. Una encuesta en Ghana mostró que la distribución de la mano de obra farmacéutica está distorsionada, lo cual da como resultado regiones rurales desfavorecidas. La introducción de paquetes de incentivos (como mayor sueldo, buena vivienda), podría atraer farmacéuticos a regiones desfavorecidas (Consejo de Farmacia / Ministerio de Salud 2009).

En Indonesia, se implementó un sistema de automonitoreo en el cual el personal del centro médico aprobó sus propios registros de recetas mensualmente. Los datos se utilizaron para registrar tres indicadores de uso racional: el número de medicamentos recetados, el porcentaje de uso de antibióticos y el porcentaje de uso de inyecciones. Los gerentes proporcionaron educación, encuestas y supervisión para analizar los datos con el personal, y el sistema vio mejoras en el uso racional (Sunartono 1995).

La retención de personal de GCA puede mejorar si el personal dedicado forma parte de una unidad de coordinación logística a nivel central. El personal de logística debería estar bajo supervisión de los gerentes y participar en reuniones regulares y actividades de planificación. La unidad puede fomentar el intercambio de información sobre temas tales como la compra de bienes consumibles, el empaque, el almacenamiento, la cadena fría, el transporte y el abastecimiento.

Escalas de carrera

A pesar de que existen iniciativas para proporcionar capacitación en logística técnica, la capacitación por sí sola no es suficiente; las organizaciones deben establecer posiciones centradas en la logística y los graduados de programas de capacitación deben poder encontrar un trabajo relevante y recibir apoyo continuado. Una escala de carrera de logística podría fomentar la retención y la promoción. En particular, sería útil desarrollar una escala de carrera de farmacia; un nuevo cuadro de “técnico farmacéutico” podría crearse como tercer año de capacitación para los asistentes de farmacia, lo cual llevaría a un diploma.

Asociaciones profesionales

Una evaluación financiada por la OMS exploró cómo mejorar el desempeño de los sistemas médicos en los países en vía de desarrollo. El estudio analizó la capacitación y la gerencia organizacional y de recursos humanos (HRM) y concluyó que:

- La logística médica debería reconocerse como profesión, relevante a todos los países en vía de desarrollo, y las organizaciones deberían incluir posiciones de logística médica.
- La capacitación y experiencia en logística médica debería organizarse por medio de una red conectada a operaciones de campo a través de nodulos al nivel subregional y nacional (Silve 2009a).

Certificaciones o calificaciones de GCA relevantes a los sistemas médicos en los países en vías de desarrollo

Es necesario definir las funciones de GCA y traducirlas a un conjunto de competencias (ej.: gerencia de existencias, cuantificación); las competencias, a su vez, se colocan en un marco de trabajo de medidas basadas en el desempeño. El marco de trabajo debería describir sistemáticamente el estándar mínimo de capacitación del personal de logística. Los supervisores podrían utilizar este marco de trabajo para evaluar deficiencias en las aptitudes y conocimientos del personal, comparar el desempeño antes y después de la capacitación y mejorar los enfoques de capacitación y el contenido de los materiales de recursos.

Sí existen ciertas especificaciones logísticas para el transporte de sustancias peligrosas, como ATEX⁶, la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) y Bienes Peligrosos Internacionales Marítimos (IMDG). También hay procesos de certificación para el movimiento de productos no peligrosos, como los insumos sanitarios, como el Instituto Regulador de Logística y Transporte del Reino Unido y el Instituto Regulador de Compra y Abastecimiento. También hay certificaciones de logística humanitaria de reconocimiento internacional de la Asociación de Logística Humanitaria, así como certificaciones basadas en programas.

En cuanto a marcos de trabajo de competencias, la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME) desarrolló un marco de trabajo de competencia mundial que ayuda a garantizar que las competencias de los médicos sean aplicables mundialmente y transferibles, accesibles y transparentes. Según la WFME, los estándares internacionales pueden definirse para la educación médica básica, teniendo en cuenta las variaciones de los países debidas a diferencias en la enseñanza, cultura, condiciones socioeconómicas y sistemas de salud, entre otras. Tal guía podría crearse para farmacéuticos y gerentes de la cadena de abastecimiento.⁷ Un consejo profesional de logística médica podría desarrollar un marco de trabajo basado en el desempeño para la acreditación, desarrollar estándares profesionales para la certificación y evaluar el desempeño.

Un marco de trabajo de competencias para personal de logística médica, compuesto por siete competencias básicas, fue desarrollado por el Bioforce Institute, con el apoyo de la Agence de Médecine Préventive (AMP) y otros socios (Bioforce Institute 2010a). La OMS/AFRO y UNICEF organizaron dos seminarios durante los cuales los delegados de varias naciones africanas, así como USAID | PROYECTO DELIVER, refinaron y lograron un consenso sobre el marco de trabajo final (Bioforce Institute 2010b).

⁶ ATEX deriva su nombre del título francés de la directiva 94/9/CE: *Appareils destinés à être utilisés en ATmosphères EXplosibles*.

⁷ http://www.fip.org/pharmacy_education

Políticas y habilitación del entorno requerido para profesionalizar la GCA

La WFP y la UNICEF administran evaluaciones de capacidad logística (ECL) en la preparación de respuestas humanitarias. Estas evaluaciones han sido diseñadas para obtener una comprensión fundamental de la infraestructura de transportes de la nación, con un enfoque en los vínculos de logística tales como las capacidades de puertos y aeropuertos, las redes de carretera y ferrocarril, los centros de almacenamiento, los procedimientos de manejo y las tarifas de mano de obra. Se da consideración especial para identificar las faltas que pueden resultar en embotellamientos en la jerarquía de entrega.⁸ Si bien las LCA se realizan con la finalidad de entregar asistencia humanitaria o de emergencia, en algunos países estas evaluaciones podrían utilizarse para mejorar el desempeño de la gerencia de la cadena de abastecimiento de insumos sanitarios.

IV. Impacto

Síntesis de cualquier documentación que muestra que el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos para la salud para insumos sanitarios puede mejorar tanto los resultados de la cadena de abastecimiento como los de salud.

Se ha supuesto que el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos para gestionar insumos sanitarios puede mejorar tanto los resultados de la cadena de abastecimiento como los resultados de salud. Sin embargo, hasta la fecha no se han realizado estudios detallados para determinar el impacto de las intervenciones de capacitación GCA y otras actividades de creación de capacidad en los resultados de salud. Existen múltiples factores acumulativos que harían que fuese difícil atribuir y medir dicho impacto.

Los factores y contextos ambientales que pueden ejercer influencia en las prácticas de trabajadores de la salud e impacto en la cadena de abastecimiento y los resultados de salud, incluyen:

Factores para trabajadores de la salud: el conocimiento (ej.: de las pautas), las aptitudes, la motivación, la satisfacción laboral, la remuneración, la experiencia, las actitudes, las metas profesionales y personales, la comprensión de las funciones y responsabilidades y la salud del trabajador.

Factores para el paciente o cliente: la gravedad de la enfermedad, las demandas del paciente y los factores socioeconómicos del paciente (ej.: edad, sexo, educación y estado económico).

Características del trabajo: la complejidad y claridad de las responsabilidades, el tipo de servicios requeridos (atención aguda o crónica), y los cambios en pautas con el paso del tiempo.

Entorno del centro médico: las prácticas clínicas y las actitudes de los compañeros de trabajo, la presión de colegas, el liderazgo, la supervisión, la presencia de los procesos de mejora de calidad, la cantidad de casos de pacientes, la disponibilidad de los insumos y el equipo, el acceso a la comunicación, el tipo y nivel de centro médico, la ubicación, la organización y la participación de los trabajadores médicos en la planificación.

Entorno educativo y profesional: la red de colegas, asociaciones profesionales y organismos de certificación; las oportunidades de desarrollo educativo y profesional formales e informales; y las oportunidades de empleo.

Entorno administrativo: las políticas que rigen las conductas y condiciones de trabajo de los trabajadores médicos, los niveles de salario, la regularidad del pago, los incentivos no financieros, la seguridad laboral, el liderazgo, la presencia de procesos de mejora de calidad, la supervisión de supervisores, la disponibilidad de la información y la descentralización.

Entorno político / económico: las condiciones económicas del país y sistema médico y las ideologías, estructuras políticas y corrupción.

V. Recursos

Catálogo de recursos existentes que podrían apoyar la capacidad de fortalecimiento de recursos humanos para la salud.

Actualmente existe un desfase en los documentos escritos en los estudios de GCA. No obstante, algunos marcos de trabajo, herramientas de evaluación, redes y otros recursos existentes podrían respaldar el fortalecimiento de la capacidad de HRH:

⁸ <http://www.logcluster.org/tools/lca>

1. “Un marco de trabajo para desarrollar sistemas eficaces de compra en países en vía de desarrollo” propone el establecimiento de los criterios de selección precapacitación basados en competencias fundamentales. La capacitación se centra en superar los desfases identificados en conocimientos y aptitudes. El seguimiento utiliza las mismas medidas de desempeño. Este conjunto de técnicas de mejora del desempeño parece lograr mejoras (OECD/DAC – Banco Mundial. 2004).
2. Un programa de capacitación para personal de logística médica realizado en Benín en 2008 recomendó siete competencias en un marco de trabajo para evaluar el desempeño del personal, identificando las necesidades de capacitación y desarrollando un plan de estudios basado en la competencia para la capacitación en servicio. El plan de estudios preservicio podría ser adoptado por las escuelas que ofrecen capacitación en logística de salud pública y gerencia de insumos. Una matriz de competencia describe el conocimiento, las habilidades y las aptitudes requeridas para el personal de logística en cada nivel del sistema médico (OMS/AFRO-Bioforce 2008).
3. Una guía de evaluación sobre la capacidad de recursos humanos en la gerencia de la cadena de abastecimiento de salud pública fue diseñada para documentar el estado de la capacidad de recursos humanos de un país en la gerencia de la cadena de abastecimiento y sus esfuerzos de excelencia del personal, e identificar áreas para mejorar.
4. La Colaboración Regional de Recursos Técnicos para la Gerencia Farmacéutica se estableció para tratar la falta de aptitudes en la gerencia farmacéutica en África. La iniciativa ayuda a realizar evaluaciones de los sistemas de gerencia de insumos farmacéuticos y desarrollar e implementar la creación de aptitudes. La Colaboración ha realizado una serie de actividades relacionadas con la evaluación, la capacitación y la evaluación.
5. El “Perfil de los Recursos Humanos para la Salud en Diez Naciones en Asia y en la Región del Pacífico” incluye una encuesta de mapeo que resume la información disponible sobre los cuadros que trabajan a nivel de comunidad en cada PIC — su diversidad, distribución, estructuras de supervisión, educación y capacitación. Las recomendaciones del informe incluyen el fortalecimiento del liderazgo y la gerencia, el aumento del personal, la mejora de las categorías del personal, la mejora de la combinación y distribución del personal, el uso de los equipos móviles para proporcionar supervisión y mejorar los servicios disponibles en centros médicos, y ofrecer mayores incentivos financieros para el personal en áreas remotas. La estrategia se centra en atención comunitaria y atención médica primaria e incluye a proveedores médicos que operan fuera del sector formal. A medida que más sistemas de salud extienden su alcance a los niveles comunitarios, es importante capacitar trabajadores médicos de los centros en la participación comunitaria y promoción de la salud, así como capacitar a trabajadores de la salud en centros comunitarios sobre los principios de GCA (Dawson 2010).
6. IAPHL es una comunidad de práctica dedicada a facilitar el intercambio de experiencias profesionales e innovaciones en la gerencia de logística de salud pública y en la seguridad de bienes consumibles, apoyando el aprendizaje continuado, fomentando el uso de experiencia local y regional y expandiendo la red profesional de los miembros. Los miembros forman parte de una red mundial y hacen de fuente de recursos profesionales para los países y programas de todo el mundo⁹
7. El sitio Web de Knowledge for Health (k4health.org) contiene eToolkits, que son bibliotecas electrónicas de recursos sobre temas específicos relacionados con la salud, examinados y seleccionados por expertos técnicos. Están diseñadas para gerentes de programas de salud, proveedores de servicios y creadores de políticas e incluyen recursos para gestionar, medir, monitorear y optimizar la logística de las cadenas de abastecimiento de insumos sanitarios.
8. Las siguientes organizaciones son contribuidores clave de la conferencia People that Deliver (además del sitio Web de la conferencia — <http://www.peoplethatdeliver.org/> — sus sitios Web pueden proporcionar herramientas y recursos relevantes adicionales): Coalición de Insumos para la Salud Reproductiva, CHAI, UNICEF, UNFPA, USAID, OMS, Banco Mundial, AMP, Bioforce, CapacityPlus, CILT, CIPS, Crown Agents, USAID | DELIVER PROJECT, IPPF, JSI, Marie Stopes International, Proyecto Optimize, RTT, GCAS, Bayer Schering Pharma, i+ Solutions, CIES (Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud - Escuela Nicaragüense de Salud Pública), Comunidad del África del Este, PRISMA (Perú).
9. El proyecto OPTIMIZE desarrolló una visión 2020 para la participación de los recursos humanos en los sistemas de insumos de inmunización. Esta visión está estructurada en cuatro ejes: la visión 2020, un análisis del panorama para el 2011, deficiencias existentes y las prioridades para lograr la visión. Estos documentos pueden encontrarse en <http://www.peoplethatdeliver.org/?q=content/2020-vision>.

⁹ <http://knowledge-gateway.org/public/Default.aspx?c=ca7f45ec-3b4a-400f-a055-b19ed8771066>

VI. Conclusión

Las cadenas de abastecimiento son sistemas complejos para los cuales la gerencia requiere una capacidad técnica y de gerencia significativa. La capacidad inadecuada de recursos humanos tiene consecuencias graves para los sistemas médicos en los países en vía de desarrollo. Por otra parte, el aumento de las aptitudes y la coordinación pueden ayudar a reducir los tiempos de ventaja y costos y mejorar el desempeño general de la cadena de abastecimiento. Por ello, crear tanta *demanda para* y *abastecimiento de* personas con competencias adecuadas para la GCA de la salud pública es de la mayor importancia.

Algunos países han realizado iniciativas para desarrollar, capacitar y mantener un cuadro de personal logístico para los bienes consumibles en el sector de la salud pública. Pero los esfuerzos no han sido consistentes a nivel mundial y la pregunta de la sostenibilidad financiera permanece vigente. Además de la capacitación y las pautas, la gerencia de la cadena de abastecimiento también requiere comunicación y sistemas de administración de la información. En algunos casos, la tecnología ha evolucionado a un ritmo más rápido que la capacidad del personal, lo cual puede tener un impacto sobre el diseño de trabajo y los requisitos de aptitudes (Comité Canadiense de Aptitudes Logísticas. 2005).

Según la literatura revisada, los siguientes mensajes clave se sintetizan a continuación:

- La disponibilidad de personal del sector de la salud en cantidades adecuadas con las competencias adecuadas es crucial para garantizar un sistema de salud que funcione correctamente.
- La información exacta, detallada y actualizada es un prerrequisito para la gerencia de recursos humanos.
- El nombramiento de personal de logística en todos los niveles y el establecimiento de “normas” consistentes mejora la GCA.
- En algunos países, una base de datos única y mantenida centralmente (nómina de pago) de todos los trabajadores de la salud en el sector público es la única fuente de información sobre el personal (nombre, cuadro, salario y provisiones, pero no el lugar de trabajo). No obstante, normalmente no hay forma de registrar a los trabajadores del sector de la salud en el sector privado.
- En los ministerios, los departamentos de recursos humanos reconocen la necesidad de datos más detallados y exactos sobre el personal médico, sus aptitudes, su cantidad de trabajo y sus patrones de personal.
- La densidad del personal de la salud varía considerablemente entre las naciones y está asociada con el desarrollo económico.
- Los técnicos de farmacia forman un componente importante del personal de farmacia, hasta un 75% de este personal en algunos países. Un mayor desarrollo de este cuadro podría mejorar la GCA.
- Garantizar mecanismos de competencia asegurada de practicantes es un objetivo clave para la política de educación sobre la salud. El apoyo de sistemas y el desarrollo profesional continuado (CPD) debe orientarse de manera que permita el desarrollo basado en la competencia.
- La planificación del personal de trabajo debería esforzarse por lograr la autosuficiencia como parte de un sistema integrado que abarca todos los cuadros de servicios de salud. El proceso de planificación debe estar conformado por datos fiables sobre el personal y evidencia de factores que afectan a este y debe estar alineado con las necesidades locales.
- Las expectativas de desempeño, la retroalimentación oportuna y el entorno, incentivos, aptitudes y conocimientos adecuados son necesarios para que un trabajador tenga un buen desempeño.
- Las asociaciones estratégicas entre los actores principales, tales como los Ministerios de Salud, Ministerios de Educación, instituciones de capacitación, organismos profesionales y organizaciones regionales e internacionales, entre otros, han demostrado ser valiosos en habilitar el progreso en la planificación y el desarrollo del personal de la salud la regulación y la reforma en educación y práctica.

Referencias

- Adano, Ummuro. 2008. *The health worker recruitment and deployment process in Kenya: An emergency hiring program*. Human Resources for Health, v. 6.
- Anderson, C, I Bates, D Beck, TP Brock, B Futter, H Mercer, M Rouse, S Whitmarsh, T Wuliji, A Yonemura. 2009. *The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce*. Human Resources for Health, 2009 Jun 5; 7:49.
- Bioforce Institute. 2010a. *Curriculum institutionnel de formation logisticien de santé: Document de travail*. Available at: http://bioforce.asso.fr/IMG/pdf/referentiel_d_emploi_du_logisticien_de_sante.pdf (accessed May 13, 2011).
- Bioforce Institute. 2010b. *Rapport Technique: Atelier de Consensus sur le Programme de formation initiale du Logisticien de Santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo. Available at: http://www.bioforce.asso.fr/IMG/pdf/RAPPORT-FINAL-ATELIER-CONSENSUS-FORMATION-LdS-KIN-MAI_2010.pdf (accessed May 13, 2011).
- Brock, T, Wuliji, T, Sagwa, E, Mbirizi, D. 2009. *Technical Report: Exploring the Establishment of a Pharmacy Course at the University of Namibia, March 12–27, 2009*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.
- Brown, Andrew. 2010a. *How to apply cultural understanding and local ways of learning to the development of pharmacy competencies in Pacific Islands Countries (PICs)*. Lisbon, Portugal: FIP Congress.
- Brown, Andrew and Zinck, P. 2010b. *Innovative education to support MDGs — Essential Medicines Supply Competency development through the use of innovative culturally based teaching methods specific to various cadres*. Bali, Indonesia: Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAHA) conference.
- Bruce, Linda. 2008. *Survey of Immunization, Procurement, Logistics and Supply Chain Training*. WHO-PATH Project OPTIMIZE.
- Bruno, Andreia, Ian Bates, Tina Brock and Claire Anderson. 2010. *Towards a Global Competency Framework*. American Journal of Pharmaceutical Education 2010; 74 (3).
- Callaghan, Mike, Nathan Ford and Helen Schneider. 2010. *A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa*. Human Resources for Health 2010, 8:8.
- Canadian Logistics Skills Committee. 2005. *Strategic Human Resources Study of the Supply Chain Sector — Final Report*. Stouffville, Ontario.
- The Chartered Institute of Purchasing & Supply (CIPS). *Supply Chain Management National Occupational Standards (NOS)*. Available at: <http://www.cips.org/Documents/About%20CIPS/NOS%20in%20GCA%20Oct09.pdf> (accessed May 3, 2011).
- Crigler, Lauren, Alfredo L., Orla de Diez, Susan Gearon and Hayk Gyuzalyan. 2006. *Training Alone is Not Enough: Factors that influence the Performance of Healthcare Providers in Armenia, Bangladesh, Bolivia and Nigeria*. Performance Improvement Quarterly, 19(1): 99-116.

- Cunningham, Christopher, Gary Forster and Chris Saunders. 2010. *Transport Management: A Self-Learning Guide for Local Transport Managers of Public Health Services*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- Dawson, Angela, Tara Howes et al. 2010. *Profile of Human Resources for Health in Maternal, Neonatal and Reproductive Health in Community Setting in Ten Countries in the Asia and Pacific Regions*. Sydney, Australia: School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales.
- Dicko, Modibo. 2010. *Human Resources Development for GCA in public health*. Kuala Lumpur, Malaysia: Technet Consultation.
- Dovlo, Delanyo. 2004. *Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa: A desk review*. Accra, Ghana: *Human Resources for Health* 2004, 2:7doi:10.1186/1478-4491-2-7
- Dussault, Gilles. 1999. *Human Resources Development: The Challenge of Health Sector Reform*.
- Eomba, Motomoke, Gregory Roche, and Erin Hasselberg. 2010. *Initiating In-Country Pre-Service Training in Supply Chain Management for Health Commodities: Process Guide and Sample Curriculum Outline*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.
- Global Health Council. 2009. *Understanding Private Sector Involvement in Health Systems*. White River Junction, Vt.
- Hasselberg, Erin. 2010. *Human Resource Capacity in Public Health Supply Chain Management: An Assessment Guide*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT.
- Kane, Mark. 2008. *Evaluation of the Project to Support PAV (Expanded Program on Immunization) in Northern Mozambique, 2001-2008*. VillageReach.
- Laing, Ro, HV Hogerzeil and D Ross-Degnan. 2001. *Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries*. Oxford University Press: *Health Policy and Planning*; 16(1): 13-20.
- Loevinsohn, Benjamin. 2008. *Performance-based contracting for health services in developing countries: A toolkit*. World Bank Institute, 2008.
- Management Sciences for Health. 2006. *Human Capacity Development Assessment for Public Sector Pharmaceutical Services in Namibia: Strategies to Scale Up HIV/AIDS Programs and ART Therapy*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.
- Matowe, Lloyd, Paul Waako, Richard Odoi-adome, Isaac Kibwage, Omary Minzi and Emile Bienvenu. 2008. *A strategy to improve skills in pharmaceutical supply management in East Africa*. *Human Resources for Health* 2008, 6:30.
- Miles K, DJ Clutterbuck, O Seitio, M Sebego, A Riley. 2007. *Antiretroviral treatment roll-out in a resource constrained setting: Capitalizing on nursing resources in Botswana*. *Bull World Health Organization* 2007; 85(7):555-600.
- Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW). 2009. *Assessment of the Pharmaceutical Human Resources in Tanzania and The Strategic Framework*. Dar es Salaam, Tanzania.
- MIT-Zaragoza. 2008. *From More to Better: Towards leveraging supply chain innovation across global health initiatives*. Zaragoza, Spain: Global Health Supply Chain Summit.
- Nfor, Emmanuel, and Lloyd Matowe. 2007. *West Africa Regional Technical Resource Center for*

Pharmaceutical Management in Ghana and Nigeria, June 25–July 9, 2007: Conceptual Framework. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.

O’Connell, Thomas S. 2008. *Survey of procurement and supplies management training*.

OECD/DAC – World Bank. 2004. *A framework for developing effective procurement systems in developing countries: The Johannesburg Declaration*. OECD/DAC – World Bank Joint Round Table Initiative on Strengthening Procurement Capacities in Developing Countries.

Pharmacy Council/Ministry of Health. 2009. *Assessment of Human Resources for Pharmaceutical Services in Ghana*. Accra, Ghana.

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). 2009. *Improving Health Outcomes through Professionalizing the Management of Public Health Supply Chains, White Paper #1*.

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). 2010. *Medicine Access and Supply Chain Management in Developing Countries*.

Roche, Gregory, Jennifer Antilla, Erin Hasselberg, Sylvia Ness. 2009. *Professional Development Opportunities for Public Sector Reproductive Health Commodity Managers*. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). PATH and John Snow, Inc. (JSI).

Sarley, David, Elaine Baruwa, and Marie Tien. 2010. *Zimbabwe: Supply Chain Costing of Health Commodities*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

Silve, Benoît. 2009a. *Etude en collaboration avec OMS/AFRO des besoins de formation de personnel de santé des pays africains, dans les domaines de la logistique des programmes de santé*. Lyon, France: Institut Bioforce avec le soutien technique de l’AMP.

Silve, Benoît. 2009b. *Health logistics is a profession: Improving the performance of health in developing countries*. Field Actions Science Report.

Silve, Benoît. 2009c. *Logistics training needs assessment*. Burkina Faso: Bioforce Institute.

Stringer J, I Zulu, J Levy, E Stringer, A Mwangi, BH Chi. 2006. *Rapid Scale-up of Antiretroviral Therapy at Primary Care Sites in Zambia*. Journal of the American Medical Association 2006; 296:782-793.

Sunartono et al. 1995. *Impact evaluation of self-monitoring of drug use indicators in health facilities: Experiences from Gunungkidul, Indonesia*. Essential Drugs Monitor 1995; 20:21–22.

Transaid. 2002. *South Africa Department of Health Transport Management Project*. London, UK.

USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1. 2010a. *Logistics Management Units: What, Why, and How of the Central Coordination of Supply Chain Management*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

USAID | DELIVER PROJECT. 2010b. *Sustainable Training Programs Ensure Access to Health Commodities in Rwanda*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

VillageReach. 2009. *Comparison of Costs Incurred in Dedicated and Diffused Vaccine Logistics Systems*.

Vledder, Monique, Jed Friedman, Mirja Sjoblom and Prashant Yadav. 2010. *World Bank Policy Note: Enhancing Public Supply Chain Management in Zambia*. Washington, D.C.: The World Bank.

Waako, Paul J, Richard Odoi-adome, Celestino Obua, Erisa Owino, Winnie Tumwikirize, Jasper Ogwalokeng, Willy W Anokbonggo, Lloyd Matowe and Onesky Aupont. 2009. *Existing capacity to manage pharmaceuticals and related commodities in East Africa: An assessment with specific reference to antiretroviral therapy*. Human Resources for Health 2009, 7:21

Walsh A, Ndubani P, Simbaya J, Dicker P, Brugha R. 2010. *Task sharing in Zambia: HIV service scale-up compounds the human resource crisis*. BMC Health Service Research. 2010; 10:272.

Wuliji, T, 2010. *Reproductive Health Commodities Procurement and Supply Chain Management Capacity Needs Assessment*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.

The World Bank. 2010. *Task sharing in Zambia: HIV service scale-up compounds the human resource crisis*.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Taking stock: Task shifting to tackle health worker shortages*. Geneva, Switzerland: Health Systems and Services (HSS).

World Health Organization (WHO). 2006b. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO). 2008. *Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO/AFRO)–Bioforce. 2008. *Technical report — Initial training program for health logistician workshop*. Ouidah, Benin.