

DESAFIOS Y PROBLEMAS DE LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REFORMAS SECTORIALES

Pedro E. Brito Quintana
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

1-INTRODUCCIÓN

Es usual escuchar de quienes toman decisiones estratégicas en los procesos de reforma sectorial que los recursos humanos son el elemento esencial de los servicios de salud y un factor clave en las reformas. Algunos agregan con énfasis económico que son la principal ventaja competitiva de dichos servicios. Sin embargo, es difícil encontrar en dichos procesos y sus expresiones de política o de proyectos “evidencias” de tal importancia. Lo cierto es que las cuestiones del personal han estado ausentes de las agendas políticas de las reformas del sector salud en casi todos los países de la región, por lo menos en los primeros cinco o seis años de cambios sectoriales.

Es muy claro que dichos procesos afectan de manera importante, aunque en forma compleja y diferenciada, el desarrollo de los recursos humanos de salud en los países. En estos momentos se empiezan a apreciar ya evidencias de dicho impacto, de manera más directa en el ámbito laboral. Dichas evidencias están empezando a ser recogidas de manera sistemática y a ser estudiadas por la iniciativa regional del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales, promovido en una modalidad de red cooperativa, por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS ¹.

Debe aclararse que el Observatorio no tiene por objeto solamente las cuestiones del trabajo en Salud sino que se orienta al conjunto de procesos referidos al personal de salud. Además de un énfasis en lo laboral (debido a exigencias de la coyuntura) genera conocimiento e información sobre los procesos de educación profesional y técnica, educación del personal en activo, políticas de personal e intervenciones gerenciales más específicas, entre los principales. Pero el presente artículo se orienta de manera preferente a aquellas cuestiones y problemas que mayor preocupación están generando entre los más alertas dirigentes sectoriales, y que son las determinaciones que las reformas ejercen sobre **el personal, su trabajo y la gestión del mismo**.

¹ El Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales es una iniciativa de la OPS/OMS a través de su Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, con la colaboración de CEPAL y OIT, que tiene como propósitos: a- generar conocimiento e información para la formulación de políticas integrales de recursos humanos de Salud en los países de la Región; b- evaluar y monitorear los procesos de reforma sectorial en lo que corresponde a los procesos de desarrollo de recursos humanos. Están, a la fecha, participando 11 países de América Latina y el Caribe, y consiste en una red colaborativa de grupos nacionales inteinstitucionales e intersectoriales, con la coordinación y apoyo técnico de la OPS/OMS.

No se plantea aquí que las cuestiones de personal son nuevas y que recién aparecen con las reformas. Se trata más bien de argumentar que estas cuestiones, buena parte de las cuales son “estructurales” al sector de la Salud, se redefinen, crecen en importancia o se resignifican en el marco de las reformas. Un ejemplo claro es la cuestión del trabajo en Salud. Por ello, buena parte de las cuestiones que se analizan son de naturaleza laboral y buena parte de la información que aquí se compartirá proviene del Observatorio.

2-LA GESTION DE LOS RRHH EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN TIEMPOS DE REFORMAS

Hay varias precisiones por hacer antes de entrar de lleno al análisis de la gestión de los RRHH en Salud. Una primera se refiere al énfasis que en esta definición se hace en **el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo**, incluyendo no sólo los elementos técnicos de su práctica, sino y de manera importante las relaciones sociales e institucionales que genera y en los que se ubica. Y no se trata únicamente de una opción teórica, que sería legítima por lo demás. Si algo caracteriza a los procesos de reforma es que colocan en el eje de la cuestión laboral, es decir en objeto de la gestión, tres elementos, hasta ahora no suficientemente trabajados por la convencional administración de personal existente: **el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales**. Después, en este texto, quedará más claro por qué se privilegian estas tres categorías (1).

Al hablar de la gestión de los RRHH (o gestión del trabajo, como se le denomina en Brasil) estamos refiriéndonos a una función noble, esencial y compleja. No la entendemos como “aquello que hacen las oficinas de personal”, sino la teoría y la práctica acerca de los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc) inherentes al trabajador y su contribución a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es también un lugar de empleo. Esa función corresponde a la instancia dirigente de un sistema de servicios, de una red de atención o de una institución de salud, que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas y de modos de organización y gestión sectorial vigentes. Sólo bajo estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la gestión de los RRHH.

Con una mirada de largo alcance puesta sobre las cuestiones y problemas sustantivos de la gestión de RRHH, durante los procesos de reforma sectorial, se puede afirmar, como hace Dal Poz (2), que estamos asistiendo a la superposición de dos problemáticas o de dos agendas de la gestión de RRHH: una **agenda vieja** o fordista (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables y protegidas, centrado en la carrera de puesto de duración indefinida) y una **agenda nueva** o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral).

La vieja agenda remite a las cuestiones, situaciones y problemas que la administración de personal no pudo o no supo resolver y que persisten actualmente. Debe señalarse que la cuestión de la centralización y la normatividad existente configuraron un círculo de hierro que dificultó cualquier cambio en la gestión. La nueva agenda se refiere a aquellas

situaciones y cuestiones problemáticas instaladas *de novo* por los cambios que vienen ocurriendo en las reformas.

El siguiente cuadro muestra de manera resumida algunas de las características de ambas agendas.

Cuadro 1: Doble agenda de la gestión de los RRHH en las reformas sectoriales	
Vieja agenda	Nueva agenda
➤ Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo ➤ Importancia significativa del Sector Salud como generador de empleo ➤ Carreras funcionarias y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector ➤ Insuficiente gestión y evaluación del desempeño ➤ Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos ➤ Fragmentación de procesos laborales ➤ Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto ➤ Problemas de motivación, ausentismo, poca participación ➤ Retraso y rigidez normativa ➤ Debilidad técnica de la función de Gestión de RRHH ➤ Escasa visibilidad y prioridad política	➤ Gestión pública de RRHH: no más exclusivamente administración de personal propio ➤ Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye ➤ Gestión descentralizada ➤ Gestión de la calidad y la productividad ➤ Tendencia creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible ➤ Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales ➤ Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido ➤ Competencia por recursos financieros y por personal ➤ Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal

Fuente: OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. 1999

Ahora, en los actuales momentos, ya no hay lugar para seguir con una administración de personal preocupada mayormente con el registro y control de los aspectos normativos del ciclo administrativo y de la carrera funcionaria de empleados propios y estables. Como se puede apreciar, los cambios que implican las reformas en los servicios públicos han transformado las condiciones institucionales de la gestión. Se está dando un vuelco muy importante tanto en la orientación y fines de la gestión de los RRHH, como también en sus contenidos. Para enfrentar esos cambios se requieren también urgentes cambios en las teorías y prácticas de gestión de los recursos humanos.

3-EL IMPACTO DE LAS REFORMAS SECTORIALES SOBRE LOS TRABAJADORES Y EL TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Una mirada al contexto de los cambios indicados muestra que las reformas sectoriales, o como quiera se denominen en cada lugar a los cambios sustantivos que ocurren en los sistemas de servicios de salud, están afectando de manera importante, en algunos casos preocupante, el trabajo del personal en los servicios: los contenidos, las condiciones y las relaciones que lo configuran.

Es apropiado afirmar de entrada que para analizar el impacto de esos cambios sectoriales sobre los trabajadores y su trabajo, debemos tener como referencia un marco mucho más amplio que los límites institucionales del sector salud. Cobra una gran importancia reparar en los efectos que sobre las condiciones de trabajo y las relaciones laborales en el sector salud, impulsan **las reformas estatales y sus correspondientes cambios en la administración pública**. Tiene que ver tanto con el *downsizing* que se realizó en muchos países, como con los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a inéditos modos flexibles de empleo público.

Es importante también tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo en las economías nacionales, que configuran las llamadas **reformas laborales**. El sector de la Salud, con todas sus especificidades, está sujeto a mecanismos de vasos comunicantes entre sus subsectores y con otros sectores, en lo que se refiere a los mercados de trabajo y a las remuneraciones. Por ello vale la pena revisar brevemente la situación del empleo en los últimos años en América Latina.

Los procesos de ajuste económico en los países de la Región y la búsqueda para configurar economías abiertas, han tenido un efecto importante, nunca debidamente registrado, sobre la fuerza de trabajo en general, y probable también sobre el personal de salud. Una mirada a las políticas económicas del ajuste (fiscal, monetaria, comercial, productiva) y a las políticas de empleo, obliga a reconocer que el empleo ha sido una variable de ajuste muy importante.

Por qué se afirma lo anterior?. En el reciente panorama económico regional de los 90, los países estaban recuperando su dinamismo económico. Aunque el desempleo seguía siendo grande (en particular para mujeres y jóvenes), había una tendencia a la recuperación del empleo: un mayor número de mujeres se incorporaba al mercado de trabajo y millones de personas migraban hacia las ciudades. Los salarios eran bajos, con grandes desigualdades y la pobreza crecía. Algunos progresos logrados a principios del decenio están en peligro. En ese panorama se manifiestan 5 tendencias de los mercados de trabajo que permiten sustentar la anterior aseveración:

- **De formales a informales:** Los últimos años han sido testigo de un proceso de crecimiento sostenido de informalización laboral en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir el 85% del empleo global. De cada diez nuevos puestos de trabajo en América Latina, en los últimos 17 años, ocho pertenecen al sector no estructurado de la economía (3).
- **De bienes a servicios:** El 80% de los nuevos empleos en los últimos años se han creado en el sector terciario (servicios), el menos afectado por la competitividad

externa (4). Aquí es importante acotar que, si bien pareciera que la expansión del empleo público en salud en la mayoría de países se ha detenido, el Estado sigue siendo un muy importante empleador en América Latina.

- **De baja calificación a alta calificación:** Se aprecia una mayor demanda sostenida por trabajo de mayor calificación, en contraste con las tendencias de las últimas décadas, donde el mercado optaba por personal de menor calificación. Esta reversión tiene que ver con la orientación de los procesos productivos a ajustar costos y mejorar eficiencia por medio del incremento de la productividad (5).

Otras dos tendencias significativas son hacia la **flexibilización de las relaciones individuales** de trabajo y a la **autorregulación de las relaciones colectivas**. Se aprecia una clara tendencia creciente a las formas atípicas de contratación, que avanza junto a otra tendencia de precarización de dichas modalidades contractuales. Se ha tendido a promover la retracción del Estado en su rol de regulación de los mercados de trabajo. Sin embargo, se viene observando que no se da la autorregulación y el Estado está ausente con la consiguiente generación de distorsiones y precariedad.

Se deben considerar también **las reformas educacionales** promovidas en muchos países. Los cambios regulatorios sobre la apertura de escuelas y de programas educacionales de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias) y las nuevas relaciones entre el estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado importantes cambios de política educacional y de gestión institucional, que afectan la formación profesional y técnica.

Cambiando el foco de la mirada hacia el interior del sector se aprecia que algunos procesos incluidos en las reformas han sido determinantes para el cambio de las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El siguiente cuadro intenta ilustrar tanto los procesos referidos como los eventuales cambios que provocan:

Cuadro 2: Impacto de las reformas sobre el trabajo del personal de salud	
Procesos sustantivos en las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
➤ Descentralización ➤ Cambios en los ministerios: funciones y estructuras ➤ Cambios en el financiamiento y en las modalidades de pago ➤ Nuevas modalidades de gestión: externalización o tercerización, compra de servicios, autonomía de servicios, etc. ➤ Cambios en los modelos de atención, tanto en el nivel básico como en la complejidad ➤ Extensión de la cobertura	➤ Mayor resolutiveidad de los servicios e intervenciones ➤ Cambios en las funciones y nuevas competencias ➤ Exigencia por calidad y productividad ➤ Cambios en la organización del trabajo y promoción de la conformación de equipos ➤ Flexibilidad laboral: nuevas formas de contratación, tendencias a la precariedad ➤ Énfasis en el desempeño y su evaluación ➤ Cambios en los sistemas de incentivos ➤ Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

Fuente: OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 1999

En este momento es apropiado llamar la atención a algunas cuestiones críticas propias del campo de los recursos humanos en salud que, aún cuando ya aparecían como elementos críticos en etapas previas a las reformas, ahora cobran una renovada importancia, permitiendo caracterizar la dinámica social e institucional que se genera como consecuencia de los cambios anotados en los sistemas de atención. En primer lugar, la **existencia de múltiples, dinámicos y conflictivos actores sociales e intereses corporativos** que obligan a un proceso muy complejo de construcción de consensos y acuerdos, como bases para las intervenciones y las políticas de personal.

Una segunda condición es que asistimos a un momento muy especial en que **se tiende a cuestionar las visiones instrumentales sobre el personal y su trabajo**, y se sustituyen por visiones sociales e institucionales integrales. Aquí se puede encontrar un eco tanto de las visiones políticas que enfatizan el derecho a la salud y el estatus de ciudadanía del personal y de la población usuaria, como de los nuevos paradigmas organizacionales sobre capital humano y el papel del conocimiento como fuerza productiva en los años por venir.

Se tiende a **cuestionar asimismo los estilos de planificación, gestión y hasta de educación vigentes** en los sistemas de servicios de salud. Un nuevo enfoque de

planificación que valora la **visión estratégica** y la construcción participativa del plan adecuado a una realidad local; una perspectiva de gestión de personal que subordina lo administrativo y que enfatiza la organización, las relaciones sociales e institucionales y la cuestión del poder; y por último, en lo referente a la educación del personal, la negación de la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, sustituyéndose por una práctica educativa basada en la premisa del trabajo como factor y espacio de educación, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador- aprendiz.

Pero a pesar de estas señales de cambio, aún persisten en muchos servicios condiciones y prácticas que hacen del sector salud un lugar de gestión de recursos humanos subdesarrollada y poco efectiva. Persisten la situación de escasa disponibilidad de datos e informaciones oportunos y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal. Persiste un bajo profesionalismo entre los responsables de la gestión de recursos humanos que tiende aún a ser terreno restringido a las jefaturas de personal y no una función de la dirección del servicio, configurando en la práctica una “gestión de segunda” basada en una práctica únicamente administrativa.

4- EL CUADRO DE SITUACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y SU TRABAJO, AQUÍ Y AHORA

El cuadro de situación focalizado en las cuestiones laborales que se presenta a continuación proviene de información reciente (junio de 1999) recogido en nueve países de la Región (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú) que participan de la iniciativa regional llamada **Observatorio de los recursos humanos en las reformas sectoriales de Salud**, promovida por la OPS, la CEPAL y la OIT. La finalidad de esta Red de grupos interinstitucionales nacionales comprometido con el estudio de los recursos humanos de Salud, es doble: contribuir a la definición de políticas de recursos humanos y realizar la evaluación y el monitoreo de los procesos de personal y de empleo en las reformas sectoriales (6). Algunas de las siguientes cuestiones se refieren a situaciones problemáticas mientras que otras son condiciones que podrían favorecer cambios positivos en la gestión de recursos humanos y un mejor desempeño laboral en los servicios.

3.1-Flexibilidad y precarización en el empleo en Salud

La tendencia al establecimiento de modalidades flexibles en los contratos de trabajo fue identificada de manera explícita en seis de los nueve países y se compartió el conocimiento de su existencia en varios otros países no participantes del Observatorio. La búsqueda de la flexibilidad laboral es uno de los paradigmas vigentes en la gestión del personal en la economía en general y en el sector Salud. Muchas de las propuestas de leyes laborales en la Región adoptan la flexibilización como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones de competitividad. Se trata de la adopción, en este caso, de criterios de flexibilidad externa, ligada a necesidades de ajuste a las fluctuaciones del mercado laboral, por vía de redefinir las condiciones del contrato o

de la disolución del vínculo laboral, con perjuicio de la estabilidad laboral y los beneficios sociales.

De manera general se da en la Región la coexistencia de marcos y mecanismos de gestión de personal inflexibles y frondosos en lo normativo con la creciente tendencia a la flexibilidad con precariedad en el empleo, y, para el caso del sector público, en un contexto de avance de la descentralización con severas restricciones presupuestarias.

En el caso de Brasil se informó de la existencia de más de 15 formas de vinculación laboral en el sector público y, en el marco de la gestión municipalizada, de la creciente aparición de formas flexibles de contratación (temporales, en “comisión”, etc). La experiencia de Ecuador se refiere a la emergencia, en un contexto de agudo deterioro del salario, de formas flexibles de contratación, sustituyéndose, de facto, formas legalmente vigentes de contratación. En Costa Rica, con la emisión de nuevos dispositivos legales, se están generando condiciones para la subcontratación (para los servicios de vigilancia, lavandería y aseo) y la flexibilidad contractual (temporales, por producto, etc) en el marco de los compromisos de gestión y de las modalidades de compra de servicios de salud.

El caso peruano es muy ilustrador de la utilización de formas flexibles de contratación de personal para la instrumentación de políticas de recuperación de servicios, aumento de cobertura y la promoción de formas de autogestión comunitaria de servicios. Una proporción significativa del personal (se mencionó de manera aproximada la cifra de 10,000 personas) se halla en condiciones de contrato flexible, muchos de los cuales en precaria condición o desprotección social.

Panamá reportó la existencia de flexibilidad sin protección e inestabilidad laboral bajo numerosas modalidades de contratación temporal, en un marco de tendencia a desempleo, multiempleo y subempleo. En El Salvador se reportó la existencia de multiempleo y desprotección laboral, debido a una limitada aplicación del código del trabajo.

3.2-La cuestión regulatoria

Se presenta como función clave (y preocupación) desde hace poco tiempo, con el retiro del Estado del ejercicio de su función reguladora ante la consolidación del postfordismo como modo de regulación en la globalización. Si antes se planteaba la disyuntiva planificación o mercado, actualmente se replantea como una tensión entre regulación y mercado. En el sector Salud la cuestión regulatoria se hace importante en el contexto de una mayor complejidad institucional sectorial y de los nuevos modos de producir y financiar la atención de la salud. Debe recordarse que el papel regulador del Estado en América Latina y El Caribe (hasta hace unos años financiador y propietario-productor de servicios de salud) estuvo inicialmente centrado en la regulación de los grupos profesionales.

La gran diferencia, la que define la absoluta necesidad de regular, se da con la promoción y conformación de mercados en el sector de la Salud, en la mayoría de procesos de

reforma. En este sector, como ha sido demostrado ampliamente, las imperfecciones o fallas del mercado, requieren de la regulación estatal para evitar un mayor deterioro de condiciones y situaciones desiguales y excluyentes en el acceso y la atención de la salud de la población.

Los mercados de trabajo, dadas las particularidades de la profesionalización y los mecanismos económicos determinantes de comportamientos de los agentes, requieren asimismo de la regulación social y estatal. Es de notar la complejidad que la regulación adquiere en este sector. Los distintos agentes que participan (entre ellos las diversas profesiones y ocupaciones) en la producción de servicios de salud, lo hacen persiguiendo sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en colisión. Las reglas de juego (regulaciones) son por lo general el arduo resultado vectorial del poder, de los recursos, la habilidad y oportunidad que los agentes ponen en juego.

Por lo general, los modelos de regulación contemplan mecanismos para la definición de características referidos a procesos como son la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que éstos procesos deben alcanzar. Se utilizan en estos casos variables como: los mecanismos de entrada al mercado (que incluyen licenciamiento y certificación) o a la carrera (examen de ingreso u otro de selección), el control de la competencia profesional, la estructura del mercado de trabajo y los mecanismos de pago.

De manera general, salvo alguna excepción como México, se informan situaciones de insuficiente y conflictiva regulación de los procesos de RRHH, y en algún caso de ausencia (sería el caso de Panamá). Lo que queda muy claro es que la cuestión regulatoria y su necesario desarrollo, en el marco de una nueva manera de entender la función de autoridad sanitaria, está en la agenda del día del sector Salud de todos los países.

Con respecto a la regulación de la formación de las profesiones y ocupaciones de salud, hay una doble situación crítica. De un lado un desencuentro que ha sido estructural en la problemática de los RRHH en la región, que llega a veces a conflicto, de competencias entre los ministerios de Salud y Educación (en casi todos los países), que da como resultado una insuficiente regulación de la educación en sus diversos niveles (técnica, profesional y superior). En algunos casos la situación es más compleja con la generación de instituciones no gubernamentales con la misma finalidad. Es la situación que se aprecia en los reportes de Chile y México (para la formación de especialistas), por ejemplo. La situación se pone más difícil en aquellos casos en que los ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer mecanismos regulatorios (comisiones de residentado, por ejemplo), capacidad negociadora, instancias de concertación con las corporaciones, que se había logrado generar (como son los casos de Perú y Ecuador).

En los momentos actuales la búsqueda de marcos y mecanismos de regulación del ejercicio profesional (ligados o no a sistemas de educación continua), o de perfeccionamiento de los actuales (México, Jamaica) es una preocupación general. Hay

numerosas, aunque poco conocidas, experiencias de certificación profesional, y, en mucho menor cuantía, de recertificación de especialidades o de competencia profesional.

Con respecto a la regulación de los mercados laborales propiamente dicha, es decir el campo de las relaciones de trabajo, espacio de encuentro del derecho y la economía, parece ser que la actual tendencia a la flexibilidad sin protección (vide supra) expresaría un auge de la desregulación. El gran desafío es la generación a corto plazo de nuevos marcos regulatorios, de una nueva regulación, tanto de las relaciones individuales como colectivas de trabajo, explorando las posibilidades de flexibilizar con protección. Ese, y no otro, es el sentido del reciente reclamo de Amartya Sen (Premio Nobel de Economía 1998) ante la Asamblea Mundial de la OIT, al denunciar el peligro de la precariedad en el trabajo y la exclusión social en las economías de la globalización.

3.3-Los sistemas de incentivos a la productividad

La instalación y evaluación de sistemas de incentivos ligados a la productividad es otra condición común a la mayoría de países analizados. Esta cuestión es de relevancia no sólo porque está ampliamente difundida, sino sobre todo por las consecuencias en el desempeño efectivo del personal, su contribución a mejorar la productividad de los servicios, la sostenibilidad económica de los propios sistemas de incentivos y la propia gestión del personal.

La búsqueda de una mayor productividad en los servicios de salud, al igual que de la calidad, forma parte indisoluble de las orientaciones y propuestas contenidas en las reformas. Es parte esencial de la racionalidad económica dominante en dichos procesos. Al mismo tiempo es también un imperativo de una nueva gerencia, moderna y responsable, necesaria en todos los países.

La generación de sistemas de incentivos, como una estrategia económica esencial de la gestión de los servicios (y que tiene un impacto sustancial en los comportamientos y resultados del desempeño del personal), ha sido promovida de manera activa por organismos financiadores y se ha extendido rápidamente por la región.

Sin embargo, las experiencias, no todas adecuadamente evaluadas, presentan resultados contradictorios. Tan contradictorios como son los resultados de la evaluación de la literatura especializada sobre este tema. Los nueve países reportados resaltan como muy importante la cuestión de los incentivos ligados a productividad: unos países con experiencias vividas y en pleno curso (Brasil, México, Chile, Perú) y otros en vías de instalar o reclamando o evaluando la instalación de sistemas de incentivos (Panamá, Ecuador, Costa Rica, Jamaica, El Salvador).

El desafío no es sencillo. La cuestión de los incentivos es muy compleja y conflictiva, tanto al abordarse como objeto de análisis (en lo teórico, metodológico y operacional), como al definirse como estrategia de intervención: en lo político, técnico y financiero (que como indica la experiencia de Brasil, la sostenibilidad es un problema mayor), como en su efectividad e impacto. Si, además, se refiere a su relación con la

productividad, se incrementa su complejidad y su relevancia para el desarrollo de los servicios, incluyendo sus consecuencias para los principales afectados, los trabajadores. La definición y la medida de la productividad en salud es uno de los temas más estudiados, por dinámicos y polémicos, de la gestión en Salud. La definición de los productos múltiples y de difícil definición del proceso de producción de servicios de salud, sus factores de producción y el papel del personal, la definición de indicadores y la información de apoyo, son algunos de los grandes problemas a resolver en los servicios de salud.

3.4-La cuestión de la Calidad

La vieja cuestión de la calidad aparece ahora con mucha fuerza en los países como un atributo (u objetivo) de los cambios en los procesos de reforma y como una categoría dinamizadora del mejoramiento del desempeño y de la educación del personal. En casi todos los países de la Región se ha puesto de manifiesto, de un lado la intención de desarrollar o de fortalecer acciones o intervenciones para el mejoramiento de la calidad de la atención, algunos claramente comprometidos con sistemas de mejoramiento continuo, en el contexto de procesos más amplios a nivel estatal o de la administración pública (como en los casos de Chile y México), y de otro, la necesidad de evaluar y comparar experiencias nacionales, con objetivos de aprendizaje institucional.

3.5-La cuestión educativa

La cuestión educativa aparece, en el actual escenario, resaltando dos dimensiones principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos y la educación para el desempeño del personal en activo. Ambas han experimentado notorios impactos en los años recientes.

De manera unánime la cuestión de la formación educativa del personal profesional y técnico se definió históricamente sobre todo en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos y de los servicios de salud. Estos requieren, en los momentos actuales - y también en los de antes-, no de proto- especialistas sino de personal generalista para extensión de cobertura y desarrollo de nuevos modelos de atención. Brasil resaltó además la dimensión económica de este problema: durante 1998 se gastaron 106 millones de dólares en becas para residentado médico. Ante una tendencia por parte de las escuelas profesionales a cambiar los currícula como principal estrategia de cambio, se reclama, desde los otros actores del campo, la evaluación y la mejoría de la calidad educativa, la regulación de la oferta educacional y un mayor compromiso institucional con los requerimientos de educación continua (y su articulación con mecanismos de regulación como certificación y recertificación) y de recalificación o de profesionalización para mejorar la calidad del desempeño del personal auxiliar y técnico en actividad.

La educación del personal en activo en casi todos los países ha sufrido un impulso en las reformas y en los proyectos de inversión que les dan soporte. En respuesta o en apoyo a la descentralización y a la instalación de nuevas formas de organización y de gestión, se

generan proyectos o componentes de proyectos de desarrollo institucional para responder a necesidades de nuevos perfiles ocupacionales, de nuevas competencias en los perfiles actuales, con una cobertura masiva y con impacto local. Estos proyectos han requerido la adopción de nuevos paradigmas educacionales y de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

La gestión educacional bajo criterios de mercado, con cobertura masiva, impacto local y buscando la transformación de prácticas para sistemas descentralizados y nuevos modelos de atención es un enorme desafío para las tradicionales unidades de capacitación en el sector público. Se explican así nuevas modalidades de gestión educacional como son los fondos concursables (Costa Rica, Chile, Perú), la generación de redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Perú, Brasil), licitaciones internacionales y nacionales, nuevas modalidades como educación a distancia y por encuentros, etc.

3.6-Impacto de nuevas modalidades de organización y gestión de servicios

Una dimensión de las reformas que debe ser resaltada es la generación de nuevas modalidades de organización y de gestión de servicios. En casi todos los países se han promovido experiencias buscando superar rigideces o resolver problemas insolubles bajo el orden organizativo convencional. Se pueden enumerar como muestras:

- nuevos modelos de atención con implicaciones importantes para la gestión del trabajo en los servicios como el Programa de Salud de la Familia de Brasil,
- modalidades de gestión participativa de servicios de primer nivel como los CLAS de Perú,
- los compromisos de gestión en Chile, Costa Rica y Perú,
- experiencias de autogestión de servicios como el hospital de San Miguelito en Panamá,
- la creciente incorporación de modalidades de *managed care* en los servicios de salud en muchos países,
- la compra de servicios a cooperativas de servicios o a terceros como en Costa Rica y Brasil,
- la expansión de la acción de instituciones privadas de financiamiento tipo prepagos en Chile, México, Colombia, Perú o Brasil;
- el impacto de las experiencias de descentralización de los sistemas de salud en casi todos los países, etc.

Ante esta amplia gama de modalidades cabe preguntarse: cuál es el impacto de estas experiencias sobre el trabajo del personal y sobre la atención a la población?, qué implica para la gestión de personal?, se favorece la mejoría de la calidad y la productividad?, cuáles son las condiciones de trabajo?.

3.8-Otros problemas y cuestiones no por menos frecuentes menos importantes

En este apartado se dará sucinta cuenta de algunos problemas identificados por los países, que sin ser tan frecuentes como los arriba señalados, tienen importancia en algunos contextos nacionales.

Una de las situaciones comunes es la **debilidad de los sistemas de información** de recursos humanos y la baja capacidad técnica del personal de las unidades responsables, tanto a nivel de los ministerios como de las entidades descentralizadas e instituciones de atención.

Jamaica, Panamá y Costa Rica señalaron la necesidad de superar los actuales sistemas de **evaluación de desempeño** de los trabajadores y su articulación con políticas de desarrollo de personal.

En la esfera del trabajo propiamente dicho, se expresaron preocupaciones por parte de Chile y México debido a problemas de **alta rotatividad** del personal, **ausentismo** y **desmotivación**. Chile y Panamá expresaron la necesidad de intervenir sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios y sobre los problemas de salud que aquejan al personal, resultante de las mismas.

5-LA TAREA PENDIENTE Y LOS DESAFÍOS

Qué hacer ante esta situación?. Cómo afrontar estos desafíos, cómo afrontar esa necesidad de cambiar, partiendo de una relativa debilidad en la gestión de los RRHH?. Hay algunas tareas urgentes que deben ser enfrentadas con decisión y de manera cooperativa entre países y entre grupos responsables y preocupados por las cuestiones del trabajo en Salud.

5.1-Promover un nuevo concepto de recurso humano y de gestión de recursos humanos

Es necesario promover una nueva visión ontológica del recurso humano y de su contribución a la atención de la salud de la población. A este respecto hemos insistido desde antes de la era de reformas del sector y ahora cobra aún mayor importancia. No puede seguir vigente la visión instrumental, cosificada, del personal propia de la administración de personal tradicional y que aún se puede encontrar en muchos servicios y en no pocos cursos y maestrías de Salud Pública. La superación de este paradigma es de absoluta necesidad para construir **una nueva práctica de la gestión de los RRHH**, basada en la idea de **sujetos históricos** inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que comprometen tanto la dimensión técnica como las relacionales sociales, económicas, políticas y culturales.

5.2-La construcción de una teoría propia del trabajo en los servicios de salud

Si antes era necesario, nunca como ahora se ha hecho tan evidente la importancia de una teoría del trabajo en los servicios de salud, que permita entender y explicar qué está pasando en el trabajo y en las relaciones de trabajo en los servicios de salud, como

consecuencia de los cambios en la economía, el estado, la sociedad y en el propio sector Salud.

Es necesario conocer más y mejor, desde la óptica del trabajo, esa matriz institucional híbrida de organización taylorista y de burocracia weberiana y sus determinaciones sobre la manera en que se organiza, se divide y se gestiona el trabajo en esas complejas instituciones llamadas hospitales y centros de salud. Es menester saber más de la tecnología médica y su impacto sobre los individuos y sus profesiones, sobre la economía política del servicio y del propio trabajo sanitario. La cultura institucional como *habitus* sanitario apenas empieza a ser explorada para poder entender por qué existe esa especial conflictividad de los servicios y de las profesiones y por qué algunas intervenciones son exitosas en un servicio y fracasan en otro similar del mismo subsector. Deseamos aquí, a título de ilustración, llamar la atención del lector a una cuestión que nos parece relevante para la gestión del trabajo en salud: **la cuestión de la distribución y ejercicio del poder**.

En ese amplio paisaje, no suficientemente explorado en las instituciones de salud, una cuestión importante es la estructura del poder en las instituciones de salud y sus ramificaciones hacia la configuración del trabajo y las relaciones laborales: conocer lo que podría denominarse una *microfísica del poder* en los servicios de salud (7).

La contemporánea cuestión de la gobernabilidad de las instituciones y la orientación efectiva hacia objetivos legítimos de cambio en los servicios en trance de reforma, se basa precisamente en un mayor conocimiento del poder. La cuestión del poder requiere ser desarrollada también para responder preguntas sobre la división del trabajo, la hegemonía de algunas profesiones, la cuestión del género en un sector de empleo eminentemente femenino, entre otras importantes cuestiones. Quién, y bajo qué criterios y con qué fines, define los criterios con los que se divide, organiza, controla y evalúa el trabajo en los servicios de salud?. Sobre qué bases de legitimidad determinados grupos o profesiones deciden qué se hace y qué no se hace con la atención a la salud de la gente?. Quiénes ganan y quiénes pierden con los procesos de cambio en marcha en los servicios?.

5.3-Desarrollar la Gestión de RRHH como un elemento esencial de la Gestión de los servicios en las reformas

Esta es una condición de eficacia política de la gestión de recursos humanos. La gestión de recursos humanos para poder influir sobre el trabajo y su contribución en la atención requiere ser apreciada como **función esencial de la gestión integral de los servicios de salud**. Es una práctica que se hace efectiva a través de las decisiones del equipo de dirección (que incluye pero no se limita al responsable de la oficina de administración de personal).

Una condición de esta función esencial sería la integración de las diversas dimensiones de la gestión de RRHH en una visión de la decisión y de la autoridad en el servicio: la gestión del desempeño, la educación permanente, la gestión de las relaciones de trabajo y de los conflictos, la administración del personal y la generación de una ética laboral en

salud, deben compartir un eje decisorio derivado de los objetivos de mejoría de la atención (8)

5.4-Fortalecer la capacidad técnica de los responsables y unidades de gestión de los RRHH

Esta es otra condición de la práctica de la gestión de los recursos humanos que se deriva parcialmente de la anterior. No se dispone de un cuerpo sistematizado de conceptos y categorías, de saberes específicos, de instrumentos metodológicos y de técnicas para intervenir efectivamente sobre las condiciones, contenidos y resultados del trabajo del personal en los servicios de salud. Junto a ello, la escasa prioridad que siempre se le ha asignado a esta función. Debido a ambas condiciones, la gestión de recursos humanos se ha dejado hasta hace muy poco en manos de personal de muy buena voluntad pero sin una formación adecuada a la trascendencia de la función. En el contexto previo de estabilidad regulatoria e imperio de la norma central, esa falta de profesionalismo configuró una práctica exclusivamente centrada en la administración de personal.

Junto a la tarea de construir una teoría del trabajo en salud, para lo cual se hace necesario investigar los problemas laborales en salud en sus distintas dimensiones y determinaciones, es necesario avanzar en la profesionalización del personal responsable de la gestión de los recursos humanos. Para ello se propone un esfuerzo sostenido y compartido de capacitación de personal, basada en los principios de la educación permanente, es decir tomando como necesidades educacionales los problemas de la gestión y las situaciones y decisiones cotidianas del propio gestor. Este empeño educacional debe constituirse en parte orgánica del desarrollo de capacidades técnicas en los proyectos de desarrollo institucional en las reformas.

5.5-Actualización regulatoria y normativa y desarrollo de instrumentos

El sector público de Salud comparado con otros sectores sociales y de la economía parece adolecer de una extrema frondosidad y de retraso normativos. No se trata de una consecuencia de la reconocida necesidad de disminuir la incertidumbre en los resultados de los procesos de atención, sino más bien de la necesidad de control y de disminución del margen de incertidumbre inherente al contrato de trabajo asalariado en la administración pública.

El centralismo ha sido y aún sigue siendo muy fuerte en la administración pública en América Latina, a pesar de las fuertes tendencias descentralistas. Y es más notorio en Salud. Frente a esta condición restrictiva de los cambios gerenciales, en algunos países se ha dado una flexibilidad normativa de facto (Perú, Brasil), mientras en otros países esa flexibilidad ha sido mediada por redefiniciones normativas y reglamentarias, como en el caso de Argentina.

La gestión de los recursos humanos es y será tributaria de las normas y regulaciones. Los cambios que se vienen dando en la dimensión legal y política del contrato laboral (y para el presente la necesidad de preservar mecanismos protectores de la calidad del empleo)

hacen las normas necesarias porque definen reglas de juego y posibilidades de protección. Es necesario evitar la flexibilidad salvaje precarizante. Se requiere en esta situación una suerte de balance entre las dimensiones de protección y de flexibilidad, debido sobre todo a las coyunturas de descentralización. Por la necesidad de generar prácticas locales de gestión dotadas de mayor autonomía, es que se hacen también indispensables la simplificación, adecuación y actualización normativas.

Otra tarea relativamente urgente para apoyar la efectividad de la gestión de recursos humanos en las reformas es la generación, adaptación o apropiación de instrumentos y técnicas de gestión en sus diversas dimensiones. Hay problemas que requieren de urgentes respuestas técnicas sobre nuevas y más apropiadas bases: evaluación del desempeño, estimado local de necesidades de personal, definición de términos de referencia para contratos o licitaciones, evaluación de programas y proyectos, supervisión, habilidades de comunicación, etc, que pueden contribuir a la efectividad de las intervenciones.

5.6-Los desafíos actuales para el gestor de recursos humanos

El rumbo de algunos procesos incluídos en las reformas sectoriales generan algunos desafíos y encrucijadas para el gestor de recursos humanos responsable de la equidad, calidad y eficiencia de la atención y comprometido con la calidad de la vida laboral del personal de salud. Además de las limitaciones y características de la gestión de recursos humanos realmente existente en los servicios, ya anotadas; deben ser consideradas las políticas de separación de funciones, las nuevas modalidades de financiamiento, la compra de servicios, las modalidades flexibles de contratación, etc, que si bien pueden ser efectivas para atender necesidades apremiantes de la gestión financiera de los servicios, e incluso de la extensión de la cobertura, pueden al mismo tiempo generar en el mediano plazo condiciones no adecuadas para un desempeño de calidad.

Los desafíos tienen que ver con el logro de calidad en el desempeño, con una mayor productividad, con una mayor motivación con el compromiso institucional y una mayor participación en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. La encrucijada se refiere a que tales desafíos deben ser enfrentados con un margen precario de condiciones de trabajo y de escasas posibilidades y recursos para la inversión en capital humano. Hasta dónde será posible asegurar calidad y productividad en condiciones flexibles de empleo?. En un contexto de creciente compra de servicios y externalización será posible garantizar tales atributos de una buena atención?. En un contexto económico y laboral con tendencia al deterioro o, en el mejor de los casos, estable: hasta dónde se puede flexibilizar?, cuáles son las formas legítimas de empleo flexible?.

Cómo prevenir que la creciente flexibilización no se acompañe de creciente precarización y que se instale la desprotección contra la que clama el Premio Nobel?. Cuáles son las causas de la desmotivación del personal y cómo revertir esas causas?. Cómo generar sistemas de incentivos sostenidos y sostenibles?. Cómo comprometer a la dirección del servicio en la empresa de dirigir el desarrollo del personal, como una condición estratégica de la calidad, la equidad y la eficiencia?. Por último: qué debe hacer un gestor

responsable y sensible a las condiciones del empleo y de la atención a la salud, para que se cumpla ese viejo gran objetivo de una gestión de recursos humanos que cree y asegure condiciones para satisfacer las legítimas demandas del personal, los requerimientos del servicio y, sobre todo, las necesidades y el derecho que la población tiene a una buena atención de su salud?.

El terreno de las respuestas a estas cuestiones es el terreno de las **políticas de desarrollo de recursos humanos** que aseguren de un lado **condiciones de trabajo decentes** (como reclama la OIT en su Informe 1999) y **una atención equitativa, de calidad, eficiente y efectivas**, que se dé en **servicios de salud dignos para el paciente y dignos para el trabajador**.

No es buena práctica cerrar un artículo con tantas y tan serias preguntas. Pero este trabajo se hace cargo de esa mala práctica: no intenta dar respuestas ni recetas, sino llamar la atención de una situación que no puede ser mantenida sin poner en peligro la calidad de la atención y hasta los mismos objetivos de las reformas. Esa situación es bastante compleja: por un lado está la creciente flexibilización y precarización del empleo en los servicios de salud y la falta de adecuadas condiciones para un desempeño eficiente y de calidad; y de otro lado, la deficitaria gestión de los recursos humanos en los servicios de salud. Esa situación contiene la paradoja de querer cambiar de manera sustantiva los servicios sin considerar una inversión institucional para acrecentar su más importante valor: el recurso humano.

Referencias bibliográficas

- 1-Coordinadora General de RRHH, Ministerio de Salud de Brasil- OPS/OMS- CONASEMS. Política de Recursos Humanos para la Salud: Cuestiones en el área de gestión y regulación del trabajo. Informa Final. Brasilia, 1999
- 2-Dal Poz, M. Presentación en la Reunión Regional: Recursos Humanos: Factor crítico de la Reformas en Salud. San José de Costa Rica. Diciembre 1997. OPS/ HSR. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 8. 1998
- 3-Martínez D. (OIT). Presentación en la Reunión de Constitución del Observatorio de los RRHH en las Reformas Sectoriales de Salud. OPS-OIT-CEPAL.. Santiago de Chile, Junio, 1999
- 4-Ibid.
- 5-Ibid.
- 6-OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe de la Reunión de Constitución del Observatorio de los RRHH en las Reformas Sectoriales de Salud. OPS-OIT-CEPAL. Washington DC. Nov.1999
- 7-Townley B. Reframing Human Resources Management. Power, Ethics and the Subject at Work. Sage Pub. London, 1994
- 8-Brito P., F. Campos y M. Novick (org). Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. OPS. Washington DC. 1996