

## Retención de trabajadores de salud en ambientes de bajos recursos: desafíos y respuestas

Fatu Yumkella, IntraHealth International

### El problema de la baja retención

El número de trabajadores de salud empleados es un indicador de la capacidad de un país de responder a las necesidades de servicios de salud de su pueblo, especialmente las de los más pobres y vulnerables. Los países con recursos limitados que están comprometidos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio enfrentan la realidad de que la escasez y distribución desigual de trabajadores de salud amenaza su capacidad de abordar la pandemia del VIH/SIDA, así como el resurgimiento de tuberculosis y malaria. La escasez de empleados está relacionada con tres factores: 1) la disminución en el número de estudiantes que se inscriben en instituciones de capacitación en salud; 2) demoras o congelamientos en la contratación de profesionales calificados y 3) un alto grado de rotación entre los que ya están empleados.

Cada vez más, los gerentes y organizaciones de servicios de salud se están centrando en el problema del bajo nivel de retención porque reconocen que estas pérdidas son costosas, tienen un impacto negativo en la continuidad de los servicios de salud e incrementan el potencial de rotación entre los demás empleados, quienes padecen estrés y agotamiento por asumir la carga adicional en la provisión de servicios de salud. Con base en una revisión exhaustiva de fuentes bibliográficas, este resumen técnico considera los desafíos y respuestas relacionados con la retención de los trabajadores de salud, incluyendo las causas de la rotación, medidas a tomar para abordar la rotación y ejemplos incipientes de enfoques respecto a la retención. El resumen considera la retención principalmente en el contexto del África subsahariana.

### Índice de rotación y plazas vacantes

Los índices de rotación y plazas vacantes son indicadores que se utilizan comúnmente para entender el reclutamiento y la retención. La rotación registra los cambios de empleo, incluyendo las transferencias, y el índice de plazas vacantes se refiere al nivel de plazas vacantes en una organización (Buchan y Calman, 2004), y la causa de esto se puede relacionar con factores internos y externos. En general, los datos sobre el flujo de trabajadores en los países en desarrollo son incompletos e imprecisos y no permiten realizar mediciones exactas de los índices de rotación o plazas vacantes. No obstante, los datos disponibles indican que muchos países subsaharianos presentan altos índices de plazas vacantes; y el incremento de los índices de plazas vacantes a lo largo del tiempo es un indicador casi seguro de que existe un alto grado de rotación.

### Causas de la rotación

Para que los gerentes y organizaciones de salud sientan que tienen la capacidad de reducir la rotación incontrolada, es importante que comprendan las características de los trabajadores que están en riesgo de mudarse, los patrones del movimiento—migración a nivel local versus emigración hacia el exterior del país—y las razones por las cuales los trabajadores

toman la decisión de irse. La tendencia creciente de emigrar es un tema preocupante porque estas pérdidas reducen la mano de obra disponible en un país y debilitan aún más la capacidad del sistema de salud de abordar problemas de salud prioritarios. La compensación económica deficiente y las condiciones laborales insatisfactorias están apareciendo como los “factores impulsores” más probables que provocan el movimiento de los trabajadores entre diferentes sectores o la emigración (Buchan y Calman, 2004), Schrecker y Labonte, 2004, Vujicic et al., 2004).

**Compensación financiera deficiente:** En muchos casos, los trabajadores de salud están dispuestos a dejar sus empleos para obtener un mejor salario en otro lado. Ha surgido un patrón en que los trabajadores buscan empleos con un mejor salario, no sólo en los países desarrollados sino además, en los países menos pobres dentro de las regiones donde viven. Los médicos de Ghana y Zambia que emigran a los Estados Unidos pueden esperar ganar hasta 20 veces más (Vujicic et al., 2004) y los médicos jóvenes de esos países pueden ganar cinco veces más al emigrar a Lesotho, Botswana o Sudáfrica (Schrecker y Labonte, 2004). Se considera que la emigración para obtener mejores salarios es un factor que influye en la situación en Zambia, donde en 2000 sólo 50 de los más de 600 médicos graduados que estudiaron entre 1997 y 2000 aún trabajaban en los servicios del sector público del país (Schrecker y Labonte, 2004). Al preguntar a los profesionales de la salud por qué razones se quedarían en su país de origen, el factor principal que mencionaron fue el salario. La mayoría de las personas entrevistadas en Camerún (68%), Ghana (81%), Sudáfrica (78%) y Uganda (84%), expresaron que el mejoramiento de las escalas salariales sería una buena razón para quedarse (Vujicic et al., 2004).

**Condiciones laborales insatisfactorias:** Sin embargo, muchos estudios muestran que la compensación económica no explica por sí sola las decisiones relacionadas con la migración (Buchan y Calman, 2004, Vujicic et al., 2004). Por ejemplo, los profesionales de la salud sudafricanos tienden a emigrar más que los profesionales de Uganda (Lehmann y Sanders, 2004). En muchos casos, la rotación es influenciada por la insatisfacción respecto a uno o más atributos del entorno laboral, como:

- Deterioro de las condiciones de vida y laborales (Lehmann y Sanders, 2004, Vujicic et al., 2004)
- Estructuras débiles de gestión del desempeño, liderazgo y supervisión (Huddart y Picazo, 2003)
- Equipo y suministros inadecuados (Mathauer e Imhoff, 2003)
- Falta de reconocimiento de un buen desempeño (Naidoo, 2000)
- Estrés ocasionado por una carga de trabajo pesada (Mathauer e Imhoff, 2003, Naidoo, 2000)

### Índices reportados de plazas vacantes

- **Sudáfrica: una tercera parte de todas las plazas en el sector de salud pública están vacantes (Lehmann y Sanders, 2004)**
- **Malawi: hay un índice de plazas vacantes del 36% para médicos en el servicio de salud pública (Schrecker y Labonte, 2004)**
- **Ghana: el índice de plazas vacantes de enfermeras se duplicó, del 28% al 57%, entre 1998 y 2002 (Buchan y Dovlo, 2004)**

*“Nunca pensé que yo sería una de las enfermeras que se van. Critiqué a muchos de mis colegas cuando se iban. Luego me di cuenta que los que nos quedamos tuvimos que asumir la carga. En mi hospital cada enfermera debía atender 18 camas; había aproximadamente 500 pacientes externos por día y sólo 14 a 15 enfermeras asignadas a esta sección. ¿Cómo podemos proveer un buen servicio bajo estas condiciones? Y encima de todo, a las enfermeras se les critica y se les juzga constantemente.”*

—Enfermera sudafricana que emigró a los Estados Unidos, 2000 (Naidoo, 2000)

*“La falta de equipo y medicamentos es muy frustrante y deprimente. No se puede realizar un trabajo de calidad. Yo aún no he alcanzado mi propio ideal. Bajo las condiciones dadas, es difícil alcanzar las metas que uno se establece.”*

—Médico africano de 28 años de edad que trabaja en el sector privado, 2003 (Mathauer e Imhoff, 2003)

- Temas de género, incluyendo acoso sexual y discriminación por género (Standing, 2000, Standing y Baume, 2000)
- Oportunidades limitadas de desarrollo profesional y ascensos (Buchan y Dovlo, 2004)
- Temas de seguridad, incluyendo la protección, atención y riesgos relacionados con el VIH/SIDA (Schrecker y Labonte, 2004, Standing, 2000, CRHCS, 2004).

### Medidas para abordar la rotación

Los gerentes y organizaciones de salud han intentando emplear diferentes enfoques para retener a los empleados valiosos, por medio de incentivos financieros y no financieros, incluyendo las medidas para abordar temas de género e inquietudes respecto a la seguridad.

**Incentivos financieros:** A la fecha ya se conocen algunos ejemplos (aunque no muchos) del uso de incentivos económicos para abordar la situación de salarios bajos en los países de recursos limitados. En 2003 el Departamento de Salud de Sudáfrica introdujo un sobresueldo “rural y de escasas destrezas” para intentar reducir el número alarmante de trabajadores de salud que decidían trabajar en otros países (Lehmann y Sanders, 2004). En 2000, Ghana implementó un programa de sobresueldo por horas extras, con el propósito de ayudar a reducir la emigración de médicos (Dovlo y Martineau, 2004). La propuesta exitosa de Zambia presentada al Fondo Mundial para combatir el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Fase 4, permitió que el gobierno subsidiara aproximadamente un 50% de los salarios para 972 médicos y oficiales clínicos y 4,292 enfermeras como un incentivo para los trabajadores, con el fin de lograr alcanzar las metas de ampliación de la provisión de tratamientos antirretrovirales.

**Incentivos no financieros:** Dada la dificultad de proveer incentivos financieros, los gobiernos de algunos países con recursos limitados exploraron otras vías para ofrecer beneficios en especie a los profesionales. Malawi está entre los pocos países subsaharianos que proveen facilidades de vivienda (Huddart y Picazo, 2003). Ghana distribuyó vehículos pero dio prioridad a médicos que eran miembros de la asociación de médicos (Buchan y Dovlo, 2004). Como parte de una iniciativa laboral realizada en Tanzania, se intentó relacionar las prácticas de buena gestión, satisfacción de los trabajadores y retención de empleados; dos distritos recibieron apoyo dentro del marco del proyecto de salud esencial de Tanzania (Tanzania Essential Health Project - TEHIP) para instalar radios de dos vías en instalaciones selectas, con el propósito de mejorar la comunicación y reducir la pérdida de tiempo por viajar (De Savigny et al., 2004). Swazilandia y Malawi respondieron a quejas de que las oportunidades profesionales tenían un sesgo a favor de los médicos mediante una revisión de las estructuras profesionales, para mejorar las oportunidades de desarrollo profesional para todos los tipos de profesionales (Dovlo y Martineau, 2004). La Asociación Médica de Ghana (Ghana Medical Association) está encabezando pro puestas de capacitación médica de postgrado de más corta duración a nivel local, con el fin de proveer oportunidades de desarrollo profesional y fomentar la retención (Dovlo, 2004). Namibia desarrolló un marco legal y de políticas integrales para abordar la discriminación en el lugar de trabajo contra las personas que viven con el VIH/SIDA (FHI, 2005).

### Ejemplos incipientes de enfoques para fomentar la retención

Las fuentes bibliográficas revisadas para escribir este artículo contienen bastantes sugerencias de enfoques

para mejorar la retención, así como ejemplos de enfoques que actualmente están en proceso de ser implementados. Sin embargo, sólo algunos de estos enfoques han sido evaluados, y una gran parte de la información disponible respecto a las variables que afectan la retención es anecdótica. Un estudio que abarca múltiples países, llevado a cabo por la Agencia de Cooperación Alemana—GTZ, indica que en Zambia las oportunidades de capacitación de actualización condujeron a un alto nivel de retención, mientras que en Etiopía se sostiene que se logró mejorar la satisfacción en el lugar de trabajo y la retención a través de una combinación de oportunidades de educación continua, provisión de vivienda y el establecimiento de estructuras profesionales claramente definidas (Mathauer e Imhoff, 2003). Las conclusiones preliminares indican que como resultado del sobresueldo “rural y de escasas destrezas” implementado en Sudáfrica, es probable que un mayor número de profesionales de la salud alterarán sus planes profesionales de corto plazo para permanecer en sus puestos (Lehmann y Sanders, 2004). Los investigadores llegaron a la conclusión que, a raíz del sobresueldo por horas extras (Additional Duty Hours Allowance) implementado en Ghana, la emigración de médicos disminuyó y los médicos se cambiaron del sector privado al sector público (Dovlo y Martineau, 2004). En Uganda se cree que las organizaciones privadas sin fines de lucro están perdiendo proveedores que se cambian al sector público porque éste ofrece una mejor compensación económica (Capacity Project, 2005). Un caso convincente que demuestra que existe un vínculo entre la compensación financiera, la motivación y la retención se puede observar en un estudio dirigido hacia trabajadores de salud de niveles inferiores en Gongola State, Nigeria, donde los trabajadores comunitarios de salud masculinos (CHW, por sus siglas en inglés) con una remuneración relativamente mayor permanecían en sus puestos por un promedio de 3,25 años, mientras que los trabajadores comunitarios de salud masculinos que recibían salarios más bajos sólo permanecían en sus puestos durante 2 años (Bhattacharyya et al., 2001).

### Conclusiones

Si bien las fuentes bibliográficas contienen información basada en ejemplos que ilustran la magnitud y las causas de la rotación de personal, aún no hay mucha información sobre ejemplos de enfoques comprobados para mejorar el nivel de retención. A pesar de esta limitación, la información anecdótica indica que los gerentes y organizaciones de salud deben examinar tres áreas de oportunidades (compensación financiera, mejoramiento del ambiente laboral y estrategias para manejar la migración) para determinar qué enfoque o combinación de enfoques tendrán el mayor impacto potencial para lograr conservar la mano de obra calificada.

**Compensación financiera:** Las fuentes bibliográficas indican que para que los países de recursos limitados puedan alcanzar las metas de salud, deben abordar el tema de los salarios bajos mediante la búsqueda de soluciones para retener la mano de obra calificada. Los escépticos pueden preguntar: “¿Qué más hay de nuevo?” o: “¿Y qué pasa con la sostenibilidad?” Según lo que se observó en Zambia, lo nuevo es el cambio que está ocurriendo entre los donantes, de proveer apoyo financiero para pagar salarios y financiar actividades técnicas y de capacitación. Respecto al tema de la sostenibilidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que se asigne una parte de todo el apoyo financiero de los donantes a la mano de obra del sector de salud sin estipular cómo se deben invertir los fondos (OMS, 2004). De esta manera, los países podrían decidir invertir una parte de los fondos para cubrir los sobresueldos.

[www.capacityproject.org](http://www.capacityproject.org)

Visite la base de datos de Recursos Humanos para la Salud (HRH, por sus siglas en inglés) en el sitio web de Capacity Project

**Mejoramiento del ambiente laboral:** Las soluciones para lograr la retención también deben tomar en cuenta el mejoramiento del ambiente laboral, que muchas veces es un “factor impulsor” significativo y es la causa de la insatisfacción en el trabajo. Las fuentes bibliográficas indican que hay mayores probabilidades de que los trabajadores permanezcan en las organizaciones que ofrecen una combinación de prestaciones para mejorar la satisfacción en el lugar de trabajo. Éstas pueden incluir las siguientes:

- Incentivos no financieros (por ejemplo, vivienda, oportunidades de capacitación)
- Oportunidades de desarrollo profesional
- Un ambiente laboral constructivo, incluyendo la supervisión de apoyo
- Estrategias para abordar temas de género e inquietudes de seguridad relacionadas con la infección del VIH/SIDA.

Dadas las limitaciones en cuanto a los recursos, muchos gerentes y organizaciones de salud deberán elegir qué áreas del ambiente laboral desean abordar primero, con el fin de obtener resultados rápidos y sostenibles. En los países desarrollados se está haciendo un énfasis cada vez mayor en los enfoques de retención mediante los cuales los empleados se sienten valorados y apoyados. Por ejemplo, empleados de 240 organizaciones con sede en los Estados Unidos que fueron entrevistados indican que “la confianza, interés y apoyo del supervisor” es un factor clave que influye en la decisión de permanecer en el empleo o dejarlo (Levin y Thornton, 2003). Se dice que a raíz de las políticas de organización flexibles de la salud nacional en Sunderland, Reino Unido, que estipulan permisos especiales, descansos de la carrera y tiempo flexible, disminuyó el absentismo y un mayor número de enfermeras decidió regresar al trabajo después de tener hijos (Standing y Baume, 2000).

### Estrategias para manejar la emigración:

Se exhorta a los gobiernos a combinar las políticas de retención de trabajadores con políticas que amortiguarán el efecto de la rotación, especialmente la rotación por emigración. Estas políticas incluyen las siguientes: 1) estrategias alternativas de contratación de personal para reducir la dependencia excesiva de niveles que tienen mayores probabilidades de emigrar, 2) servicio comunitario obligatorio y administrado apropiadamente y planes de vinculación relacionados con un plan de incentivos, 3) acuerdos innovadores de contratación, incluyendo los “arreglos de apoyo” que se traducirán en beneficios financieros para los empleados valorados y 4) enfoques creativos orientados hacia el mejoramiento de la productividad de los trabajadores de salud actuales, lo que puede resultar mucho menos costoso que el hecho de tener que reclutar, preparar y emplear a nuevos empleados continuamente (Buchan y Dovlo, 2004, Dovlo y Martineau, 2004, Dovlo, 2004).

Los países en vías de desarrollo que piensan introducir o fortalecer los enfoques de retención de trabajadores pueden desarrollar la base de información sobre la retención de las siguientes maneras:

- Recopilar datos sobre los trabajadores actuales y los trabajadores que se han trasladado entre varios sectores o que han dejado el sector de salud, para determinar los factores por los cuales los trabajadores toman la decisión de irse
- Elaborar enfoques de retención con base en los datos recopilados
- Llevar un registro de cuáles enfoques de retención funcionan mejor, por medio de sistemas de monitoreo y evaluación eficaces.

## Enfoques de retención y enfoques de manejo de la migración—ejemplos de caso del África subsahariana

### ENFOQUES DE RETENCIÓN

#### Incentivos financieros

- Zambia: mejores salarios para médicos, técnicos de laboratorio y enfermeras para ampliar la provisión de antirretrovirales (Fondo Mundial, 2005)
- Etiopía: incremento de viáticos (Fondo Mundial, 2005)
- Namibia: sobresueldo por horas extras del 30% para enfermeras e indemnizaciones generosas (Martineau, 2002)
- Ghana: sobresueldo por horas extras (Additional Duty Hours Allowance), especialmente para los médicos (Dovlo y Martineau, 2004)
- Sudáfrica: sobresueldo “rural y de escasas destrezas” (Lehmann, 2004)

#### Incentivos no financieros

- Zambia: curso de capacitación de actualización (Mathauer e Imhoff, 2003)
- Etiopía: combinación de oportunidades de educación continuada, vivienda y establecimiento de estructuras profesionales claramente definidas (Mathauer e Imhoff, 2003)
- Tanzania: mejores sistemas de comunicación en los centros de servicios de salud y mejor transporte (DeSavigny, 2004)
- Botswana, Namibia: prestaciones establecidas para enfermeras, incluyendo vivienda, préstamo de vehículos y gastos médicos (Martineau, 2002)
- Ghana: planes de préstamo de vehículos y vivienda para profesionales en las zonas rurales (Dovlo y Martineau, 2004)

#### Oportunidades de desarrollo profesional

- Ghana: propuesta de más oportunidades de participar en un programa de capacitación de postgrado de dos años (Dovlo y Nyontor, 1999)
- Ghana, Namibia: hacer menos estrictos los criterios de elegibilidad para ascensos (Huddart, 2003)
- Swazilandia, Malawi: mejores oportunidades de ascensos para todos los cuadros (Dovlo y Martineau, 2004)

#### Seguridad en el lugar de trabajo/servicios de salud para el VIH/SIDA

- Namibia: desarrollo institucional de ONG y otras organizaciones locales para proveer un paquete integral de VIH/SIDA en el lugar de trabajo para sectores privados, públicos, estatales y locales gubernamentales (FHI, 2005)
- Tanzania: planes limitados de propiedad de viviendas introducidos por la corporación minera “Kahama Mining Corporation” para reducir comportamientos de riesgo asumidos a raíz de las separaciones de las familias (OMS, 2003)

### ENFOQUES PARA MANEJAR LA MIGRACIÓN

#### Arreglos alternativos de contratación de personal

- Tanzania: oficiales clínicos, empleados en todos los niveles, fueron capacitados para llevar a cabo intervenciones anticonceptivas quirúrgicas voluntarias, que anteriormente únicamente eran realizadas por médicos (Dovlo, 2004)
- Kenia: oficiales clínicos empleados en todos los niveles, incluyendo los dispensarios (Dovlo, 2004)
- Sudáfrica: equipo comisionado para desarrollar directrices para el programa de asistentes médicos (Lehmann y Sanders, 2004)
- Sudáfrica: sugerencia de incrementar la proporción de estudiantes de medicina de color, que tienen menos probabilidades de emigrar (Dovlo y Martineau, 2004)

#### Programas de servicio comunitario y/o vinculación

- Ghana: propuesta para reintroducir programas de vinculación de tres a cinco años para médicos (Dovlo, 2003)
- Sudáfrica: un año de servicio comunitario obligatorio para médicos y odontólogos al completar los estudios (Reid, 2003)

#### Arreglos de contratación innovadores

- Sudáfrica: a través de arreglos entre Sudáfrica y el Reino Unido, profesionales sudafricanos trabajan en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y empleados del Reino Unido trabajan en zonas rurales de Sudáfrica (Braine, 2005)
- Zambia: se exploró la desvinculación de la comisión de salud del servicio civil para poder contratar a personal con contratos renovables, posibilitando así el pago de mejores salarios (Huddart, 2003)
- Ghana: se permite que farmacéuticos del sector público trabajen para el sector privado con fines de lucro (Dovlo y Martineau, 2004)

Visite el Centro Global de Recursos Humanos para la Salud (RHS) para encontrar, compartir y aportar conocimientos y herramientas de recursos humanos para la salud. Para las personas que trabajan a nivel nacional o mundial, el Centro Global de Recursos Humanos para la Salud proporciona información para:

- Mejorar la planificación estratégica y la toma de decisiones
- Fortalecer la elaboración de informes y presentaciones
- Apoyar el cabildeo por los recursos humanos para la salud (RHS)
- Mejorar el desarrollo profesional
- Ahorrar tiempo



**The Capacity Project**  
 IntraHealth International, Inc.  
 6340 Quadrangle Drive  
 Suite 200  
 Chapel Hill, NC 27517  
 Tel. (919) 313-9100  
 Fax (919) 313-9108  
 info@capacityproject.org  
 www.capacityproject.org

Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de los Estados Unidos.

### Fuentes bibliográficas

1. Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention and sustainability. Arlington, VA: Basics II 2001.
2. Braine T. Efforts underway to stem brain drain of doctors and nurses. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83(2):84-7. Available: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/en/index.html>
3. Buchan J, Calman L. The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses (ICN), 2004. <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>
4. Buchan J, Dovlo D. International recruitment of health workers to the UK: a report for DFID. London: DFID Health Systems Resource Centre, 2004.
5. Capacity Project Uganda Strategy Development Team Briefing, 2005.
6. CRHCS. Challenges facing the Malawian health workforce in the era of HIV/AIDS. Arusha, Tanzania: CRHCS (Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa), 2004. Available: <http://www.crhcs.or.tz/>
7. CRHCS. Challenges facing the Kenyan health workforce in the era of HIV/AIDS. Arusha, Tanzania: CRHCS (Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa), 2004. Available: <http://www.crhcs.or.tz/>
8. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing health systems: the issue, the research, the lessons. Ottawa, Canada: IDRC, 2004.
9. Dovlo D. Health sector reform and deployment, training and motivation of human resources towards equity in health care: issues and concerns in Ghana. *Human Resources Development Journal* 1998(2)1. Available: [http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj\\_no3/manila6.doc](http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj_no3/manila6.doc)
10. Dovlo D, Martineau T. A review of the migration of Africa's health professionals. JLI Working Paper 4-4. Joint Learning Initiative, Global Health Trust, 2004. Available: <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>
11. Dovlo D. The brain drain and retention of health professionals in Africa. A case study prepared for the Regional Training Conference: Improving Tertiary Education in Sub Saharan Africa: Things That Work; 22-25 Sep 2003; Accra, Ghana.
12. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for international mobile health professionals in Africa: a desk review. *Human Resources for Health* 2004;2:7. Available: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/7>
13. Dovlo D, Nyontor F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal* 1999;3(1). Available: [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_3\\_1\\_03.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_3_1_03.pdf)
14. FHI (Family Health International). Namibia HIV/AIDS Workplace Program: targeting the workplace through capacity building for local NGOs (website). Accessed 29 Jul 2005 at: [http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Namibia/res\\_namibiaworkplaceprograms.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Namibia/res_namibiaworkplaceprograms.htm)
15. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Round 5 Proposal guidelines
16. Huddart J, Picazo O. The health sector human resource crisis in Africa: an issues paper. Washington, DC: SARA Project, AED; USAID, 2005.
17. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Workplace violence in the health sector. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
18. Lehmann U, Sanders D. Human Resources for Health in South Africa. Background and overview paper for JLI National Consultation; 3-4 Sep 2004; Cape Town, South Africa.
19. Levin B, Thornton D. Four factors that predict turnover. Sterling, VA: HumanR, 2003.
20. Mathauer I, Imhoff I. Staff motivation in Africa: the impact of non-financial incentives and quality management tools: a way to retain staff. Eschborn, Germany: GTZ, 2003. Available: <http://www2.gtz.de/migration-and-development/download/documentation2-en.pdf>
21. Martineau T, Decker K, Budred P. Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing countries. Liverpool, UK: Health Sector Reform Research Work Programme, Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), 2002.
22. Ministry of Health, Malawi. Malawi National Health Plan 1999-2004: health sector human resource plan. Malawi, 1999.
23. Naidoo N. South Africa is losing hundreds of nurses each year. *Natal Witness*. 24 May 2000.
24. Reid S. Community Service for Health Professionals. In: Ijumba P, Ntuli A, Barron P, eds. *South Africa Health Review* 2002. Durban, South Africa: Health Systems Trust (HST), 2003.
25. Schrecker T, Labonte R. Taming the brain drain: a challenge for public health systems in southern Africa. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2004;10:409-415.
26. Standing H. Gender—a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources For Health Development* 2000(4)1:27-42.
27. Standing H, Baume E. Equity, equal opportunities, gender and organization performance. Workshop on Global Health Workforce Strategy; 9-12 Dec 2000; Annecy, France.
28. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources For Health* 2004;2(1):3. Available: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3>
29. World Health Organization. Human resource for health: toolkit for planning training and management. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
30. World Health Organization. International migration health and human rights. Health and Human Rights Publication Series, Issue No 4. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. Available: [http://www.who.int/hrh/activities/en/intl\\_migration\\_hhr.pdf](http://www.who.int/hrh/activities/en/intl_migration_hhr.pdf)
31. World Health Organization. Human resources in health: report by the Secretariat for the Executive Board 114th session. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.

## La sociedad de Capacity Project

**INTRHEALTH**  
INTERNATIONAL

innovating to save lives  
**Jhpiego**  
 an affiliate of Johns Hopkins University

**PATH**  
 A catalyst for global health

**IMA**  
 ADVANCING HEALTH & HEALING  
 THE WORLD OVER  
**WORLDHEALTH**

**LATH**  
 LIVERPOOL ASSOCIATES  
 IN TROPICAL HEALTH

**TRG**

**MSH** **MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH**  
 a nonprofit organization strengthening health programs worldwide