

DESAFÍOS de la GESTIÓN de los RECURSOS HUMANOS en SALUD

2005-2015



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud
Unidad de Recursos Humanos para la Salud

DESAFÍOS de la GESTIÓN de Los RECURSOS HUMANOS en SALUD

2005-2015

Este Documento elaborado por Marta Novick y Carlos Rosales se hizo tomando como insumo las reuniones de consulta realizadas en el marco de la cooperación técnica en Gestión de Recursos Humanos en Salud, así como los diferentes documentos producidos por la Unidad de Recursos Humanos para la Salud dependiente del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, se destacan en estos textos los aportes de los Dres. Pedro Brito, Charles Godue, Félix Rigoli, Mónica Padilla, Silvina Malvarez, Rosa María Borrell y Daniel Purcallas

2006



Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud
Unidad de Recursos Humanos para la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Novick, Marta

Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015.

Washington, D.C.: OPS, © 2006.

ISBN 92 75 07395 3

I. Título II. Rosales, Carlos

1. RECURSOS HUMANOS EN SALUD - organización & administración
2. COOPERACIÓN TÉCNICA
3. PERSONAL DE SALUD
4. ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
5. DESARROLLO DE PERSONAL

NLM W 76

© Organización Panamericana de la Salud, 2006

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, Área de Desarrollo de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	v
INTRODUCCIÓN	vii
<i>Capítulo 1</i>	
EMPLEO Y POBREZA: SITUACIÓN GENERAL DE AMÉRICA LATINA EN LOS 2000	1
<i>Capítulo 2</i>	
LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA REGIÓN	5
<i>Capítulo 3</i>	
LA SITUACIÓN DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA REGIÓN	11
<i>Capítulo 4</i>	
LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	15
<i>Capítulo 5</i>	
LOS PROBLEMAS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	19
<i>Capítulo 6</i>	
LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN EL CAMPO DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	23
6.1 La dimensión institucional en gestión de recursos humanos en salud	27
6.1.1 Dimensión institucional y marco regulatorio	27
<i>Síntesis del problema</i>	27
6.1.2 Principales áreas de cooperación para fortalecer la dimensión institucional	29
6.2 Dimensión laboral en gestión de recursos humanos en salud	32
6.2.1 Dimensión laboral	32
<i>Síntesis del problema</i>	32
6.2.2 Principales áreas de cooperación para desarrollar la dimensión laboral	39
6.3 La dimensión educacional en gestión de recursos humanos en salud	43
6.3.1 Dimensión educacional	43
<i>Síntesis del problema</i>	43
6.3.2 Principales áreas de cooperación	45
6.4 Dimensión de la gestión de los recursos humanos en salud para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS)	47
6.4.1 Dimensión de la gestión	47
<i>Síntesis del problema</i>	47
6.4.2 Principales áreas de cooperación en materia de gestión de recursos para el fortalecimiento de la APS	50
6.5 Dimensión de investigación en recursos humanos en salud	53
6.5.1 Dimensión de investigación	53
<i>Síntesis del problema</i>	53
6.5.2 Estudios y/o investigaciones que generen evidencias sobre los factores de gestión asociados a una mejor atención en salud	55
6.5.3 Identificación y difusión de «buenas prácticas»	56
6.5.4 Cuadro síntesis de áreas de cooperación técnica	57
BIBLIOGRAFÍA	63

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), cumpliendo su mandato de impulsar el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la formulación de políticas y gestión de recursos humanos en salud, ofrece este análisis del estado de la problemática de gestión del trabajo en los países de la Región de las Américas.

El panorama es, sin duda, de una gran complejidad y presenta una gran diversidad de procesos en marcha. Existen campos o áreas críticas que deben ser abordados de manera conjunta para contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios equitativos, universales y de calidad.

Se invita a compartir un análisis de la problemática de gestión del trabajo en salud, de los cambios que se están dando en las relaciones entre los diversos actores del campo de los recursos humanos, así como de los requerimientos de cooperación técnica que se derivan de ese análisis.

En este trabajo se entiende la gestión de recursos humanos como el conjunto de procesos y actividades que ponen en funcionamiento, desarrollan y movilizan a los trabajadores que las organizaciones de salud necesitan para alcanzar los objetivos sanitarios establecidos. Esto implica que el proceso de gestión de recursos humanos en salud involucra a todos los miembros activos de la organización de salud, entendiéndose por tales: la dirección, los funcionarios y las asociaciones de trabajadores. La organización de los procesos de trabajo en salud requiere definir las políticas de personal y articular las funciones sociales con los objetivos sanitarios de las instituciones de salud. Se precisan métodos e instrumentos para conseguir, conservar y desarrollar los recursos humanos en salud que se reconocen como el valor más importante de toda organización de salud. Por último, se hace necesario contar con instrumentos administrativos, reglamentarios e instrumentales que garanticen la adecuada gestión de los recursos humanos en salud.

Con esta perspectiva y con el objetivo de facilitar el desarrollo de los procesos nacionales de gestión de recursos humanos de salud, se presenta esta actualización del análisis y la definición de los campos de acción de la cooperación técnica de la OPS. Se propone un ordenamiento temático según

las principales dimensiones en las cuales hoy se discute la gestión de recursos humanos.

Corresponde señalar que esta publicación ha sido producto del trabajo de todos los funcionarios de la Unidad de Recursos Humanos en Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de la OPS, así como de grupos de consulta convocados para enriquecer el análisis y la propuesta. Entre estos destacan los aportes realizados por la Dra. Marta Novick, Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo de Argentina y la Dra. Marisol Barría, Ministra de Salud de Chile entre otros.

Esperamos que este documento sea un aporte efectivo para todos quienes desempeñan responsabilidades de gestión del trabajo en las organizaciones de salud de la Región de las Américas y que contribuya a mejorar el desempeño de los trabajadores en un contexto de trabajo digno para todos.

Por último, cabe destacar que esta publicación se pone a disposición de la comunidad dedicada al desarrollo de los recursos humanos en salud de las Américas un contexto sumamente favorable para el tema ya que este año el Día Mundial de la Salud y la Semana Panamericana de la Salud estarán dedicados a los trabajadores de la salud.

*Charles Godue, Jefe
Unidad de Recursos Humanos para la Salud
OPS – Washington, D.C.*

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene por objetivo situar la problemática de gestión de los recursos humanos en salud como un eje prioritario de la cooperación técnica de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS) en los próximos años. En 2006, la OMS anunciará la década de los Recursos Humanos en Salud, el Día Mundial de la Salud será dedicado a los Recursos Humanos y el Informe Sobre la Salud en el Mundo tiene por tema a los Recursos Humanos en Salud. En ese marco, se presenta la agenda de cooperación técnica en materia de gestión de los Recursos Humanos, a partir de las experiencias y estudios realizados en los diferentes países. En este documento se tratarán de definir las dimensiones, la orientación y la estrategia de cooperación técnica en materia de gestión.

La Región enfrenta un doble desafío. Por un lado, se encuentra atravesando un momento de inflexión después de los impactos de las reformas en la década de los 90, que no cumplieron con las promesas realizadas. A pesar de haber mayor estabilidad macroeconómica en la mayoría de nuestros países, el incumplimiento de las promesas y la crisis social ponen en riesgo incluso la credibilidad de la democracia.

La búsqueda de la excelencia en salud es un objetivo prioritario hacia el logro de la equidad y de una mejora en la calidad de vida, tanto en materia de cobertura como de calidad de atención. El trabajador de salud se constituye en un intermediario privilegiado entre el conocimiento requerido para el logro de estos objetivos y la población, en el marco de instituciones sectoriales y de los planes y programas asociados a la prestación de servicios de salud.

Simultáneamente, es necesario reconocer que nos encontramos inmersos en la sociedad de la información, o sociedad del conocimiento^{1, 2, 3} en que los

¹ Castells M: "La era de la información: economía, sociedad y cultura", Vol.1, La sociedad red, Alianza Editorial, Madrid, 1998.

² Lundvall B: "¿Por qué la nueva economía es una economía del aprendizaje?" en Boscherini F, Novick M y Yoguel G (compiladores): "Nuevas tecnologías de información y comunicación. Los límites en la economía del conocimiento", Miño y Dávila y UNGS, Buenos Aires, 2003.

³ Lugones G, Bianco C, Peirano F y Salazar M: "Indicadores de la sociedad del conocimiento e indicadores de innovación. Vinculaciones e implicancias conceptuales y metodológicas" en Boscherini F, Novick M y Yoguel G (compiladores): "Nuevas tecnologías de información y comunicación. Los límites en la economía del conocimiento", Miño y Dávila y UNGS, Buenos Aires, 2003.

procesos de aprendizaje y de innovación constituyen los ejes de la competitividad y de integración al mundo global. La importancia del conocimiento en la sociedad actual resalta la importancia de poder transformarlo en un bien público, al menos en sus aspectos más generales, por las externalidades que produce. Sin embargo, en nuestros países tanto el acceso al conocimiento como su apropiación son bienes “restringidos” y no públicos.

Estas transformaciones y desafíos también se aplican a la problemática de la gestión de recursos humanos obligando a una nueva mirada del tema y a la elaboración de una propuesta renovada. La certeza de que los ámbitos de acción se han modificado, requiere de una revisión y discusión amplia, tanto con los actores sociales como con los gobiernos que cotidianamente deben dar respuesta a esta problemática, central para el adecuado desempeño de los sistemas de salud. La gestión de recursos humanos en salud es un tema «eje» en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y su abordaje es más complejo de lo que se supone.

Este documento desarrolla en primer lugar, una descripción sobre la situación general de la Región en términos de crecimiento, empleo y pobreza (capítulo 1), sigue con una breve sinopsis de la situación de salud en la Región (capítulo 2) para continuar con un análisis del campo de los recursos humanos (capítulo 3), y de lo que se considera en la actualidad como gestión de recursos humanos en salud (capítulo 4). Posteriormente se presenta una descripción de la(s) Agenda(s) para la gestión de los recursos humanos (capítulo 5), y las principales dimensiones para la cooperación técnica en gestión de recursos humanos en salud y los principales problemas en cada una (capítulo 6). Las dimensiones tratadas son la institucional, la laboral, la educacional, la atención primaria y la investigación, identificando en cada una los principales problemas y por tanto las posibles áreas de cooperación. Se trata de un documento de trabajo, sujeto a los comentarios y aportes que puedan recibirse para su mejor implementación.

Capítulo 1

EMPLEO Y POBREZA: SITUACIÓN GENERAL DE AMÉRICA LATINA EN LOS 2000

La década de los noventa en América Latina terminó con bajos niveles de crecimiento, una elevada vulnerabilidad financiera de los países, alto desempleo y muy débiles avances en términos de equidad.

América Latina claramente ha sido, una región que, desde fines de los años ochenta hasta la actualidad, ha aplicado políticas de liberalización económica, privatización de empresas públicas, apertura comercial acelerada y retiro del Estado con mayor profundidad. Simultáneamente, de 1980 a 2000 el número de pobres creció en toda América Latina en 75 millones de personas, superando en la actualidad la cifra de 200 millones. Del total de los nuevos pobres de la Región, casi el 95% son urbanos. Los programas de liberalización económica, inspirados en gran medida en el llamado “Consenso de Washington” (conjunto de mandatos políticos y económicos que, desde fines de los años ochenta, definió prioritariamente una doctrina de apertura comercial y desregulación promovida por los países centrales y los organismos de crédito multilaterales hacia los países del llamado Tercer Mundo), generaron no sólo pobreza e indigencia, sino que acentuaron dramáticamente los índices de inequidad económica y social, dispararon las tasas de desempleo a cifras superiores al 15% y promovieron, con la salida del Estado del rol rector mantenido en las décadas anteriores, un incremento de los niveles de analfabetismo y abandono escolar producto de la falta de recursos para la educación pública, así como un deterioro nunca visto de los sistemas de salud pública, que son los utilizados por la mayoría de la población latinoamericana⁴.

⁴ Taller sobre “Inequidades económico-sociales en América Latina”, 29 de mayo al 2 de junio de 2003, Bariloche, Argentina.

En los inicios de los años setenta el incremento del producto regional estaba en un 6% anual. A fines de esa década retrocedió a 1,5% y durante los años ochenta las economías latinoamericanas no crecieron. En el primer lustro de los noventa el producto regional creció a una tasa de 3% anual, llegando a 5,3% en 1997 pero volvió a caer en 1998 y 1999. El crecimiento promedio anual durante los noventa fue de 3,2%. Si bien hubo una recuperación del crecimiento durante el período 2003-2004, debería incrementarse y mantenerse en forma sostenida para comenzar a revertir las consecuencias económicas y sociales de la década de los noventa.

Los modelos económicos y sociales implementados a lo largo de los años noventa en gran parte de los países de América Latina (aunque con diferencias importantes entre ellos) afectaron significativamente las formas de organización productivas, sociales y económicas existentes hasta entonces. A nivel agregado, las diversas políticas contaron con un eje común centrado en la necesidad de mejorar aceleradamente la productividad abriendo las economías a los mercados internacionales de bienes, servicios, tecnología y capitales. Se sostenía que la libre circulación de bienes y capitales introduciría cambios en la estructura productiva capaces de cerrar la brecha con los países desarrollados. Se suponía que estas acciones permitirían recuperar el dinamismo productivo que había entrado en crisis en la última etapa del modelo de sustitución de importaciones. En particular, afirmaban que la desregulación del mercado laboral induciría a mejorar tanto la cantidad como la calidad del empleo, en el marco de una reasignación de recursos y de una nueva especialización productiva. El interés se desplazó desde el objetivo previo de lograr el pleno empleo, hacia una subordinación del mercado laboral a los requerimientos emergentes de las modificaciones en la estructura de la economía signadas por la idea del libre mercado. Como resultado de ello, los indicadores de desempleo treparon hasta niveles inéditos mientras que las actividades más relevantes sufrieron un severo proceso de reestructuración, e incluso de desarticulación, de los encadenamientos productivos (red de proveedores, etc.).

En esos años, se fueron creando a nivel internacional las condiciones para que la economía mundial dejara de ser un agregado de economías nacionales vinculadas por flujos de comercio, inversión y financiamiento para convertirse progresivamente en un conjunto de redes globales de mercados y producción que cruzan las fronteras nacionales. Sin embargo, estos procesos de indudable y creciente empuje no estuvieron acompañados de un desarrollo equivalente de la institucionalidad a nivel internacional, cuya agenda es incompleta y asimétrica.

La globalización no produjo una homogeneización de la economía mundial, y no se constituyó en una dinámica integradora única y uniforme. Por el contrario, se tradujo en un proceso desigual y multidimensional. A consecuencia de esta globalización desigual, según la Organización

Internacional del Trabajo (OIT) se produjeron brechas en el empleo en la protección social y en el diálogo social⁵.

Para avanzar hacia la reducción de las brechas y deficiencias acumuladas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecen metas altamente ambiciosas para los países, sus Estados y sus sociedades. Ello implica un replanteo del rol del Estado y de la recuperación de su capacidad con nuevos modelos y nuevas institucionalidades, tanto en materia de política de salud y sus objetivos sanitarios como en materia de recursos humanos, eje central para dar respuesta a las demandas de la sociedad.

Los datos que se exponen a continuación, muestran claramente la situación en el ámbito de la salud y los desafíos concomitantes.

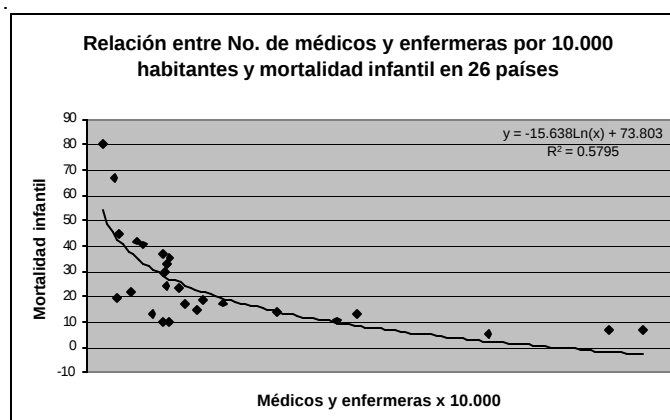
⁵ Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización: “Por una globalización justa: crear oportunidades para todos”, Suiza, 2004.

Capítulo 2

LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA REGIÓN

En América Latina, la esperanza de vida al nacer alcanzó un promedio de 70 años al finalizar el 2000, lo que corresponde a la meta fijada para el final del siglo en la estrategia de salud para todos. Según datos de “Condiciones de salud de las Américas”⁶, al inicio de este nuevo siglo se estimaba que los valores variaban de 54,1 a 79,2 años en los países de la Región, es decir una diferencia de más de 25 años.

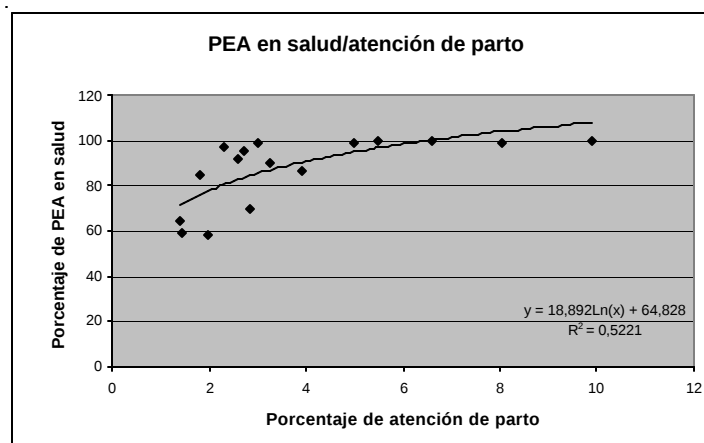
En el período 1990-2003, se registra el descenso más acelerado de la mortalidad infantil estableciéndose como promedio para la Región 25,6 por mil nacidos vivos, con la salvedad que los promedios regionales de mortalidad infantil esconden grandes disparidades entre países. Existe un grupo de cinco países que cuentan con niveles de mortalidad infantil inferiores a los observados en Europa en 2003, mientras que un grupo de 12 países registran índices de mortalidad infantil superiores al promedio regional. Entre estos sobresale Haití, cuya tasa es superior a 60 por 1.000, lo que revela el rezago generalizado que adolece este país, el más pobre del hemisferio occidental. La relación estrecha entre disponibilidad de trabajadores de salud y resultados en materia de mortalidad infantil puede observarse en el siguiente gráfico:



Fuente: Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 2004. Organización Panamericana de la Salud.

⁶ OPS/OMS: “Las condiciones de salud en las Américas”, edición de 1994, Vols. I y II.

En cuanto a la salud de las madres, las estimaciones disponibles indican que se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y al parto en la Región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año. El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad. La OPS ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y la desatención de embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. En los datos reportados existen solamente un pequeño grupo de países, Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, que aparecen con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que van desde 60 hasta un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití. Uno de los factores más estrechamente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna es la atención del parto a cargo de personal calificado. América Latina, registra un 82% de partos atendidos por personal calificado. Por lo que resulta relativamente bien posicionada respecto de otras regiones menos desarrolladas (África con un 46% y Asia con un 62%) pero por debajo de los países más desarrollados de Europa y de Norteamérica (99%). La siguiente gráfica muestra la relación existente entre el porcentaje de la población económicamente activa que trabaja en salud (PEA en salud) y el porcentaje de atención institucional del parto en 17 países de América Latina y el Caribe.



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos. OIT/SIAL. 2004.

En la mayoría de los países de la Región, las tasas de uso de anticonceptivos se sitúan entre el 45% y el 70% aunque en tres de ellos (Bolivia, Guatemala y Haití) se observan valores muy inferiores. Sólo Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico registran tasas de uso que superan el 75%.

En cuanto al VIH/SIDA, según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Caribe registra la prevalencia más alta entre adultos después del África Sub Sahariana, con una tasa promedio del 2,3% en los adultos, por lo que este síndrome se ha convertido en la causa de muerte más importante en la población de 15 a 49 años. En toda la Región también se han observado incrementos significativos del número total de personas infectadas entre 2002 y 2004. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas infectadas en América Latina y el Caribe, un 21% de las cuales vive en el Caribe⁷. Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas. La perspectiva general de la Región permite destacar que, de los 27 países de América Latina y el Caribe que han informado sobre su situación respecto del VIH/SIDA, once registran una prevalencia superior al 1% y cinco de ellos incluso superior al 2%. Ocho de los once países considerados de alta prevalencia en la Región pertenecen al Caribe (si se incluyen Guyana y Belice) y se destaca el caso de Haití, único país de la Región que tiene una prevalencia superior al 5%.

Cabe resaltar que la epidemia está cambiando su perfil etéreo, ya que la mitad de los casos nuevos de infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años. Esto difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; este fenómeno se ha definido como rejuvenecimiento de la epidemia. Hasta diciembre de 2001, fecha en la que se registraba 1,82 millones de personas infectadas por el VIH en la región, la prevalencia en jóvenes de ambos sexos a finales del mismo año se estimaba en 240.000 para mujeres y 320.000 para hombres. En el Caribe, la mayoría de los nuevos casos de VIH se dan en mujeres de 15 a 24 años. En Jamaica, las jóvenes embarazadas tienen una tasa de incidencia que equivale a casi el doble de la que presentan las mujeres mayores.

En cuanto a la incidencia del paludismo, de los 35 países y territorios que integran la OPS, 21 informan sobre casos de transmisión activa de esta enfermedad. De los 472 millones de habitantes a que asciende la población de los 21 países con transmisión activa de paludismo, 208 millones (44,1%) viven en zonas expuestas a cierto riesgo de transmisión y 131 millones (59,8%)

⁷ ONUSIDA/OMS: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud, "Situación de la epidemia de SIDA", Ginebra, diciembre de 2004.

de esos están expuestos a un riesgo bajo o sumamente bajo de transmisión de la enfermedad. En 2003 se registraron cerca de 850.000 casos de paludismo en América Latina y el Caribe. Los países que notificaron el mayor número absoluto de casos de paludismo fueron Brasil y los de la Subregión Andina, que concentran alrededor del 82% de los casos, aunque el riesgo mayor de transmisión se observa en la subregión conformada por la Guayana Francesa, Guyana y Suriname, donde la incidencia parasitaria anual superó los 200 casos por 1.000 habitantes.

Las insuficiencias y limitaciones que presentan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe constituyen barreras que dificultan la superación de las brechas y reducen las posibilidades de adoptar medidas eficientes, en función de los costos, para prevenir o tratar las principales causas de muertes maternas e infantiles y las debidas a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

Desde este punto de vista, las limitaciones más importantes son la segmentación y la fragmentación. La segmentación impide o dificulta la adopción de medidas eficientes para diversos grupos, porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud que sólo pueden satisfacer los grupos más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico^{8,9} consolidando y profundizando la inequidad. Uno de los efectos más graves es que produce segmentación del derecho a la salud que, a pesar de estar consagrado en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago. Los resultados de estudios realizados en varios países de la Región demuestran que entre el 20% y el 77% de la población no tiene acceso al sistema de salud cuando lo necesita y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo¹⁰. Esta situación se ha agravado debido a los cambios en el mercado del trabajo, en particular con el incremento de la economía y del trabajo informal.

En América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra el riesgo de enfermar, mientras que más de 100 millones no tienen acceso a servicios de salud por razones geográficas. La información disponible muestra que en América Latina y el Caribe no se han aplicado estrategias coherentes para reducir la exclusión en salud. Como consecuencia

⁸ OPS/OMS/OSDI: "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe", serie Extensión de la protección social en salud, N° 1, Washington, DC, 2003.

⁹ Behrman J, Gaviria A y Székely M: "Social exclusion in Latin America: Perceptions, reality and implications" in "WHO'S IN AND WHO'S OUT: SOCIAL EXCLUSION IN LATIN AMERICA", John Hopkins University Press, Washington DC, 2003.

¹⁰ OPS/OMS/OSDI: "Estudios de caracterización de la exclusión en salud" [on line] <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>, 2001-2004.

de las restricciones financieras y presupuestarias, producto de las crisis económicas, las políticas desplegadas por la mayoría de los países durante los últimos 15 o 20 años han estado generalmente encaminadas a contener los costos y disminuir el gasto en salud.

El número de médicos por 10.000 habitantes como indicador de la disponibilidad de recursos de los servicios de salud, para la Región de las Américas presenta un incremento en los últimos años: de 13,1 en 1980 a 19,8 en 1999. Sin embargo este indicador no es homogéneo y presenta grandes diferencias entre y dentro de los países. Esta variabilidad del indicador de la oferta de servicios de salud refleja las desigualdades de los recursos en salud.

Otro elemento que en la actualidad es objeto de análisis, y sobre la que hay menos información, es la migración internacional. De acuerdo a estimaciones citadas en "Condiciones de salud de las Américas" ingresaron a las Américas más de 1 millón de personas en el año 2002, pero la distribución no es uniforme entre las subregiones. Hay dos subregiones que atraen personas: América del Norte, con un saldo de más de 1,35 millones de inmigrantes, y el Cono Sur con 12.000 inmigrantes anuales. En contraste, la subregión con mayor saldo emigratorio es México, con casi 300.000 personas en 2002, seguida por el Caribe Latino, con más de 43.000 personas anuales. El análisis en el interior de las regiones muestra que en América del Norte, Estados Unidos recibe 1,2 millones de personas por año, y Canadá, 0,15 millones. En el Cono Sur sólo la Argentina tiene un saldo inmigratorio de 24.000 personas anuales, mientras que Chile tiene un saldo emigratorio de 10.000. En el área Andina, todos los países presentan emigración o movimiento migratorio nulo. En el Caribe se encuentran pequeños países receptores de migración, entre los cuales se destaca Guyana, con un saldo inmigratorio anual de 1.320 personas; por otra parte, Jamaica tiene un saldo emigratorio anual de 14.000 personas. En el Caribe Latino el único país con inmigración es Puerto Rico, con 6.000 personas que ingresan cada año; también se destacan los saldos emigratorios de Haití y Cuba con 21.000 y 15.000 personas por año, respectivamente. De este fenómeno no están exentos los trabajadores de la salud, quienes con el propósito de conseguir empleos con mejores condiciones deciden emigrar, proceso creciente en la Región.

Capítulo 3

LA SITUACIÓN DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA REGIÓN

El campo de recursos humanos no está aislado de la dinámica de estos procesos y se verifican importantes cambios en su configuración y los problemas que los aquejan. En la mayoría de los países se observa un escenario de debilitamiento de las instancias gubernamentales responsables de la política y de la gestión de recursos humanos, además de una ausencia de mecanismos que permitan definir estrategias de planificación, regulación y gestión tanto desde el punto de vista educacional como del trabajo. El debilitamiento del rol rector del Estado y su sustitución en algunos países por sistemas de autorregulación¹¹ generan importantes heterogeneidades y segmentaciones.

Las diversas estructuraciones del campo de recursos humanos en los países están determinadas por los modelos de desarrollo económico y social que se despliegan sea en el ámbito nacional como en el regional. En el balance de estos nuevos escenarios se observa una falta de políticas anticíclicas, un crecimiento económico lento e inestable, una alta dependencia del financiamiento externo, la disminución del ahorro e inversión doméstica, el incremento del desempleo, de la precariedad laboral, de la informalidad y el deterioro en la distribución del ingreso.

Las reformas de los noventa pusieron de manifiesto la persistencia e incluso el aumento de los problemas de equidad, cobertura y calidad de salud en los países de la región, que implican retos importantes y soluciones difíciles que involucran reformas del estado y de la administración pública, particularmente de los sistemas de salud, que requieren de nuevas políticas e inversiones en recursos humanos.

¹¹ Arroyo, J: "Transiciones y contra-transiciones en el desarrollo de capacidades institucionales en el campo de recursos humanos en salud", octubre de 2002.

El “Campo de Recursos Humanos en Salud”, ámbito que presta atención a las cuestiones de la educación y del trabajo en salud, a las diversas formas de intervención como la regulación, planificación, gestión, negociación y evaluación de las prácticas técnicas y sociales, se ha complejizado cada vez más. Dicha complejidad se debe tanto a las características de los escenarios económicos y sociales recién descritos y a la fragmentación de sus instituciones, como a la ausencia de una visión transformadora y de un abordaje integral tanto de los problemas existentes como de los nuevos desafíos.

El sector salud se caracteriza por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que la componen, tanto en el sector específico de salud como en otros sectores vinculados, entre los cuales se identifican las instituciones formadoras de los recursos humanos, las que emplean, las que acreditan, las que habilitan y las que regulan diferentes prácticas. Este tipo de estructura se comporta de manera fragmentada y cada subsector o institución opera con diferentes lógicas y visiones, bajo regímenes legales diferentes y con especificidades de trabajo distintas, lo que dificulta aún más la gobernabilidad del campo.

Como espacio de conocimiento y acción el campo de recursos humanos en el sector salud ha atravesado por diversos momentos y oportunidades que lo han enriquecido y redefinido, variando los ejes de su desarrollo. Por muchos años, el epicentro de las acciones estuvo centrado en los temas educacionales, aunque recientemente se desplazó hacia la esfera del trabajo, producto de los cambios en la organización social, de las dinámicas económicas y de las reformas estatales y sociales. Actualmente, se busca un equilibrio en el desarrollo de las competencias que le corresponden a cada esfera en particular [educación y trabajo] y a las interfases entre ambas, situación que requiere de acuerdos políticos y técnicos sobre aspectos que sólo pueden resolverse sobre la base de las evidencias y los consensos.

En este sentido, los ejes de acción del campo de los recursos humanos no pueden disociarse de los problemas que presenta el mercado laboral, el aumento de la conflictividad laboral, la articulación entre la formación, el entorno social y los servicios de salud, la dinámica de las profesiones, los nuevos roles que asumen las corporaciones profesionales y los gremios, la calidad de la formación y desempeño de los trabajadores de la salud y la educación permanente, para mencionar los principales.

Respondiendo a estos desafíos, la unidad de recursos humanos a partir de la publicación del libro “Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades”¹² ha trabajado consistentemente

¹² Brito, P, Campos, F y Novick, M: “Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades” en OPS/OMS, Washington DC, 1996.

en el análisis y la definición de procesos de cooperación alrededor de los sistemas formales de regulación y gestión del trabajo que se han constituido en un área de alta relevancia estratégica de la cooperación en recursos humanos. La preocupación por el abordaje y la mejora de los procesos de gestión de recursos humanos se ha continuado de manera sostenida y ha sido abordado en varios foros nacionales e internacionales con el apoyo del Programa Regional¹³. Para abordar estos nuevos desafíos se plantea la propuesta de cooperación técnica.

¹³ Se destacan en particular las reuniones de “Diálogo: Gestión del trabajo en los sistemas nacionales de salud: La perspectiva de los usuarios, los trabajadores de la salud y los gobiernos” realizado en Brasilia en Julio del 2004, la reunión del Seminario Anual de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en los procesos de reforma sectorial en la Región de las Américas, Brasilia noviembre 2004, la Reunión de un grupo de consulta sobre el campo de la Gestión de recursos humanos, desarrollada del 28 al 29 de abril en Buenos Aires, Argentina y, recientemente, otras dos Reuniones Subregionales de gestión de recursos humanos, una en Costa Rica del 17 al 22 de julio de 2005 y otra en Perú del 10 al 12 de agosto de 2005.

Capítulo 4

LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La reflexión sobre el concepto de gestión es útil para entender que los desafíos de cambio en los sistemas y servicios de salud, se originan en múltiples causas y por tanto requieren de alternativas diferentes e integrales de solución. No hay un solo instrumento que mejore automática y mágicamente la gestión. La teoría organizacional ha evolucionado desde el pensamiento administrativo hasta entender la toma de decisiones como un factor clave para conducir a los actores de la organización. Alcanzar los objetivos trazados para el sistema de salud es lo que se puede denominar conversión (transformar recursos en objetivos; Tobar¹⁴).

El concepto de gestión es de gran amplitud, ya que permite una aproximación integral a las organizaciones, en los que el recurso humano no es un factor más de producción, sino un elemento constitutivo de las mismas con características particulares. Existen varias definiciones sobre el tema. Aquí interesa resaltar ciertos elementos planteados en algunas definiciones relevantes.

Ortún Rubio¹⁵ define el concepto diciendo que “gestionar supone coordinar y motivar a las personas que forman parte de una organización (en este caso sanitaria) para conseguir la finalidad de esta”. El concepto de gestión se sustenta en la idea de que los actores de la organización están motivados por otros factores que exceden a la mera remuneración, por ejemplo, su propia historia, la satisfacción personal del trabajo, la motivación social, el ambiente.

De manera semejante, Marcondi¹⁶ señala que la gestión estratégica de los Recursos Humanos se puede entender como la definición de políticas y directrices en relación a sus Recursos Humanos para aumentar las habilidades

¹⁴ Tobar, S: “Alternativas para la formulación de políticas de macrogestión de recursos humanos”. Artículo realizado para OPS/OMS, 2003.

¹⁵ Ortún Rubio, V: “Innovación organizativa en sanidad”, Asociación de Economía de la Salud (AES), España. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita, edit. R. Meneu y V. Ortún, Barcelona, 1996.

¹⁶ Marcondi, N: “Políticas integradas de recursos humanos para el sector público”, Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública, www.top.org.ar/publicac.htm.

de los funcionarios —y por tanto del propio organismo público— para alcanzar su trabajo de modo de lograr sus objetivos.

Para el Ministerio de Salud del Perú, es “la capacidad de mantener a la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano. Los objetivos de la gestión de recursos humanos son las personas y sus relaciones en la organización, así como crear y mantener un clima favorable de trabajo, desarrollar las habilidades y capacidad de los trabajadores, que permitan el desarrollo individual y organizacional sostenido” (Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión, 1999).

La gestión de recursos humanos es el proceso por el cual los equipos gerenciales de una institución organizan el trabajo y distribuyen sus “capacidades humanas” / “capital humano”/ para la consecución de los objetivos de dicha institución.

Brito¹⁷ (2000) señala que al hablar de gestión de recursos humanos (o gestión del trabajo como se la denomina en Brasil) estamos refiriéndonos a una función más 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 salud de la población, en una institución especializada que también es 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 sectoriales vigentes y de modos de organización. Sólo bajo estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la gestión de los RRHH, que tome en cuenta la introducción de estrategias de racionalización y ordenamiento que se van incorporando a la gestión de los recursos humanos en salud.

La descentralización de los sistemas de salud, proceso con externalidades en la década anterior, generó una importante cantidad de cambios en la gestión de los recursos humanos en el sector público. La descentralización tuvo lugar en casi todos los países de América Latina y también en muchos de los países de Europa. En la mayoría de los países de América Latina se delegaron recursos y responsabilidades del sector en el nivel intermedio (gobiernos nacionales, provinciales o estatales) y en menor grado, al inmediato inferior (municipios o sus equivalentes). Esta descentralización no siempre estuvo acompañada de transferencia de recursos ni de capacidades, lo cual requiere en esta etapa avanzar en una mejora de las competencias a nivel local.

¹⁷ Brito, P: “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral” en Revista Panamericana de Salud Pública, 8 (1-2), 43/54, 2000.

Una encuesta realizada por la OPS en 18 países de la Región mostró que la delegación de competencias para gestionar el recurso humano en forma descentralizada se produjo en 16 de ellos, variando el grado de descentralización y/o de autonomía. Estos procesos no fueron acompañados en general por un fortalecimiento de la capacidad regulatoria de los Estados (Brasil es la excepción con un ente nacional de planificación y el resto con capacidades regulatorias limitadas). También hay un fuerte déficit de sistemas de información que permitan monitorear la dinámica del recurso humano desde una perspectiva integradora para la toma de decisiones¹⁸.

¹⁸ Arroyo, J, op cit.

Capítulo 5

LOS PROBLEMAS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Producto de múltiples factores, tales como la falta de resolución de algunos de los problemas tradicionales de la gestión de recursos humanos, de la aparición de nuevos temas vinculados con los procesos de reforma y sus fracasos, a los que resultan de los nuevos desafíos en el contexto de la globalización, se está frente a una yuxtaposición de tres agendas:

- ♦ La primera es la que se dio en llamar en los noventa, la vieja agenda^{19, 20} —**modelo burocrático**— que se correspondía con el modelo de relaciones laborales estables y protegidas, basadas en contratos de trabajo por tiempo indeterminado y, en algunos casos, con modelos de carrera sanitaria, aunque muy condicionadas por el valor otorgado a la antigüedad. La vieja agenda incluía problemas en la administración de personal que no necesariamente fueron solucionados y que hoy persisten. Es necesario destacar que la continuación de la rigidez de las normas aún perdura, y obstaculiza cambios en la gestión de los recursos humanos. Cherchiglia²¹ caracteriza a esta etapa como un sistema de gestión tradicional o weberiana²², basado en un modelo estable y de protección al trabajo.

¹⁹ Dal Poz, M: Trabajo presentado en la “Reunión Regional sobre Recursos Humanos: factor crítico de las reformas sectoriales de Salud”, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Serie Desarrollo de Recursos Humanos 8, OPS/OMS, San José de Costa Rica, 1998.

²⁰ Brito, P, Galín, P and Novick, M: “Labour relations, employment conditions and participation in the health sector” en Dal Poz, M and Ferrinho, P: “Towards a global health service strategy”, ITG Press, Antwerp, Belgica, 2003.

²¹ Cherchiglia, M: “La gestión del trabajo en América Latina y el Caribe: tensiones y conciliación entre el programa viejo y el programa nuevo”, OPS/OMS, 2004.

²² Nogueira R and Santana J: “Human resource management and public sector reforms: trends and origins of a new approach” en Dal Poz M and Ferrinho P: “Towards a global health service strategy”, ITG Press, Antwerp, Belgica, 2003.

Principales problemas de la “agenda burocrática”

- Ausencia de planificación de la fuerza de trabajo con base en un modelo de atención.
- Alto porcentaje de los gastos del Estado destinados al personal de salud combinado con bajos salarios del personal.
- Desequilibrios en la composición de la fuerza de trabajo.
- Inequidades en la distribución geográfica de los recursos.
- Desequilibrios e indefiniciones en la composición del equipo de salud.
- Falta de integración entre formación y servicios.
- Inequidades de género.
- ♦ La segunda —**la agenda flexible**— que surge de la reforma que la mayoría de los países inició en los noventa, responde a un nuevo modelo que estuvo caracterizado (no siempre logrado desde los sistemas normativos, pero sí desde la práctica) por un sistema regulatorio basado en la flexibilidad en el trabajo y en el empleo. Las reformas del sector salud —cualquiera haya sido su punto de partida— se inclinaron hacia la introducción de elementos competitivos en sistemas anteriormente integrados, la mayoría de las veces incluyeron la lógica de mercado y del sector privado como elementos centrales de la reestructuración. La agenda correspondiente a las reformas estuvo centrada fundamentalmente en situaciones o problemas vinculados con la descentralización, la desregulación, los cambios en los sistemas de financiación y la separación entre instituciones financieras y agencias ejecutoras. Para Cherchiglia se trata de un programa “nuevo” o flexible, que corresponde al modelo reglamentario basado en la flexibilidad en el trabajo y en el empleo.

Principales problemas de la agenda “flexible”

- Descentralización y separación de competencias.
- Flexibilización/ precarización del trabajo.
- Cambios en los mecanismos de regulación.
- Generación de incentivos a la productividad y mayor presión social por mejor calidad.
- Aumento incontrolado de la oferta educativa en salud a partir de la privatización.
- Feminización creciente de la fuerza de trabajo en salud.
- Requerimiento de nuevas competencias para enfrentar las nuevas (sic) funciones.

- ♦ Por último hay otra agenda, la agenda actual, la agenda inconclusa, **—de reconstrucción de capacidades—** que resulta de los múltiples problemas que arrojó la aplicación de la reforma, de algunos de sus fracasos y de la necesidad de redefinir el rol del Estado y su papel rector en materia de política social, y en salud en particular. La situación de desempleo y pobreza de enorme cantidad de personas en la región latinoamericana y la aparición de nuevas enfermedades obligan a mejorar la eficacia de los sistemas de salud, lo que implica simultáneamente jerarquizar la gestión del recurso humano por haber sido un factor relegado en las reformas.

Principales problemas de la Agenda “inconclusa”

La necesidad de “reconstrucción de capacidades”

- Nueva estructura de las decisiones a nivel global, debilidad de la autoridad sanitaria.
- Emigración creciente de profesionales. Reclutamiento internacional indiscriminado e inexistencia de normativa para el ejercicio profesional internacional.
- Debilidad de la gestión de recursos humanos en los diferentes niveles de atención y necesidad de mayor articulación sistémica.
- Desregulación del mercado de trabajo.
- Falta de protección de los recursos humanos (en materia de riesgos de salud, protección social y/o previsional).
- Debilidad de los aparatos de salud pública para la gestión de políticas públicas globales.
- Aumento de la conflictividad.
- Inadecuados conocimientos de los egresados en materia de gestión respecto de los requeridos por los servicios.
- Surgimiento de iniciativas globales con grandes volúmenes de financiamiento para temas puntuales.

La situación actual requiere recuperar los aspectos sociales y los objetivos de equidad dejados de lado por nuestros países en los 90 en nombre de mejorar la situación fiscal y hacerlos más compatibles con la situación internacional desde el punto de vista comercial y económico²³. La agenda de reformas no ha dado los resultados esperados en materia de pobreza ni de atención a la salud (ver capítulos 1 y 2) al incumplir con las metas de cobertura propuesta. La flexibilidad de las relaciones laborales no ha traído tampoco los beneficios supuestos y muchos países de la Región están comenzando a poner en práctica políticas de “desprecarización”. Al mismo tiempo, con la profundización de la

²³ Ocampo JA: “Fortalezas, debilidades y desafíos del pacto fiscal”, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Revista Reforma y Democracia, febrero de 1999.

globalización, aparecen nuevos desafíos a la gestión del sector salud a través de fenómenos como migraciones internacionales o acuerdos internacionales de certificación profesional.

Estos tres momentos y/o etapas que presentan problemas yuxtapuestos se vinculan de manera estrecha con la función asignada al estado en general y al sector salud en particular. En el modelo weberiano, el Estado actuaba como órgano tanto como regulador como empleador y prestador de servicios para capas importantes de la población. Dominaba una lógica centralizada y burocrática, sin demasiado hincapié en los costos ni en la calidad de la atención. La reforma intentó cambiar (debilitándolo) el rol del Estado, a través del avance de los criterios de privatización o “gerencialismo”, a partir de la aplicación de los principios de la administración de la empresa privada al sector público.

La reforma también intentó cambiar (debilitándolo) el rol del Estado, a través de la imposición o búsqueda de criterios basados en el “gerencialismo” con la aplicación de los principios de administración de la empresa privada al sector público. Se produjo una redefinición del Estado que implicó entender lo social como una forma de lo económico²⁴, ya que se exigió al Estado competir con el sector privado, crear competencia y acercar a la salud al concepto de mercancía, antes que asimilarla a un bien o un derecho.

La situación actual en la que persisten problemas de cada una de estas etapas, requiere una redefinición del Estado y de su rol rector en materia de salud. Su desafío radica en una resignificación sin volver a la lógica de un Estado burocrático y sin control de costos, o al predominio de criterios gerenciales o flexibilizadores. El desafío se orienta a encontrar un modelo de gestión en salud que pueda dar cuenta de las nuevas situaciones que presenta la atención de la población, con nuevas epidemias y situaciones epidemiológicas, con crecimiento demográfico, con recursos humanos que requieren compromiso, condiciones dignas de trabajo, con capacidad de desarrollo de la autonomía profesional, con un modelo de relaciones contractuales que garanticen seguridad, pertenencia y motivación que no se traduce necesariamente en una única modalidad por tiempo indeterminado y “estabilidad de por vida”. De este modo, la redefinición del rol del Estado está asociada de manera cercana a las transformaciones en la gestión de los recursos humanos en salud.

²⁴ Cherchiglia, op cit 2004.

Capítulo 6

LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN EL CAMPO DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los cambios analizados en los párrafos anteriores requieren de nuevas estrategias y nuevos ámbitos de cooperación y fortalecen la idea de plantear las diferentes dimensiones del tema de recursos humanos en salud como ejes de la cooperación técnica en este campo.

Todas las interpretaciones del nuevo mundo globalizado reconocen la importancia emergente del conocimiento en la sociedad²⁵, con profundas consecuencias para el trabajo de cooperación técnica en salud pues coloca como elemento central a la gestión y la difusión del conocimiento y, de esta manera, a los integrantes de la OPS, y del resto de las organizaciones de salud, como trabajadores del conocimiento. En el caso de la cooperación técnica en salud, la creciente importancia del conocimiento fortalece los efectos e impactos positivos de las intervenciones sobre los problemas nacionales de salud.

La centralidad de los Recursos Humanos en la sociedad de la información o del conocimiento es, incluso, más evidente que antes. Desde este punto de vista, los trabajadores de salud pueden ser considerados como “mediadores inteligentes” e “intérpretes” pues convierten los conocimientos especializados en soluciones a los problemas de salud. También debe reconocerse que ese conocimiento está distribuido entre todos los actores (profesiones) del sistema y que nadie detenta la información —ni el conocimiento— total. Esto significa que los países y también las organizaciones van definiendo progresivamente sus probabilidades de crecimiento y desarrollo según la inversión y el stock en el nuevo “capital”, el de sus recursos humanos, en tanto depositarios tanto de un conocimiento “codificado” como de uno “tácito” que es necesario utilizar adecuada y correctamente para mejorar la salud de la población. Por lo tanto, los sistemas de salud van definiendo la calidad y la efectividad global de su

²⁵ Recursos humanos en salud: desarrollo de capacidades de gente que atiende a la gente. Relato de la reunión técnica de HSR (Health Sector Reforms), Lima, del 7 al 9 de julio de 2002.

trabajo según la capacidad de conocimiento y de implementación de su gente, condicionados por los arreglos organizacionales y las actitudes de las personas.

La cooperación técnica en la gestión del conocimiento se concibe como factor democratizador, al permitir el usufructo y la generación compartida de esta riqueza. Desde esta perspectiva, la cooperación técnica se debe plantear tanto en la intervención de la gestión de recursos humanos como en las estrategias de intervención, y en la recuperación y el reconocimiento de los conocimientos locales.

Los pilares fundamentales para la cooperación técnica en base a esta “gestión del conocimiento” son, por un lado, la transformación de la información en conocimiento; por otro, la difusión y reproducción de este conocimiento, y finalmente, su incorporación por parte de los diversos actores en diferentes niveles y ámbitos.

Las orientaciones básicas de la propuesta de cooperación, parten de los siguientes objetivos:

- a. **Pasar del análisis de la problemática a la acción concertada y sinérgica con los países y los organismos de cooperación.** El objetivo es fortalecer los mecanismos de producción de información nacional y regional sobre la situación de la gestión en materia de recursos humanos en salud, relevando sus limitaciones, sus prácticas y éxitos. Para ello es necesario superar la etapa de diagnóstico y estimular la circulación de esta información en los diferentes ámbitos de actuación como premisa necesaria para caracterizar e identificar los problemas en los planos nacionales, subregionales y regionales. Es responsabilidad de la cooperación técnica acompañar estos procesos y propiciar la generación de instancias nacionales, subregionales y regionales para la interacción entre los productores de información y los tomadores de decisiones. La información que se genere debe ser codificada y generalizable para mejorar la capacidad de formular políticas.

El objetivo final de la cooperación es **mejorar la información disponible** y ampliar su posibilidad de explotación **para su transformación en conocimiento por parte de los encargados de adoptar las decisiones y los agentes sociales pertinentes**, mediante los usos creativos de esa información, sin sustituir ni crear nuevos sistemas, sino utilizando los existentes. La difusión de esos resultados de manera horizontal entre países permitirá generar un desarrollo sinérgico.

- b. **Mejorar las competencias de los gestores de los RRHH de la salud:** El trabajo de cooperación técnica en el área de recursos humanos en salud desarrollado por OPS en coordinación con los países de la

Región ha logrado articular y desarrollar un conjunto de conocimientos, metodologías y herramientas. Estos se retroalimentan en el proceso de implementación y generan nuevos desarrollos y planteamientos en la medida que los problemas de gestión se transforman. La sistematización y difusión de este conocimiento es una de las responsabilidades de la Organización y constituye el soporte de su práctica. La experiencia del PADRHUS²⁶ desarrollada por la OPS en sociedad con diversas instancias en el ámbito sudamericano y centroamericano nos permite extraer lecciones de buena práctica para la difusión de información que permita ampliar la formación y el conocimiento de una cohorte de profesionales comprometidos en los temas de recursos humanos.

Con base en estos antecedentes y en el marco de un proceso de cambio organizacional orientado a la descentralización de la cooperación técnica que promueva un mayor acercamiento a las problemáticas nacionales, generando a la vez autonomía técnica, se plantea ampliar tanto la base cognitiva como la cantidad de personal con competencias en la gestión de recursos humanos.

Esta estrategia de trabajo se propone impulsar el desarrollo de la gestión de recursos humanos y las metodologías y tecnologías apropiadas para su rápida y amplia difusión en los ámbitos nacionales y regionales. Al mismo tiempo, debe orientar sus acciones para, en un esfuerzo de coordinación y articulación, combinar los recursos con entidades académicas y de servicios, en un espacio que permita la integración, en el que los participantes encuentren medios para la reflexión teórica y favorezcan un enriquecimiento de su práctica. De esta forma, se espera mejorar los procesos de formación y la práctica de la gestión del trabajo.

La estrategia que se aplique debe generar instrumentos docentes para:

- Reflexionar y aprender sobre las prácticas de los gestores de recursos humanos en los ámbitos macro, meso y micro.
- Identificar, convocar e incorporar al proceso de aprendizaje a los integrantes de programas académicos para su interacción con los tomadores de decisiones.
- Sistematizar el avance conceptual e instrumental logrado en la gestión de recursos humanos, organizar y consolidar una red de actores interesados en el campo de la gestión de recursos humanos.

²⁶ El PADRHUS es el Programa de Aprendizaje a Distancia en Recursos Humanos en Salud de Brasil. Desde 1992 en que OPS-FIOCRUZ realizaron un esfuerzo de capacitación avanzada en el ámbito regional en ese tema, y en el ámbito centroamericano en los años 1990 a 1996 bajo la coordinación de PASCAP se desarrollo una iniciativa similar de formación en Desarrollo de Recursos Humanos.

c. Desarrollar e intercambiar experiencias (nacionales e internacionales) en la gestión de recursos humanos en salud. Para cumplir con este tercer objetivo se requiere —y de hecho muchos países de la Región ya lo están experimentando— construir alianzas y espacios de encuentro de actores, de análisis de situación y de elaboración de estrategias conjuntas en el tratamiento, la negociación y la concertación en temas como mercado de trabajo, regulación de las profesiones y relaciones con sindicatos y asociaciones que sirvan como base y ejemplo de buenas prácticas y de abordajes estratégicos integrales y participativos²⁷. Sin embargo, se plantean desafíos en relación al papel específico y a la estrategia más adecuada para la OPS en este contexto, teniendo en cuenta sus fortalezas y debilidades.

Por lo tanto, la estrategia de cooperación técnica debe considerar al conjunto de los actores del campo de los recursos humanos para que colaboren en el análisis y la definición de espacios de trabajo. Es necesario construir y facilitar la mayor cantidad de ámbitos de intercambio formal e informal, la generación de redes, de comunidades por temas específicos u otras que contribuyan con la fluidez de la información y la identificación de problemas alrededor de las experiencias realizadas o por realizar.

Los problemas de la Región requieren que esta etapa de difusión y creación de redes supere los espacios nacionales y adquiera niveles subregionales o regionales. La gestión de los recursos humanos en salud debe hacer frente a nuevos problemas que superan los ámbitos locales: las migraciones internacionales, las epidemias, el intercambio de profesionales y la certificación de competencias exigen la generación de marcos de referencia conjuntos y códigos comunes de abordaje.

El análisis de la experiencia de cooperación técnica de la OPS y el producto de la Reunión del Grupo de Consulta sobre Gestión de Recursos Humanos en abril de 2005, permiten proponer un conjunto de dimensiones específicas para trabajar en este campo, identificar los principales problemas y establecer metas en cada uno de esos campos. La fijación de metas permite al mismo tiempo generar mecanismos de evaluación.

Las propuestas incluyen actuar sobre los siguientes elementos:

- ♦ Dimensión institucional y marco regulatorio.
- ♦ Dimensión laboral del sector salud.

²⁷ Diecinueve países de la Región participan de la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos como mecanismo de convocatoria y acción política participativa y cuentan con equipos nacionales en los diferentes ámbitos del campo (educación, empleo, regulación y política, mercados de trabajo, profesionalización) desarrollando propuestas en un marco integrador de política y acción.

- ♦ Dimensión de educación en gestión.
- ♦ Dimensión de la gestión de los recursos humanos en salud para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).
- ♦ Dimensión de investigación en gestión de recursos humanos.

El desarrollo de cada uno de estos puntos incluye un resumen del problema, las principales áreas identificadas como prioritarias en el ámbito de la cooperación y la agenda de temas a desarrollar.

6.1 LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

6.1.1 DIMENSIÓN INSTITUCIONAL Y MARCO REGULATORIO

CONSTRUYENDO LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE REGULACIÓN SECTORIAL EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

SÍNTESIS DEL PROBLEMA

La situación actual de los países de la Región está marcada por la pérdida del rol rector del Estado producto tanto de debilidades políticas y técnicas como resultado de procesos de descentralización con escasa planificación en la forma y en la asignación de recursos, agravado por la superposición de normas regulatorias y/o convencionales.

Los procesos de reforma en la Región, orientados centralmente a la disminución del gasto, a la descentralización de las funciones de ejecución y a la separación entre la financiación y la prestación, iniciaron un conjunto de acciones y dinámicas que, de hecho se superpusieron a las vigentes en los modelos estatales “burocráticos”. Dado que la mayoría de los procesos de reforma carecieron de integralidad, los marcos regulatorios, en muchos casos se superpusieron a sistemas previos, no siempre homogéneos o claros. Junto al proceso de reformas, en el sector salud se pusieron en práctica importantes programas tendientes a ampliar la cobertura a capas extensas de la población los que se ejecutaron usando regulaciones especiales y políticas de recursos humanos ad-hoc. Como se señaló anteriormente, hoy en la mayoría de los casos el rol rector en materia de salud es compartido entre los Ministerios Nacionales y las jurisdicciones locales que, al agregar mayor heterogeneidad obliga a negociar acuerdos y consensos para fortalecer la gobernabilidad.

Desde un punto de vista institucional, entonces, la mayoría de los países se encuentra con:

- ♦ Conjuntos heterogéneos de marcos regulatorios, incluyendo la “autorregulación”.
- ♦ Escasa planificación, porque cada “modelo” generó modalidades institucionales y procesos diferentes que no fueron necesariamente cambiadas en la etapa posterior, lo que determina la coexistencia de diferentes regímenes y marcos regulatorios.
- ♦ Suelen carecer de planes de carrera realmente implementados o sistemas internos de evaluación de desempeño real y no burocrático.

Se requiere entonces, una articulación entre los modelos de atención en salud y las prioridades establecidas para el corto, mediano o largo plazo, para poder planificar —aunque de manera flexible— los recursos humanos, las calificaciones requeridas y los equipos de salud a organizar, tomando en cuenta las limitaciones existentes.

Sin embargo, una dificultad bien conocida en los países latinoamericanos está constituida por la tensión entre las políticas sociales o laborales y las limitaciones económicas. Generalmente, los aspectos sociales (salud, educación y trabajo) quedan sujetos a los dictados de la economía y a los compromisos financieros internacionales (deuda externa en la mayor parte de los casos). La experiencia de la década pasada ha demostrado que el crecimiento económico por sí solo no genera empleo ni mejora la salud de la población. Ese crecimiento debe ser reforzado con diferentes políticas públicas activas para obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo. Entre ellas, una política fiscal adecuada que para mejorar la equidad.

También es imprescindible establecer con claridad las prioridades por parte de los gobiernos, entre ellas la necesidad de mejorar la gestión pública y en particular, las capacidades de los Ministerios de Salud. Estos en general tienen debilidades para desarrollar proyectos y programas que sean considerados gasto en inversión en vez de gasto corriente. Es necesario, por tanto, generar capacidades que permitan justificar adecuadamente las demandas presupuestarias y colaborar en la reconstrucción/construcción del Estado en todos sus niveles, para avanzar hacia la recuperación de su capacidad para:

- ♦ Definir los temas estratégicos.
- ♦ Establecer prioridades.
- ♦ Garantizar la información para la producción de indicadores.
- ♦ Identificar los temas que deben ser objeto de regulación y organización específica.
- ♦ Regular para garantizar el cumplimiento de los objetivos.

Es indudable que una de las primeras funciones a recuperar es la de planificación de los recursos humanos que, por cierto, ha tenido a lo largo de la historia muchos modelos diferentes. Dicha planificación debe efectuarse a partir de caracterizar primero el modelo de atención y la estrategia en materia de servicios de salud a lograr.

La planificación que se requiere actualmente, a diferencia de los modelos de planificación unidimensional de otras épocas, es de carácter flexible, articulada y necesita revisión permanente, participación de los actores y evaluación conjunta. Requiere también combinar la oferta y la demanda, definiendo criterios para determinar variables que permitan identificar la oferta que es necesario regular. La planificación supone grados de flexibilidad y normas operacionales básicas. Incorpora —al igual que la gestión— diferentes planos: a) Macro: planeación nacional, (o jurisdicción local específica) donde debe contemplarse la distribución territorial y su equidad, lo que afecta el requerimiento de profesionales y especialistas según el modelo de atención y las metas establecidas del sistema; b) Meso: requerimientos de las instituciones proveedoras de servicios de salud de acuerdo a la base territorial y demográfica a atender (hospitales, centros ambulatorios y su articulación) y c) Micro: necesidades en cada una de las instituciones y redes para una eficiente organización y gestión de los recursos humanos en los procesos de atención específicos.

La planificación por sí sola tampoco garantiza el logro de los objetivos. No puede haber separación entre planificación, regulación y gestión. Se requiere una combinación de intervenciones sociales articuladas por definiciones políticas.

6.1.2 PRINCIPALES ÁREAS DE COOPERACIÓN

PARA FORTALECER LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL

- a. **Coexistencia de leyes y reglamentos que inmovilizan la gestión en RRHH y provocan conflictividades de diferente tipo.** Se identificarán los distintos reglamentos que coexisten y realizará un análisis pormenorizado de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos en relación tanto a la planificación en general como a la planificación de recursos humanos en particular. Los cambios regulatorios deberán surgir de mecanismos negociados y de las posibilidades legales y derechos adquiridos en cada caso. La propuesta se basa en la necesidad de responder a las diferentes situaciones que enfrenta el personal de salud y a los incentivos que se quieran implementar.

Los distintos regímenes legales y las diferentes dependencias jurisdiccionales a que están sujetos los trabajadores de la salud requieren de sistematización y búsqueda de mecanismos equitativos

de regulación²⁸. El debilitamiento del rol rector del Estado ha llevado a un incremento de las prácticas de autorregulación profesional, que beneficia al personal médico por su mayor poder de organización.

Se requiere entonces, establecer actividades de planificación en base a los modelos asistenciales de salud propuestos y determinar con cierta flexibilidad las necesidades y la composición de la fuerza de trabajo para los diferentes niveles de atención, con una mayor integración entre ellos. Se trata de aplicar una lógica de mayor racionalidad y no basarse exclusivamente en la oferta disponible para constituir los equipos.

El objetivo, entonces, es generar sistemas de alta coherencia (la mayor posible) que respondan a las necesidades de los usuarios y de los trabajadores.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Desarrollar procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo con visión nacional, regional y local.
- Releva y revisar los marcos jurídicos existentes en materia de recursos humanos.
- Fortalecer la capacidad de negociación presupuestaria y la generación de argumentos basados en información de calidad.
- Desarrollar instrumentos y metodologías para el análisis de las dotaciones de personal correspondientes a los diferentes modelos de atención y de población cubierta.
- Analizar y proponer la racionalización de regímenes que provocan dificultades en la toma de decisiones en la red de servicios.
- Generar instrumentos y estudios para el análisis de las diferentes formas organizativas y de administración de recursos humanos.

b. **Existencia de negociaciones profesionales al margen de los estatutos y normas, negociaciones colectivas que segmentan los colectivos profesionales.** A la heterogeneidad de regulaciones a la que se hizo referencia líneas arriba, se añade la complicación de la autonomía de algunos grupos profesionales que logran negociaciones y/o arreglos especiales que fragmentan aún más a los recursos humanos del sector dificultando la gestión. En algunos casos los arreglos especiales surgen de la escasez de algún grupo profesional (enfermeros/as, anestesiistas) que les permite negociar ciertos beneficios salariales o de otro tipo. Otras veces, por la mayor capacidad de movilizarse y generar

²⁸ Se debe incluir en este ítem la problemática de la multiplicidad de modalidades de contratación que rigen en la mayoría de los países de la región, que se desarrollará en particular en el marco del Trabajo Decente para los trabajadores de a salud, pero que simultáneamente es un problema en materia de regulación.

conflicto, logran cumplir con algunos de los objetivos que los separan de los colectivos mayores. Con los procesos de descentralización, los recursos para financiar al sector —sobre todo a los recursos humanos— varían mucho entre jurisdicciones, lo que puede llegar a generar situaciones asimétricas provocando conflictividad, migraciones, etc. En otras ocasiones, situaciones de alta conflictividad permiten obtener mejoras para algunos sectores/instituciones que no necesariamente se generalizan.

El sector salud está compuesto por un conjunto muy grande de actores individuales y sociales de diverso tipo. Actúan asociaciones profesionales, sindicales, de carácter nacional, local o municipal cuya representación puede ser más o menos extendida. Es un mosaico complejo, en momentos en que también la representatividad de los mismos actores está en crisis y se manifiestan tensiones fuertes entre las estructuras colectivas y las negociaciones individuales. Resolver estas tensiones requiere establecer criterios de normalización y conocimiento de pautas para la negociación colectiva que integre los colectivos profesionales.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Asistir en la normalización y establecimiento de pautas para la negociación colectiva que integre los colectivos profesionales.
- Capacitar para la gestión y la mediación de los conflictos.

- c. **Debilidad en la capacidad de negociación presupuestaria y necesidad de generarla.** Este es un tema central de la gestión de recursos humanos en el sector salud. Esto se debe, primero, a la importancia del gasto del sector salud en el PBI (11,3% tomando toda América y 7,3% excluyendo EEUU y Canadá) y el peso que los RRHH tienen en el presupuesto que en general supera el 60%. En segundo lugar a que, de una parte, los montos presupuestados surgen de asignaciones que se deciden fuera del sector y, por otra parte, por la dificultad del propio sector para obtener y procesar información confiable que vincule el gasto realizado con los resultados que se quieren obtener en materia de salud de la población.

En ese sentido, es importante generar capacidad para determinar los costos y beneficios del componente de recursos humanos en las prestaciones en salud. Ya hay estudios internacionales^{29, 30} que han logrado mostrar la relación entre el número de personal en atención con los resultados en materia de salud de la población, por ejemplo

²⁹ Anand S, Bärnighausen T: "Human resources and health outcomes: cross-country econometric study", *Lancet* **364**, 2004.

³⁰ Needleman J, Burhaus I y Peter MA: "Nurse staffing and patient outcomes in hospitals" Harvard, 2001.

en cuanto a salud materno infantil, o demostrar la influencia del número de personal de enfermería sobre los resultados en materia de salud en diversos tipos de práctica médica. Hay pocos estudios de este tipo en la región, que son críticos para fortalecer las capacidades de los gestores en los temas presupuestarios.

La información existente en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, debería ser procesada y analizada sistemáticamente por parte de los países para lograr evidencias que vinculen los resultados en materia de cobertura y calidad de atención a la población con la cantidad y calidad de los recursos humanos y su distribución geográfica.

La cooperación debe ser dirigida a:

- Desarrollar metodologías y buscar información para generar evidencias en materia de costo y atención.
- Generar evidencias acerca de la densidad del recurso humano en salud y su vinculación con la cobertura y la calidad de la atención.

6.2 DIMENSIÓN LABORAL EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

6.2.1 DIMENSIÓN LABORAL

EMPLEO DECENTE PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

SÍNTESIS DEL PROBLEMA

La complejidad y la extensión de este tema lleva a plantear tres grandes dimensiones:

- a. **Coexistencia de regímenes que generan dificultades en la toma de decisiones y producen problemas al interior de los equipos de salud y entre los componentes de la red de servicios. La problemática de las modalidades de contratación.** Los diferentes estudios y las fuentes de información existentes, tanto latinoamericanas^{31, 32, 33} como

³¹ Brito et al op cit.

³² Galín op cit.

³³ Novick y Galín op cit.

internacionales^{34, 35} son elocuentes al analizar el deterioro de la situación laboral de los trabajadores de la salud en los últimos años.

Los mercados de trabajo en general, y los latinoamericanos en particular, han dado lugar junto a la expansión de las formas asalariadas, a la extensión de formas precarias de trabajo asalariado, sea por la desprotección, por el encubrimiento de trabajo asalariado bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles, o por la fugacidad de las relaciones establecidas. Esta flexibilidad del mercado de trabajo en el sector salud se produce tanto en el sector público como en el privado, en países desarrollados como en regiones o países pobres, emergentes o en vías de desarrollo³⁶. En América Latina, en el sector salud se han identificado situaciones muy heterogéneas de contratación, que incluyen relaciones contractuales diversas y con menor protección para los trabajadores del sector.

Este fenómeno, que sobre todo se expandió de manera considerable en casi todos los países de la Región (Argentina, Brasil, Perú, entre otros) implica la coexistencia para tareas similares, de modalidades de contratación y, por ende, de protección diferentes. Diferentes estudios dan cuenta de esto^{37, 38, 39}. En cambio, hay pocos estudios que generen evidencias acerca de la posible interrelación entre la precarización y sus consecuencias sobre la calidad de atención.

La constatación de precarización y coexistencia de regímenes, introduce dificultades serias en la gestión, ya que por los cambios regulatorios los sistemas de incentivos resultan de difícil aplicación, se generan tensiones al interior de los equipos de salud, se dificultan los procesos de cambio e incluso el mantenimiento de las tareas rutinarias.

Muchos de los países de la Región no cuentan con sistemas de gestión de recursos humanos en salud diferentes de los regímenes generales del personal público^{40, 41}, lo que genera serios problemas por la falta de adecuación a las situaciones prácticas de trabajo del personal de

³⁴ Bach, S: "Selected cases in Western Europe", in Gabriel Üllrich (edit) *Labor and social dimensions of privatization and restructuring Health care services*, ILO, Geneve, 1998.

³⁵ Bach, S: "Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity" (pp105/142) en Dal Poz, M and Ferrinho, P: "Towards a global health service strategy", ITG Press, Antwerp, Belgica, 2003.

³⁶ Brito et al op cit.

³⁷ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: "Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)", Brasília DF, 2005.

³⁸ Brito et al op cit.

³⁹ Galín op cit.

⁴⁰ Bach op cit.

⁴¹ NOB/RH-SUS op cit.

salud. Asimismo, la considerable heterogeneidad de profesiones y segmentos ocupacionales en el área requiere de marcos específicos y adaptables.

El avance de la precariedad, el aumento de contratos de fuerte vulnerabilidad laboral y el deterioro de las condiciones de trabajo signados por la extensión de la jornada, por el aumento en la intensidad de trabajo, por la desintegración de los equipos de salud, constituyen un conjunto de problemas que afecta la gestión en salud ya que dificultan el cumplimiento de los objetivos de salud de la población, por el deterioro que se produce en las prácticas y en la calidad de atención.

En esta línea de análisis se ubican los procesos de tercerización/subcontratación (limpieza, alimentación, seguridad) que si bien, al inicio se centraban en el área de servicios generales, actualmente incluyen otros servicios profesionales mediante la contratación de cooperativas médicas, organizaciones de enfermería para cuidado a domicilio o rehabilitación entre otros. Para el caso de Brasil, el país sobre el que hay más información, en 1997 se encontraba subcontratada el 49% de la mano de obra de los hospitales grandes (151 a 300 camas), 38% en hospitales de más de 500 camas, 10% en aquellos medianos (51 a 150) y solamente 3% en hospitales pequeños⁴².

Otra situación muy generalizada en América Latina es la vinculada con el **pluriempleo** en especial en la Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y en menor medida, en Chile. En el caso de Perú, un estudio, detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los noventa, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional, y entre los odontólogos de 2,26. La práctica del pluriempleo fue detectada también en Panamá y El Salvador. El pluriempleo está ligado a un conjunto diferente de causas. Por un lado, el aumento del trabajo a tiempo parcial lo facilita. De otra parte, la baja de las remuneraciones impulsa a obtener ingresos de distintas fuentes. Por último, el desarrollo de un mercado “dual” de trabajo, lo viabiliza, combinando mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado, o protección social y otros beneficios con bajos salarios, en el sector público. Entre los trabajadores del área de enfermería, el pluriempleo es considerablemente menor, lo que se explica por la mayor cantidad de horas trabajadas en cada puesto.

⁴² Cherchiglia M: “Terceirizacao nos servicios de saúde: Alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos” en Lima JC, Santana JP (orgs): “Especilizacao em desenvolvimento de recursos humanos em saúde”, CADRHU, Natal OPS/OMS, (pp 367/385), nov 1999.

Para el caso de Uruguay, donde fue estudiado sistemáticamente este problema, el promedio era 1,34 cargos por persona, es decir la mitad del registrado para los médicos⁴³.

La salud de los trabajadores de la salud adquiere un rol importante en este plano de empleo decente para el sector. Por un lado, tiene una gran relevancia económica y social, ya que es una fuente importante de empleo, con cerca de 10 millones de trabajadores, donde la mayor parte son mujeres que además enfrentan inequidades de género. En el sector también se verifica la existencia de un “techo de cristal”, ya que a pesar de la alta proporción de mujeres, los cargos jerárquicos —públicos y privados— están en manos de hombres. La precarización a la que se hacía referencia y la incorporación de avances tecnológicos sin los debidos procedimientos para garantizar la seguridad ocupacional, provocaron un deterioro de las condiciones de trabajo, y por ende de la salud ocupacional de este colectivo⁴⁴.

Es llamativa la falta de información específica sobre este tema. En un reciente Taller en Buenos Aires (2002) donde se analizó el tema⁴⁵, hubo acuerdo en que la presente situación de mala atención a los trabajadores se debe en parte a que la incorporación de conceptos de salud ocupacional, en general, y de atención primaria, en particular, han sido paulatinamente desvirtuados en los procesos de implementación de la descentralización y la ampliación de cobertura.

La cooperación deberá dirigirse a evaluar con los actores de cada país, de manera consensuada, la forma de avanzar en la dignificación del trabajo en el sector salud. Ello traerá no sólo beneficios para los trabajadores y su salud sino que facilitará cumplir con los objetivos en materia sanitaria de la población.

CARRERA PROFESIONAL O FUNCIONAL

En cuanto a los esfuerzos nacionales en el tema de carrera sanitaria, se pone de manifiesto la necesidad de construir un marco integrador que, partiendo de una visión política del trabajo en salud, como ámbito de responsabilidad del Estado en el contexto actual, oriente las decisiones y la generación de marcos y mecanismos regulatorios para brindar una mayor coherencia con la realidad.

⁴³ Brito et al op cit.

⁴⁴ Dicha situación ha generado dos Mandatos de los Consejos Directivos de OPS, los cuales requieren a los Estados Miembros implementar programas específicos de Salud para los Trabajadores del Sector Salud y conducir investigaciones científicas sobre este tema (R12CD1992) e integrar la salud y seguridad de los trabajadores de salud en el manejo general de los Servicios de Salud (R12CD2001).

⁴⁵ Grupo de consulta SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, Buenos Aires, noviembre 2003.

Si bien en general se utiliza el nombre de carrera sanitaria, reglamento o ley de recursos humanos, estatuto del funcionario de salud, ley médica o *“plano de cargos y salarios”*; en diferentes países, muchos de estos nombres se refieren al conjunto de normas que regulan la gestión de personal público de salud. Hay diferencias en materia de nomenclatura y en los aspectos que contiene un reglamento típico. En algunos casos es muy exhaustivo y en otros es muy genérico. En unos se intenta aprobar por ley y en otros es simplemente un reglamento interno del Ministerio de Salud. Muy raramente abarca a todo el sector.

Como toda regulación escrita, la misma cristaliza, a veces por períodos prolongados, una determinada composición de fuerzas entre diferentes actores colectivos, siendo al mismo tiempo un instrumento de gestión y también un “pacto” —por ser producto de la negociación— entre la administración y un grupo de sus empleados.

Un gran número de países de la Región han iniciado procesos de análisis de sus legislaciones laborales y se encuentran desarrollando propuestas enmarcadas en las llamadas “carreras sanitarias o carreras profesionales”, en un intento de proteger los derechos de los trabajadores en este escenario de inestabilidad creciente. Siendo la vía de la “normatización” la más frecuente, algunos países incorporan además como mecanismos de regulación incentivos económicos definidos y, con menor frecuencia, cambios en los roles y en las relaciones entre los actores sociales que están involucrados en la problemática de recursos humanos en salud.

Los contenidos que van siendo incorporados en la discusión de los países en el intento de establecer un nuevo ordenamiento, evidencia la incorporación de temas que nunca formaron parte de las tradicionales carreras públicas y que tienen que ver con la movilidad del individuo a través de los distintos niveles del sistema de salud de un país, con la introducción de parámetros de desempeño que permitan garantizar un control social del desempeño del trabajador de la salud. Estos deben incluir criterios éticos y de conducta en la relación con los usuarios y mecanismos para incrementar el control por parte del usuario de los servicios de salud, con una apertura a la integración de todas las profesiones unificando los antiguos escalafones, con propuestas de uniformidad de los salarios y en muchos casos el proceso de desarrollo de las competencias del personal⁴⁶.

⁴⁶ Rigoli, F: “La economía política de los recursos humanos”, Montevideo, 1999.

b. **Administración de los recursos humanos, salarios e Incentivos (monetarios y no monetarios).** El aumento de la complejidad de las organizaciones, la tecnología y de los sistemas de salud, además de las nuevas tendencias de administración de los recursos humanos, hacen necesario actualizar las técnicas y herramientas para desarrollar esta función.

El modelo burocrático weberiano al que se hacía referencia se complementaba con un sistema de administración en el cual el empleo por tiempo indeterminado estaba acompañado de incentivos por antigüedad y permanencia, una definición estricta de jerarquías y una clara división del trabajo. Criterios, sin duda, contrapuestos a las necesidades actuales que, más allá del dominio de técnicas específicas, requieren conformar equipos de salud, evaluar el desempeño, y actualizar permanentemente las competencias, incluyendo ahora las de gestión. Las nuevas exigencias incluyen también aspectos de comportamiento tales como motivación o liderazgo.

Se requieren, entonces, nuevos ejes en la administración de recursos humanos más difíciles aún de aplicar en el ámbito público por el marco de las reformas. Los nuevos modelos de evaluación de los servicios requieren de análisis de productividad y calidad, asociados estrechamente al desempeño de los trabajadores.

Tanto el tema salarial como los sistemas de incentivos han adquirido relevancia en los últimos años, habida cuenta de las dificultades que se registran en el sector en relación con productividad y calidad. En el sector público existe una complejidad adicional, si se tiene en cuenta que las escalas de remuneraciones generalmente son fijas y establecidas por niveles jerárquicos superiores, muchas veces por los Ministerios de Hacienda. Sin embargo, la necesidad de regular y distribuir el personal en diferentes regiones del país, con condiciones muy heterogéneas, la importancia de generar mecanismos que contribuyan a elevar la productividad y mejorar la calidad de la atención, requiere poner atención a este tema y desarrollar líneas para el diseño e implementación de políticas en la materia. La estrategia de incentivos debe inscribirse en el marco contextual de una Administración de Recursos Humanos que contemple los temas de selección, promoción, formación y capacitación, evaluación de desempeño, etc.

El Informe 2000 sobre la Salud Mundial, ***Sistemas de Salud: Mejorando el Desempeño*** define los incentivos como “todos los premios y castigos que los prestadores enfrentan como resultado de las organizaciones en las cuales funcionan, de las instituciones en las que operan y de las acciones específicas que llevan a cabo”. Esta

definición sugiere que la organización, el trabajo realizado y el ámbito en el que se desarrolla, determinarán el tipo de incentivo utilizado y su impacto resultante. Buchan et al⁴⁷ agregan otra dimensión al definir un incentivo en términos de su objetivo: “un incentivo remite a una forma particular de pago que pretende alcanzar algún cambio específico en el comportamiento”. Los incentivos pueden ser monetarios: directos (como pensiones o asignaciones suplementarias —por enfermedad, por accidente, por indumentaria, por alojamiento, por transportes, etc.—) o indirectos (subsidio por comida, transporte, cuidado de los niños, etc.); pero también pueden ser no monetarios como días feriados o mayor cantidad de vacaciones, flexibilidad en el horario de trabajo, ventajas para formación y capacitación, etc.).

Chaix-Couturier et al⁴⁸ muestran una tipología de incentivos monetarios inherente a dos tipos de remuneraciones. La principal diferencia entre ambas aproximaciones es su alcance, sea comprendiendo un pago total y un conjunto de beneficios o focalizando en tipos de pago que son usados para remunerar a los médicos por la prestación de la atención médica. Este enfoque está más en línea con interpretaciones corrientes sobre los sistemas de remuneración a los médicos al incorporar una o más de las cuatro estrategias: *capitación*, *riesgo económico compartido*, *pago por servicio* y *salario*.

- c. **Gestión, administración y regulación del conflicto del personal del sector salud.** La conflictividad laboral en el sector de la salud de las Américas durante 2003 se expresó a través de la concreción de 37 conflictos de alcance nacional que afectaron los servicios públicos de salud, con paros y huelgas que oscilaron entre 24 horas y 9 meses, en 12 países de la Región (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay). El desarrollo de 64 huelgas de alcance nacional en 10 países de la Región durante 2004, determinó un crecimiento de 72,97%, de la conflictividad respecto a las 37 huelgas realizadas en 2003. El 55,55% de las huelgas ocurrió en tres países de la región. El 81,25% de las 64 huelgas realizadas en 2004 tuvo como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud.

⁴⁷ Buchan, J, Thompson, M and O'May, F: "Incentive and remuneration strategies in health care: a research review" en prensa, 2003.

⁴⁸ Chaix-Couturier, C, Durand-Zaleski, I, Jolly, D, Durieux, P: "Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues", Int J Qual Health Care 2000.

Las huelgas de alcance nacional en 2003 fueron convocadas por 31 organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud y en 68% de los casos sus principales demandas fueron relativas a la asignación de recursos financieros en el sector salud (incremento de salario y de presupuesto para los sistemas de salud)⁴⁹.

Es interesante considerar el caso argentino. Durante 2003 se desarrollaron 38 conflictos de diferente nivel y extensión⁵⁰, en 2004 llegaron a 51(aumentando casi el 40% entre ambos períodos) y en el primer semestre del 2005 ya son 81 el número de conflictos en el sector, con un crecimiento significativo del ámbito público en el desarrollo de los mismos. Alrededor del 50% de los conflictos 2003-2004 estuvieron causados por demandas salariales, situación que llega a casi el 90% en 2005. Muchos de los conflictos implicaron huelgas y medidas de fuerza de diferente extensión, con una importante adhesión por parte de los trabajadores.

Si bien, a la huelga se la considera el conflicto laboral por antonomasia, el conflicto como tal no queda reducido a esta figura. La huelga es “una interrupción temporal del trabajo efectuada por uno o varios grupos de trabajadores con objeto de obtener reivindicaciones o rechazar exigencias o expresar quejas o apoyar las reivindicaciones o las quejas de otros trabajadores”⁵¹. Hay otras formas de conflicto como protestas, trabajos a reglamento (no colaboración contractual y extra contractual), movilizaciones en las calles, protestas con o sin interrupción de trabajo.

En muchos países se establecen limitaciones al derecho de huelga en los servicios esenciales aduciendo el derecho de la comunidad a las prestaciones o a estos servicios, intentando compatibilizar el interés general y los intereses profesionales.

6.2.2 PRINCIPALES ÁREAS DE COOPERACIÓN

PARA DESARROLLAR LA DIMENSIÓN LABORAL

- a. **Hacia una regularización de las modalidades de contratación del personal de salud.** En los estudios para América Latina ya mencionados^{52, 53, 54} se revelan transformaciones importantes de las

⁴⁹ Scavino, J: “La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la Región de las Américas en 2003”, [on line] <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html> 2003.

⁵⁰ Centro de Investigación Social independiente (CISI) Datos tabulados especialmente para este documento.

⁵¹ Novick, M: “Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud” en Dal Poz, M, Galín, P, Novick, M y Varella, T: “Relaciones laborales en el sector salud”, OPS/OMS, Quito, agosto 2000, <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/publicaciones.html>.

⁵² Brito et al op cit.

⁵³ Galín op cit.

⁵⁴ Novick y Galín op cit.

modalidades de contratación del sector, el incremento de los empleos múltiples, la extensión de la jornada de trabajo y la pérdida de protecciones sociales. La pregunta que surge es, ¿Cómo inciden estas nuevas situaciones de contratación laboral en la calidad, la eficiencia y la cantidad de los servicios de salud? Si bien no se cuenta con estudios específicos, puede presumirse que las vinculaciones entre ambas dimensiones no son desdeñables.

La cooperación técnica debe dirigirse a facilitar el análisis de estas situaciones (precariedad, múltiples empleos, etc.) a fin de encontrar mecanismos que permitan establecer marcos integrales de regulaciones que respeten tanto los derechos de los trabajadores como de los usuarios y garantizar condiciones de eficacia y eficiencia en las prestaciones.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Analizar alternativas tendientes a generar nuevos marcos regulatorios y contractuales para el personal de salud, equilibrando condiciones de seguridad, carrera y calidad de atención.
- Realizar estudios sobre los diferentes sistemas de empleo y evaluar la concordancia entre ellos, para lograr optimizar los recursos existentes.
- Formular y difundir análisis sobre los puntos críticos en materia de gestión de Recursos Humanos con base en la información del Observatorio de Recursos Humanos.

b. Intensificar la preocupación y la generación de mecanismos de protección a la salud de los trabajadores de ese sector. La problemática enunciada en el punto anterior, a la que se agregan algunos de los problemas presupuestarios del sector, actúa de forma negativa sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Llama la atención la escasez o falta absoluta de información sobre este tema.

Simultáneamente, el surgimiento de nuevos problemas como HIV/ SIDA llevan a la generación de nuevos riesgos para los trabajadores de la salud, que, puede decirse, están sometidos tanto a problemas de carga de trabajo física y mental, a agresiones de agentes patógenos de diferente tipo, a largas jornadas laborales y a la falta o escasez de insumos para desempeñar las tareas asignadas. Algunas dificultades para obtener información adecuada sobre estos problemas pueden adjudicarse a que las estadísticas y registros de accidentes y/o enfermedades profesionales o laborales no recogen la información específica del sector salud y sus patologías más probables.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Generar y/o recopilar información en los establecimientos de salud que proporcione información sobre los riesgos asociados a las patologías atendidas y el grado de cumplimiento de la legislación ocupacional.
- Asistir en la instalación de mecanismos de vigilancia y detección de riesgos en los ambientes de trabajo.
- Desarrollar metodologías para sistematizar y difundir la información referente a la salud ocupacional de los trabajadores de la salud.

c. **La gestión y la regulación del conflicto de personal en el sector salud.** En términos operacionales, “un conflicto de trabajo o conflicto laboral es una situación de desacuerdo referente a una cuestión o conjunto de cuestiones con relación a la cual o las cuales existe una discrepancia entre trabajadores y empleadores, o acerca de la cual, o de las cuales los trabajadores o empleadores expresan una reivindicación o queja o dan su apoyo a las reivindicaciones o quejas de otros trabajadores o empleadores”⁵⁵. En el caso del sector público en salud el empleador es el Estado (Nacional, Provincial o Municipal) y no siempre están establecidos los mecanismos de resolución o arbitraje.

Dado que el sector salud se ubica dentro de lo que se caracteriza como servicio esencial, es importante conocer la reglamentación específica que lo afecta y lo regula. Importa establecer el número y tipo de trabajadores que se consideran como mínimos para el mantenimiento de los servicios básicos y las limitaciones que, en general, puede tener el derecho de huelga.

Este aumento de conflictividad en el sector requiere, sin duda mejorar las capacidades de gestión vinculadas con el mismo, sea desde las regulaciones para las administraciones que deben permitir contemplar estrategias de negociación y articulación, como desde las capacidades en cada uno de los niveles para poder administrarlo. Debe recordarse que en el ámbito público las autoridades sanitarias son portadoras de conocimiento técnico específico vinculado con el conocimiento profesional y difícilmente haya expertos en administrar el conflicto a pesar que lo sufren y viven de manera periódica. Esta es sin duda un área en el que la cooperación técnica debería avanzar de manera importante.

⁵⁵ Novick, M. op cit.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Mejorar la capacidad de gestión y resolución de los conflictos a partir del intercambio de experiencias y metodologías.
- Capacitar en estrategias de negociación.
- Proporcionar herramientas para optimizar la capacidad para el análisis de las causas manifiestas y ocultas de los conflictos.

d. Administración de los recursos humanos, salarios e Incentivos (monetarios y no monetarios). El objetivo de la cooperación de este área es trabajar, por un lado, de manera sistemática con nuevas herramientas para la administración de los recursos humanos, sobre todo en el nivel de las organizaciones (hospitales, centros de salud, etc.) para lograr avanzar en un sistema actualizado de administración de recursos humanos que responda simultáneamente a las necesidades de los trabajadores y de las unidades de servicios. Ello requiere avanzar simultáneamente en estrategias de carácter consensuado y variable, de acuerdo con las necesidades de unos y otros.

Por otro lado, frente a la rápida modificación de las regulaciones para la contratación, un gran número de países de la Región ha iniciado procesos de análisis de sus legislaciones laborales y se encuentran desarrollando propuestas enmarcadas en las llamadas “carreras sanitarias o carreras profesionales”, en un intento de proteger los derechos de los trabajadores en este escenario de inestabilidad creciente.

El trabajo de cooperación técnica debe concentrarse en reforzar las dimensiones más vinculadas con las prácticas actuales en el sector, e intentar que la discusión y la negociación política de estos instrumentos, cuente con todo el abanico de posibilidades que se han utilizado en otros países, a fin de que la negociación no se cierre en dimensiones meramente administrativas y salariales. Sumado a esto, es importante asumir conjuntamente con las autoridades nacionales la convocatoria, la participación y la concertación de los diversos actores para la definición de los elementos básicos y los cursos de acción para implementar una carrera sanitaria adecuada.

Las nuevas condiciones de los mercados de trabajo en los que se desempeña el sector y los cambios tecnológicos requieren modernizar la administración de los recursos humanos en salud a partir de utilizar técnicas vinculadas a la selección, promoción, formación e integración de equipos de trabajo y su desempeño, además de los sistemas de remuneración e incentivos.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Fortalecer la gestión de RRHH para el análisis y la implementación en el nivel micro, de estrategias y técnicas vinculadas con la

administración de los recursos tales como evaluación de desempeño, motivación, liderazgo, incentivos, equipos de trabajo, calidad y productividad.

- Revisión de los sistemas de remuneración, montos, distribución interna e incentivos posibles para las diferentes categorías del personal de salud.
- Diseño de carreras sanitarias.
- Metodologías de construcción participativa de esas carreras.

6.3 LA DIMENSIÓN EDUCACIONAL EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

GENERANDO “MASA CRÍTICA” EN CAPACIDADES DE
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

6.3.1 DIMENSIÓN EDUCACIONAL

SÍNTESIS DEL PROBLEMA

La problemática formación —competencias, desempeño— ha adquirido en las últimas décadas una importancia fundamental vinculada con los cambios en los procesos tanto de gestión como de diagnóstico y tratamiento. La complejidad que ha adquirido la mayoría de las organizaciones a partir de la necesidad de equilibrar lo técnico, lo económico y lo social, ha ido transformando los perfiles ocupacionales en gestión, particularmente en el campo de la salud. En el ámbito público se dedicaba tradicionalmente a administrar recursos que venían asignados desde una Administración Central, en la cual se trataba de respetar procedimientos y estatutos de carácter general, que si bien ocasionaba algunas dificultades no menores (escaso margen de autonomía para la toma de decisiones en materia presupuestaria, e incluso de recursos humanos), debía basarse en “rutinas” establecidas.

Los procesos de descentralización a los que se hizo referencia, la necesidad de reducir costos en una estructura tecnológica cada vez más compleja y costosa, los cambios en la composición del personal, por un lado, y la mayor conflictividad por otro, imponen nuevos perfiles y complejas competencias para la gestión de recursos humanos en salud.

La oferta de formación existente en la mayoría de los países de la Región y los perfiles de los profesionales que egresan mantienen distancias y/o diferencias significativas con las demandas y ellos no reciben la actualización permanente requerida por los cambios constantes.

En un reciente grupo de consulta sobre el campo de la gestión de recursos humanos, realizado en abril de 2005 en Buenos Aires, en materia de formación, se destacó la responsabilidad de los formadores en la motivación de los RRHH. En este campo se identificaron falencias en los programas de formación ya que no incluyen, o lo hacen superficialmente, los contenidos de la administración y en muy escasos ejemplos temas de gestión.

También se señaló que no hay evaluación de las experiencias de los programas de formación en gerencia implementados en los noventa, como los realizados a mediados de la década de los ochenta. Los campos de la administración y afines han crecido mucho pero los programas no han cambiado y, en general, se han alejado de las necesidades sectoriales. A su vez, el campo de formación en Salud Pública si bien interdisciplinario está muy influido por las modas. A pesar de ello, los temas de gestión de recursos humanos no han sido introducidos desde una perspectiva del trabajo, predominando una visión de procedimientos administrativos y de tipo formal. Por el contrario, desde las funciones esenciales de la Salud Pública se visualiza un movimiento hacia la operacionalización de esas funciones que probablemente sean el eje de los cambios curriculares. Se registra un interés en los programas de formación por la posibilidad de acceder a los puestos pero pocas fueron las competencias que se agregaron.

La relevancia de los programas de formación en gestión de recursos humanos se vería fortalecida si éstos se desarrollaran en los espacios del trabajo y se orientaran no sólo por la oferta tradicional sino también por la demanda en función de los problemas específicos que se enfrentan en los diversos ámbitos de la gestión. Se pretende, además, establecer un equilibrio en el mediano y largo plazo ya que el sistema educativo debería prever perfiles y formaciones que se requerirán en el futuro, ajustar sus programas curriculares y, al mismo tiempo, responder a demandas específicas de determinadas unidades o centros. Estos problemas sustentan la relevancia y la urgente necesidad del intercambio, la articulación y el consenso entre las instituciones formadores y las asistenciales o preventivas.

Es fundamental asumir que el puesto de trabajo es el espacio privilegiado para aprender ya que es el que registra las necesidades y los cambios del entorno. En el trabajo, no se visualizan fronteras rígidas entre gestión y aprendizaje, entre acción y reflexión y, por lo tanto, se debe relativizar la frontera entre formación de recursos humanos y su gestión, asumida tradicionalmente como “capacitación” y “administración de personal”. La formación se da alrededor de las competencias que vinculan la experiencia y los problemas mientras la gestión es ahora a la vez un proceso de aprendizaje organizacional. En este sentido, la experiencia indica que la rigidez de las estructuras académicas son más fácilmente quebradas con la inclusión de

actores externos a la institución, que están vinculados con el mundo del trabajo y las necesidades sociales.

A partir de este diagnóstico emergen como principales problemas o campos a atender las siguientes necesidades:

- ♦ Desarrollar los perfiles adecuados en materia de gestión de manera consensuada entre formadores y prestadores de servicios.
- ♦ Incluir el tema de gestión de RRHH con enfoques actualizados en los procesos de formación de personal.

6.3.2 PRINCIPALES ÁREAS DE COOPERACIÓN

- a. **Desarrollar los perfiles y competencias de los gerentes para la gestión de Recursos Humanos de manera consensuada entre formadores y prestadores de servicios.** Un importante aspecto de la cooperación debería consistir en trabajar conjuntamente con los países en la definición y la caracterización de los perfiles de gestión de recursos humanos que se requieren en el corto y el mediano plazo. Ello implicaría establecer competencias generales transversales y específicas correspondientes a los distintos tipos de servicios (atención primaria, servicios asistenciales y unidades de diferente tamaño, complejidad o especialidad).

En efecto, hay competencias básicas “transversales” que se demandan para cualquier tipo de gestión en materia de recursos humanos, vinculados con la administración de recursos, con mecanismos de promoción y/o incentivos tendientes a motivar al personal de salud, que, por otro lado, se caracteriza por una formidable heterogeneidad profesional y social. Al mismo tiempo cada nivel de la gestión en salud requiere competencias específicas vinculadas a la gestión del recurso humano que necesitan ser adaptadas a regiones y culturas diferentes donde se aplica. A modo de ejemplo se pueden mencionar algunos elementos que no pueden faltar:

- A nivel nacional y/o provincial/estadual/municipal: la gestión de recursos humanos requiere conocer de reglamentaciones y estatutos vigentes en cada ámbito, pero también debe poder formular estrategias de cambio tanto en lo que se refiere a mecanismos reguladores como certificadores. Debe también promover, conocer y administrar la información agregada sobre el recurso humano disponible y su distribución nacional y regional.
- A nivel de las instituciones: requiere conocer los estatutos y reglamentos específicos, saber gestionar los recursos, administrar y solucionar conflictos, al tiempo que estimula y motiva al personal de la institución. Generar mecanismos participativos de

planificación desarrollando estrategias de administración de recursos humanos, particularmente de salarios y remuneraciones en el marco establecido.

- A nivel de los servicios específicos: administración de la organización del trabajo y del trabajo en equipo, resolución de conflictos. Detección permanente y sistemática de necesidades de capacitación de equipos y de cada grupo profesional de manera diferenciada. Capacidad para motivar y asignar responsabilidades.
- Para lograr este objetivo se requiere mejorar la articulación entre los servicios y las instituciones de formación, preferentemente locales (de pregrado y de postgrado), sea a través de los mecanismos existentes o de la creación de nuevas institucionalidades, que permita establecer canales fluidos de comunicación y consulta entre ambos actores para poder:
 - Influir en la formación de pregrado y de postgrado para la inclusión de los componentes de gestión de recursos humanos con base en el análisis de las competencias requeridas para el desarrollo de las funciones esenciales de la Salud Pública.
 - Incrementar la demanda de perfiles específicos de los gestores a los formadores.
 - Articular los espacios de formación con los espacios de trabajo.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Generar metodologías para el análisis curricular y mecanismos de concertación entre agentes formadores y prestadores de servicios.
 - Proponer estudios y análisis de las discrepancias entre los procesos de formación y las necesidades de los servicios.
 - Abogar por la inclusión del enfoque de gestión de RRHH en la formación de pregrado y postgrado desde la perspectiva del desarrollo de las funciones esenciales de la Salud Pública.
 - Facilitar el análisis de perfiles específicos entre formadores y prestadores, acorde con los retos específicos de la gestión en cada uno de los niveles.
 - Colaborar en la articulación entre los espacios de formación y los espacios del trabajo.
- b. Incluir el tema de gestión de RRHH en los procesos de formación de personal con enfoques actualizados.** Si bien la formación de personal en el campo de la administración y afines ha crecido mucho, la mayoría de estos programas y currículas no se han adaptado a las nuevas exigencias, sino que, por el contrario, se han ido alejando de las necesidades.

Desde la cooperación técnica es importante colaborar en el fortalecimiento de los procesos de formación de pre y postgrado que se desarrollan en los espacios del trabajo. Igualmente, es necesario fortalecer los mecanismos de negociación para que dichos procesos estén orientados por las demandas institucionales.

La cooperación debe favorecer el establecimiento de procesos de análisis y concertación con el propósito de fortalecer la transformación curricular basada en el análisis de prácticas emergentes, posibles situaciones futuras y análisis de escenarios, para lo cual se hace necesario llevar a cabo investigaciones e intercambio de prácticas sobre la materia.

El desarrollo de programas de educación permanente en que el trabajo sea el eje del proceso de aprendizaje, incluyendo metodologías de enseñanza innovadoras y rescatando el ámbito de trabajo, es un eje importante.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Elaborar instrumentos metodológicos y contenidos de la formación para el desarrollo de la gestión. Fortalecer el flujo de información entre servicios e investigación.
- Recopilar, sistematizar y difundir las mejores prácticas en la formación de gestores.
- Incluir el enfoque del Derecho en la formación de gestores.
- Impulsar el desarrollo de programas de educación a distancia.
- Propiciar la definición de perfiles basados en competencias.

6.4 DIMENSIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA APS

CONSTRUYENDO LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

6.4.1 DIMENSIÓN DE LA GESTIÓN

SÍNTESIS DEL PROBLEMA

En 1978, la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata avaló e impulsó el concepto de Atención Primaria de Salud (APS). Esta conferencia identificó a la atención primaria de salud como la principal estrategia para

alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), adoptada junto con su correspondiente plan de acción por los Estados Miembros de la OMS en 1977 (Resolución WHA30.43⁵⁶). La visión de la APS elaborada en dicha conferencia, expresada en los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata y en un conjunto de 22 recomendaciones, marcó el inicio de una nueva estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo y el establecer una renovada plataforma de política sanitaria internacional.

En las Américas, los países de la Región hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS reconocidos en dicha conferencia: i) accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades de salud; ii) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario; iii) acción intersectorial por la salud y iv) eficacia de costos y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Desde entonces, los Estados Miembros han puesto en marcha estrategias nacionales heterogéneas basadas en el desarrollo de componentes prioritarios: extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento del ambiente; organización y participación de la comunidad para su bienestar; desarrollo de la articulación intersectorial; desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas; disponibilidad y elaboración de productos y equipos críticos; formación y utilización de recursos humanos; financiamiento sectorial y cooperación internacional.

Veintisiete años después del hito histórico establecido en Alma-Ata, las poblaciones de las Américas han acumulado ganancias en salud atribuibles al impacto de las actividades prioritarias de APS en educación y promoción de la salud, alimentación y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, asistencia materno-infantil y planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de endemias, tratamiento de enfermedades y traumatismos más comunes, acceso a medicamentos esenciales.

Sin embargo, la aplicación de la estrategia de APS, se caracterizó tanto por su heterogeneidad como por sus discontinuidades. En el plano conceptual, estuvo sujeta a diferentes interpretaciones que reflejaban perspectivas políticas y sanitarias divergentes. La definición original de APS se planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud y el establecimiento de un nivel mínimo de servicios de salud. En nuestra región, numerosos países concibieron a la APS como el nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y una puerta de entrada de la población al sistema de salud. Otros países consideraron a la APS como una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social y fue

⁵⁶ OMS: Resolución WHA30.43 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, 1977.

visualizada como una estrategia dirigida a brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, que no tenían acceso a servicios. Se intentó reducir la estrategia de APS a un conjunto de intervenciones simplificadas y de bajo costo, llamada APS “selectiva”. Sin embargo, debe enfatizarse que en su concepción integral no se trata de una política de “intervención limitada para la gente pobre”, sino una estrategia básica de los sistemas para el logro de mayor cobertura y equidad⁵⁷, basada en la conformación de equipos multidisciplinarios que puedan realizar encarar los problemas de salud desde una perspectiva integral.

Con diversos grados de amplitud e intensidad, en América Latina se adoptó la estrategia de APS como marco para el desarrollo de recursos humanos en salud y se constituyó en un marco de referencia para la adopción e implementación de políticas de reasignación de recursos humanos hacia los servicios de salud comunitaria. Estableció las condiciones y promovió la constitución de equipos multiprofesionales a nivel local, cuyo desempeño conjunto recreó y enriqueció la discusión sobre la interdisciplinariedad y en muchos casos, aproximó el personal de la salud a la comunidad y abrió las puertas al trabajo comunitario. En las experiencias exitosas, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitaron la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciéndose una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos⁵⁸.

A la APS se le adjudican en varios países progresos en la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud —a pesar de la persistente falta de equidad en el acceso—, mayor proyección hacia la comunidad, mayor movilización de recursos y mayor participación de actores comunitarios, sobre todo en programas de inmunizaciones, atención materno-infantil, medicamentos esenciales, educación sanitaria, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

A pesar de los adelantos realizados, la tarea por desarrollar es enorme. Por muchas de las razones desarrolladas en el capítulo 1, persiste una fuerte exclusión de los mecanismos de protección social en salud. A pesar de los planteamientos de Alma-Ata y del contenido de la Carta de Ottawa, en la Región aún predominan los modelos asistenciales de tipo curativo, de especialidad médica y de atención intrahospitalaria. El desarrollo de prácticas

⁵⁷ 44.º CONSEJO DIRECTIVO, 55.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL, Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003, Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros.

⁵⁸ OPS/OMS: “Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos”, Unidad de desarrollo de recursos humanos, Área de desarrollo estratégico de la salud, Oficina de gestión de programas. Madrid, España 2003.

preventivas y de fomento, como la educación para la salud, siguen teniendo poca difusión y desarrollo.

Otro problema vigente es la dificultad en la coordinación intersectorial, ya sea entre los servicios de salud privados y los servicios de salud pública, como entre las actividades promocionales en la comunidad y las clínicas en los establecimientos hospitalarios. Asociado a ello, se constata la baja calidad de la atención de salud tanto en aspectos de calidad técnica como en la percepción de los usuarios. Hay deficiencias en eficacia, eficiencia, aceptabilidad, legitimidad y seguridad de los servicios de salud.

En este sentido la asociación de la APS con la gestión de recursos humanos en salud, constituye un factor fundamental para la planificación y administración de la disponibilidad, distribución y adecuación de competencias a las necesidades y realidades poblacionales.

Hay todavía una fuerte debilidad en los marcos políticos e institucionales que impiden garantizar la incorporación de personal comunitario, desarrollar una participación social adecuada y utilizar la información producida en la toma de decisiones. Una debilidad adicional es la dificultad para concebir, organizar e desarrollar los equipos de salud requeridos.

6.4.2 PRINCIPALES ÁREAS DE COOPERACIÓN EN MATERIA DE GESTIÓN DE RECURSOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA APS

- a. **Dificultades para definir y organizar los equipos de APS.** Las diferentes proporciones de médicos y enfermeras que se observan en los países de la Región evidencian estrategias heterogéneas en materia de salud. Además, se constata que en general la proporción de médicos es superior y constituye el grupo dominante⁵⁹. También hay importantes diferencias en la conformación de equipos. En este sentido se pueden contrastar el modelo cubano, donde médico y enfermera constituyen el equipo base, con el modelo utilizado en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, donde se destinan médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos para atención de salud en zonas rurales y urbanas marginales⁶⁰. Otro modelo es el Programa de Formación de

⁵⁹ En efecto, en un análisis de 7 países de América sobre la relación médico/enfermera se observa las siguientes relaciones: EEUU (87,8 enfermeras vs. 24,5 médicos por 10.000 habitantes), Canadá (95,8 enfermeras vs. 22,1 médicos por 10.000 habitantes) y Belice (7,6 enfermeras vs. 4,7 médicos). En los países latinoamericanos en estudio, se observa una relación inversa: Chile (4,2 enfermeras vs. 10,8 médicos), Honduras (1,7 enfermeras vs. 2,2 médicos) México (4,0 enfermeras vs. 10,7 médicos), Venezuela (7,7 enfermeras vs. 19,4 médicos). LAND, S. Community Nursing in Latin América and the Caribbean. Home Health Care Management & Practice. December 1998. P.2.

⁶⁰ OPS/HSR: "El servicio social de medicina en América Latina. Situación actual y perspectivas", Informe de taller regional Washington DC, abril de 1997.

Médicos de Familia en Brasil integrado por médicos, enfermeras y agentes comunitarios de salud⁶¹.

Aún cuando la Región ha puesto énfasis en la incorporación de personal comunitario y en la participación social en la atención sanitaria, se reconoce la necesidad de seguir fortaleciendo este tipo de participación en la salud, ya que los avances realizados son insuficientes en muchos de los países y todavía existen diversas realidades locales donde la participación comunitaria se restringe a procesos consultivos de carácter esporádico. Pese a la aceptación unánime de la necesidad de basar los sistemas de salud en la atención primaria, se observa una carencia de profesionales con formación adecuada o con práctica de medicina familiar.

La cooperación deberá estar dirigida a:

- Apoyar técnicamente el proceso de definición y organización de los equipos de APS.
- Cooperar para identificar las mejores formas de organización y estructura de los equipos de APS, incluida la definición de competencias y funciones del equipo.
- Identificar técnicas y procedimientos para mejorar la dinámica de trabajo en los equipos de APS y colaborar en la generación de mecanismos que faciliten el seguimiento y la evaluación del trabajo de equipo.
- Asistir en el desarrollo de metodologías que permitan generar evidencias del impacto del trabajo de los equipos de APS.

b. Debilidades en la organización y en la gestión de la educación permanente en los equipos de APS. La incorporación de contenidos de APS en los planes de estudio básicos de profesionales y técnicos en salud es disímil en las distintas profesiones, siendo mayor su presencia en la formación de enfermeras que en la de médicos. En cuanto a la experiencia práctica, existe una fuerte discusión respecto del impacto que la formación en APS ha tenido en los servicios , ya que la evaluación no es homogénea.

La modificación de los perfiles ocupacionales y la exigencia de nuevas competencias para grandes grupos de trabajadores de la salud exigió a la Región el desarrollo de procesos masivos de capacitación y la adopción de nuevos paradigmas educacionales, nuevos estilos de gestión de programas y de proyectos de educación, generando un

⁶¹ Ministerio da Saude - Brasil: Programa de Saude da Familia: <http://portalweb01.saude.gov.br/pits/> y <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>.

activo mercado de capacitación⁶² para mejorar el desempeño de los servicios y sistemas de salud.

Una evaluación de 15 proyectos de capacitación en 8 países de la región, revela que los montos de dinero destinados a estos fines fueron muy diversos. Los proyectos globales ocuparon entre 700 mil y 350 millones de USD, de los cuales el componente de educación representó entre 2,76% y 6,50% de los fondos totales de los proyectos. La evaluación señala que si bien los proyectos ayudaron a mejorar las competencias y habilidades de los participantes, provocando cambios favorables en los servicios, no se logró mejorar las políticas de recursos humanos, aspecto crítico para garantizar la sostenibilidad de los cambios generados con los procesos de capacitación⁶³. Asimismo, el modelo de capacitación “por programa”, que se utilizó en el sector salud en la década de los noventa en los proyectos financiados por los organismos de crédito internacional, no logró mejorar las instituciones ni permitió paliar los fenómenos de precarización y alta movilidad de los trabajadores. Este análisis revela que el problema de formación sigue siendo importante.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Asistir en la formulación, la implementación y la evaluación de Programas de Educación Permanente para el personal de APS como base para el incremento de sus competencias.
- Desarrollar esquemas de formación en base a perfiles de competencias desarrollados con especial énfasis en equipos de multifunción.

- c. **Debilidad en materia de formulación de políticas tecnológicas en los servicios de APS.** El dilema en torno a la función de la APS y su vinculación con la salud de la población, esto es, si se trata de programas de asistencia para los pobres, de una estrategia de inclusión o de vinculación con la comunidad, requiere de tecnologías de diagnóstico y tratamiento así como de una gestión que se adecue a las necesidades de las comunidades locales y se integre al resto del sistema.

La gestión de recursos humanos en estas unidades requiere de herramientas más complejas ya que a las tradicionales dificultades

⁶² Se encuentran distintas modalidades de gestión educacional como son los fondos concursables (Costa Rica, Chile y Perú), la generación de redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Perú, Brasil), licitaciones internacionales y nacionales, novedosas modalidades como educación a distancia y por encuentros.

⁶³ PAHO/WHO: Situación de los Componentes Educativos en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma del Sector Salud. Países Seleccionados. Región de las Américas. Washington, Working Paper, May 2001. Available at: http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html.

de gestión del equipo de salud, se suma la integración de agentes comunitarios más relacionados con la cultura local y el mandato de resolver necesidades específicas, tanto de responder a demandas puntuales como de proponer un plan estratégico para atender a esa población.

La cooperación debe estar dirigida a:

- Colaborar al establecimiento de lineamientos para la incorporación y la gestión tecnológica en APS.
- Colaborar en la generación de competencias y en el mejoramiento de capacidades para incorporar nuevas herramientas y tecnologías en la gestión de recursos humanos en APS.

6.5 DIMENSIÓN DE INVESTIGACIÓN EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

FORMULANDO EVIDENCIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN
LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

6.5.1 DIMENSIÓN DE INVESTIGACIÓN

SÍNTESIS DEL PROBLEMA

El conjunto de problemas y áreas de cooperación a las que se hace referencia en este documento requiere ser investigado con mayor profundidad. A partir de 1999, la constitución del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, esfuerzo interagencial de OPS/OMS, OIT y CEPAL, se propuso recopilar un conjunto de datos esenciales (core data) sobre recursos humanos en salud con el objetivo, de monitorear las políticas de RRHH en el marco de las reformas sectoriales. Este Observatorio —organizado por los propios países y del que hoy participan 17: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela— ha relevado información sistemática sobre muchos de los temas centrales de la gestión de recursos humanos. Se trata de una estrategia para fomentar la producción, análisis y difusión de información en RRHH y la toma de decisiones en materia de políticas, regulación y gestión por parte de los actores educativos, de servicio y corporativos.

El Observatorio y algunas investigaciones vinculadas a él apuntan a responder cuestiones de este tipo: ¿Cuántos recursos humanos se desempeñan en el sector y cuáles son sus especialidades? ¿Cómo se distribuyen espacialmente? ¿Cuál es la magnitud y la característica de la flexibilidad laboral

en los servicios de salud en la Región? ¿Cuál es la magnitud de la precarización del empleo? ¿La feminización del sector salud se expresa en una mayor igualdad de oportunidades para ambos sexos o hay falta de equidad entre los géneros?

Cada uno de los países ha ido avanzando en la recolección, sistematización y análisis de la información relacionada a estos problemas, y su utilidad ha sido diferente de acuerdo con el interés de los diferentes actores. También difiere la información disponible en cada país en función de las características de su sistema estadístico nacional y la posibilidad de utilizar los datos para el sector salud.

Sin embargo, en lo que respecta al tema de la gestión de los recursos humanos, es necesario dar un salto cualitativo que permita establecer relaciones entre los distintos factores de modo de mostrar las relaciones entre la gestión de los recursos humanos y sus resultados en materia de calidad de la atención. Lo que interesa es estudiar de qué modo los distintos escenarios descritos en materia de precarización de los trabajadores del sector, el incremento de la conflictividad, las dificultades salariales o la descentralización, afectan la cantidad y la calidad de la atención. Se trata de generar evidencia de diferente tipo en los niveles a los que se hacía referencia anteriormente (macro, meso y micro) con relación a los diversos temas planteados.

¿Cuál es la mejor estrategia en relación a los sistemas de contratación? ¿Qué experiencias se conocen de sistemas flexibles que al mismo tiempo ofrezcan seguridad? ¿Cuál es la mejor estrategia identificada para la solución de conflictos? ¿Cómo se relacionan la cantidad y el tipo de personal de salud con la salud de la población? Estudios en esta línea han demostrado una relación entre el número de personal de salud y la situación de salud de la población⁶⁴ o la cantidad de enfermero/as y los resultados en materia de salud en diferentes tipos de patologías.

En este sentido, la estrategia de investigación del área debe desarrollarse hacia tipos de estudios diferentes:

- ♦ Aquellos que generen evidencias sobre los factores de gestión asociados a una mejor atención.
- ♦ Aquellos que lleven a identificar y posteriormente a difundir “buenas prácticas”, que permitan el intercambio de información para su adaptación y puesta en marcha de acuerdo con las características específicas de cada situación y de cada uno de los países.
- ♦ Aquellos que generen indicadores de monitoreo y evaluación de desempeño.

⁶⁴ OMS: “Human Resources for health, Overcoming the crisis”, Geneve, 2004.

6.5.2 ESTUDIOS Y/O INVESTIGACIONES QUE GENEREN EVIDENCIAS SOBRE LOS FACTORES DE GESTIÓN ASOCIADOS A UNA MEJOR ATENCIÓN EN SALUD

En el Taller de Consulta realizado en Buenos Aires en abril de 2005 sobre el Campo de la Gestión en Recursos Humanos en Salud, se destacó la importancia de generar información vinculada con la problemática de gestión de los recursos humanos y se propuso producir información para:

- ♦ Generar instancias de cooperación entre los países que faciliten la circulación de evidencias y de información vinculada.
- ♦ Promover mecanismos ágiles para la incorporación de toda la información disponible en el Observatorio de Recursos Humanos.
- ♦ Desarrollar investigaciones sobre políticas de RRHH como herramienta para el análisis de los problemas.
- ♦ Fortalecer estrategias de investigación conjunta para comprometer a los que toman decisiones e impactar en la formulación de políticas.
- ♦ Estimular la producción de información que incluya la perspectiva de los usuarios en los sistemas de evaluación, es decir, promover las investigaciones cualitativas.
- ♦ Promover producción de información y estudios acerca de:
 - el impacto de la formación de RRHH sobre los resultados en salud,
 - características de la fuerza laboral,
 - condiciones de trabajo,
 - mecanismos de para disminuir la precarización,
 - negociaciones laborales y los conflictos,
 - regulaciones internacionales de derechos humanos,
 - perspectivas acerca de la relación entre el derecho a la salud y los trabajadores, y
 - género y su influencia en el aumento de la fuerza de trabajo.

Los objetivos de la cooperación serían:

- ♦ Diseñar instrumentos que permitan generar evidencias sobre el impacto de los incentivos en el proceso de gestión de RRHH.
- ♦ Estimular el desarrollo de metodologías de evaluación de capacidades institucionales e individuales.
- ♦ Generar estudios y desarrollar metodologías tendientes a la evaluación del impacto de las políticas

6.5.3 IDENTIFICACIÓN Y DIFUSIÓN DE «BUENAS PRÁCTICAS»

En la mayoría de los países de la Región pueden identificarse experiencias de “buenas prácticas” en materia de gestión de recursos humanos que pocas veces trascienden el ámbito local. En ese sentido, es importante generar mecanismos de información y difusión que permitan identificar y divulgar estos casos.

En esta materia, en el taller anteriormente citado, se propuso:

- ♦ Identificar modelos alternativos de estructuración de RRHH en el sistema de salud y promover su difusión.
- ♦ Identificar la implementación de mecanismos que favorezcan el fortalecimiento de la capacidad institucional, para reforzar la capacidad de generar y sistematizar experiencias.
- ♦ Identificar y difundir buenas experiencias en materia de programas de gestión de calidad y de mecanismos de certificación de procesos.
- ♦ Difundir los mecanismos que faciliten la incorporación efectiva de los resultados a la práctica.
- ♦ Propiciar la realización de eventos y publicaciones para la disseminación de prácticas innovadoras en gestión.
- ♦ Realizar reuniones regionales para construir consensos.
- ♦ Instalar espacios de concertación tanto para el análisis como para la realización de programas.

La cooperación deberá estar dirigida a:

- ♦ Generar estudios tendientes a recopilar evidencias en materia de gestión de recursos humanos y su impacto sobre la calidad de atención en sentido integral.
- ♦ Identificar y difundir indicadores para el monitoreo y evaluación de desempeño en las distintas dimensiones de la gestión en recursos humanos.
- ♦ Difundir “buenas practicas” en diferentes ámbitos a partir de talleres regionales, publicaciones e intercambios entre países.
- ♦ Fortalecer las capacidades nacionales para la generación de estudios y evidencias.
- ♦ Promover estudios multicéntricos para mejorar el análisis de las diferentes dimensiones involucradas en la gestión de recursos humanos.

6.5.4 CUADRO SÍNTESIS DE ÁREAS DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Dimensiones	Escenario	Problemas	Acciones de cooperación
Institucional	Construir la capacidad institucional de regulación sectorial en la gestión de RRHH en salud.	- Coexistencia de leyes/reglamentos que inmovilizan la gestión en RRHH y provocan conflictividades de diferente tipo. - Existencia de negociaciones profesionales al margen de los estatutos y normas y negociaciones colectivas que segmentan los colectivos profesionales - Debilidad en la capacidad de negociación presupuestaria y necesidad de nuevos cargos	- Desarrollar procesos de planificación de corto, mediano y largo plazo con visión nacional y regional. - Relevar y revisar los marcos jurídicos existentes en materia de recursos humanos. - Fortalecer la capacidad de negociación presupuestaria y de generación de argumentos basados en información de calidad. - Desarrollar instrumentos y metodologías para el análisis de las dotaciones de personal correspondiente a los diferentes modelos de atención y población cubierta. - Analizar y racionalizar los regímenes que provocan dificultades en la toma de decisiones en la red de servicios. - Generar instrumentos y estudios para el análisis de las diferentes formas organizativas y de administración de recursos humanos. - Asistir en la normalización y establecimiento de pautas para la negociación colectiva que integre los colectivos profesionales. - Capacitar para la gestión y la negociación de conflictos. - Desarrollar metodologías y generar información de costo y atención. - Generar evidencias acerca de la densidad del recurso humano en salud y su vinculación con la cobertura.

continúa...

Dimensiones	Escenario	Problemas	Acciones de cooperación
Laboral	Abogar por empleo decente para los trabajadores de la salud	- Modalidades de contratación (precarización), empleos múltiples, etc. - Falta de información y escasa preocupación sobre la salud de los trabajadores de la salud. - Modelos obsoletos de carrera sanitaria y falta de plan de carreras adecuados a los cambios observados. - Debilidad de la estrategia salarial y escasos estudios sobre incentivos monetarios y no monetarios y su aplicación. - Alta conflictividad en el sector salud. - Debilidad en políticas y estrategias de administración y gestión del personal de salud en sus diferentes niveles. - Necesidad de aumentar la calidad de servicios y la productividad del personal.	- Analizar alternativas de nuevos marcos regulatorios y contractuales para el personal de salud, equilibrando condiciones de seguridad, carrera y calidad de atención. - Realizar estudios sobre los diferentes sistemas y evaluar la concordancia entre ellos, para lograr optimizar los recursos existentes. - Realizar y diseminar análisis sobre los puntos críticos de la gestión de RRHH, usando información del Observatorio de RRHH. - Recopilar y, cuando no exista, generar información en los establecimientos de salud sobre los riesgos asociados a las patologías atendidas y el grado de cumplimiento de la legislación ocupacional. - Proporcionar mecanismos de vigilancia y detección de riesgos en los ambientes de trabajo. - Desarrollar metodologías para sistematizar y difundir la información referente a la salud ocupacional de los trabajadores de la salud. - Mejorar la capacidad de gestión y resolución de los conflictos a partir del intercambio de experiencias y metodologías. - Capacitar en estrategias de negociación. - Proporcionar herramientas para optimizar la capacidad de análisis de las causas manifestadas y ocultas de los conflictos. - Fortalecer la gestión de RRHH para analizar e implementar a nivel micro, estrategias y técnicas tales como: evaluación de desempeño, motivación, liderazgo, incentivos, equipos de trabajo, calidad y productividad. - Revisar los sistemas de remuneraciones, montos, distribución interna e incentivos posibles para las diferentes categorías del personal de salud. - Diseñar carreras sanitarias. - Desarrollar metodologías de construcción participativa de esas carreras.

continúa...

Dimensiones	Escenario	Problemas	Acciones de cooperación
Educación en gestión	Generar «masa crítica» en capacidades de gestión de RRHH	- Gran distancia entre los perfiles de los profesionales formados y los requerimientos de los servicios. - Ausencia del tema de gestión de RRHH en los procesos de formación de personal. - Escasa articulación entre las instituciones de formación y los servicios. No hay alternancia. - Débil caracterización de las competencias requeridas en los diferentes perfiles y categorías ocupacionales.	- Generar metodologías para el análisis curricular y mecanismos de concertación entre agentes formadores y prestadores de servicios. - Generar estudios y análisis de las discrepancias entre los procesos de formación y las necesidades de los servicios. - Abogar por la inclusión del enfoque de gestión de RRHH en la formación de pre y postgrado basado en las funciones esenciales de la Salud Pública. - Facilitar el análisis de perfiles específicos entre formadores y prestadores, acorde con los retos concretos de la gestión en cada uno de los niveles. - Colaborar en la articulación entre los espacios de formación y los espacios del trabajo. - Elaborar instrumentos metodológicos y contenidos de la formación para el desarrollo de la gestión. Fortalecer el flujo de información entre servicio e investigación. - Recopilar, sistematizar y difundir las mejores prácticas en la formación de gestores. - Incluir el enfoque del Derecho en la formación de gestores. - Impulsar el desarrollo de programas de educación a distancia. - Propiciar la definición de perfiles basados en competencias.

continúa...

Dimensiones	Escenario	Problemas	Acciones de cooperación
Gestión de los Recursos Humanos para el fortalecimiento de la APS	Construir equipos de atención primaria en salud	· Déficit en la organización de los equipos de APS. · Inexistencia o debilidad en la gestión de la educación permanente en los equipos de APS. · Déficit en la gestión tecnológica en la APS y falta de análisis crítico sobre la inclusión de herramientas y tecnologías en la gestión de RRHH.	· Apoyar técnicamente el proceso de definición y organización de los equipos de APS. · Cooperar para identificar las mejores formas de organización y estructura de los equipos de atención primaria en salud. Incluida la definición de competencias y funciones del equipo. · Identificar técnicas y procedimientos para mejorar la dinámica de trabajo en los equipos de APS. · Colaborar en la generación de mecanismos que faciliten el seguimiento y la evaluación del trabajo de equipo. · Asistir en el desarrollo de metodologías que permitan generar principios y evidencias del impacto del trabajo de los equipos de APS. · Asistir en la formulación, implementación y evaluación de Programas de EP para el personal de APS. · Desarrollar esquemas de formación en base a perfiles de competencias desarrollados con especial énfasis en equipos de multifunción. · Asesorar para el establecimiento de lineamientos para la incorporación y gestión tecnológica en APS. · Colaborar en la generación de competencias y habilidades para adoptar nuevas herramientas y tecnologías en la gestión de recursos humanos en APS.

continúa...

Dimensiones	Escenario	Problemas	Acciones de cooperación
Investigación en gestión	Generar evidencias para la toma de decisiones en la gestión de RRHH en salud.	- Falta de estudios en la región sobre la relación entre la densidad del recurso humano y la calidad y eficiencia de las prestaciones. - Escasa utilización de la información existente en el Observatorio de Recursos Humanos para estas actividades. - Escaso intercambio entre países lo que dificulta la difusión de experiencias exitosas.	- Realizar estudios tendientes a mostrar evidencias en materia de gestión de recursos humanos y su impacto sobre la calidad de atención en sentido integral. - Identificar y difundir indicadores para el monitoreo y análisis del desempeño en las distintas dimensiones de la gestión de recursos humanos. - Difundir «buenas prácticas» en diferentes dimensiones a partir de talleres regionales, publicaciones e intercambios entre países. - Fortalecer las capacidades nacionales de generar estudios y evidencias. - Promover estudios multicéntricos para mejorar el análisis de las diferentes dimensiones involucradas en la gestión de Recursos Humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Taller sobre inequidades económico-sociales en América Latina, 29 de mayo al 2 de junio de 2003, Bariloche, Argentina.
- Tobar F y Romano Yalour M: *"La Investigación dentro de las Maestrías en Salud Pública en la República la Argentina"* en Representación OPS/OMS la Argentina: *"La formación de postgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos"*, 59, Buenos Aires, 2004.
- 44° CONSEJO DIRECTIVO, 55.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL, Washington, DC, EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003, Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros.
- Anand, S y Bärnighausen, T: *"Human resources and health outcomes: cross-country econometric study"*, Lancet 364, 2004.
- Arroyo, J: *"Transiciones y contra-transiciones en el desarrollo de capacidades institucionales en el campo de recursos humanos en salud"*, octubre de 2002.
- Bach, S: *"Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity"* (pp105/142) en Dal Poz, M and Ferrinho, P: *"Towards a global health service strategy"*, ITG Press, Antwerp, Belgica, 2003.
- Bach, S: *"Selected cases in Western Europe"*, in Gabriel Üllrich (ed), Labor and social dimensions of privatization and restructuring health care services, ILO, Geneve, 1998.
- Behrman, J, Gaviria, A y Székely, M: *"Social exclusion in Latin America: Perceptions, reality and implications"* in *"WHO 'S IN AND WHO 'S OUT: SOCIAL EXCLUSION IN LATIN AMERICA"*, John Hopkins University Press, Washington DC, 2003.
- Bisang, R, Novick, M, Sztulwark, S y Yoguel, G: *"Las redes de producción y el empleo. Elementos básicos para la formulación de políticas públicas"* en Casalet, M, Cimoli, M y Yoguel, G (compiladores): *"Redes, jerarquías y dinámicas productivas"* [en Miño y Dávila, FLACSO México y OIT, Buenos Aires, 2005.
- Brito, P, Campos, F y Novick, M: *"Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades"*, en OPS/OMS, Washington DC, 1996.
- Brito, P, Galín, P and Novick, M: *"Labour relations, employment conditions and participation in the health sector"* en Dal Poz, M and Ferrinho, P: *"Towards a global health service strategy"*, ITG Press, Antwerp, Bélgica, 2003.
- Brito, P, Lip, C y Lazo, O: *"El trabajo médico en el Perú"*, OPS/OMS y Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1990.
- Brito, P: *"Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral"* en Revista Panamericana de Salud Pública, 8 (1-2), 43/54, 2000.

- Brito Quintana, P: *"Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos en salud en las reformas sectoriales"*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS, 2000.
- Buchan, J y Thompson, M: *"Remuneration and incentives in Healthcare Systems"* en OMS Génova, 2000.
- Castells, M: *"La era de la información: economía, sociedad y cultura"*, Vol.1, La sociedad red, Alianza Editorial, Madrid, 1998.
- Chaix-Couturier, C, Durand-Zaleski, I, Jolly, D, Durieux, P: *"Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues"*, Int J Qual Health Care, 2000.
- Cherchiglia, M: *"La gestión del trabajo en América Latina y el Caribe: tensiones y conciliación entre el programa viejo y el programa nuevo"*, OPS/OMS, 2004.
- Cherchiglia, M: *"Terceirizacao nos serviços de saúde: Alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos"* en Lima, JC, Santana, JP (orgs): *"Especilizacao em desenvolvimento de recursos humanos em saúde"*, CADRHU, Natal OPS/OMS, (pp 367/385), noviembre 1999.
- Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización: *"Por una globalización justa: crear oportunidades para todos"*, Suiza, 2004.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre, 1978. *"Salud para todos en el año 2000"* (SPT-2000).
- Dal Poz, M: Trabajo presentado en la *"Reunión Regional sobre Recursos Humanos: factor crítico de las reformas sectoriales de Salud"*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Serie Desarrollo de Recursos Humanos 8, OPS/OMS, San José de Costa Rica, 1998.
- Dussault, G y De Souza, L: *"La gestión estratégica de recursos humanos en salud"*, Departamento de Administración de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Montreal, Montreal, junio 2000.
- El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: http://observatorio_rh.tripod.com/.
- Galín, P: *"Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina"* en Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Año 8, Número 15, *"El mundo del trabajo en el ámbito de la salud"*, Buenos Aires, 2002.
- Grupo de consulta SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, noviembre de 2003, Buenos Aires, la Argentina.
- Land, S: *"Community Nursing in Latin America and the Caribbean"*, Home Health Care Management & Practice, December 1998.
- Lugones, G, Bianco, C, Peirano, F y Salazar, M: *"Indicadores de la sociedad del conocimiento e indicadores de innovación. Vinculaciones e implicancias conceptuales y metodológicas"* en Boscherini F, Novick M y Yoguel G (compiladores): *"Nuevas tecnologías de información y comunicación. Los límites en la economía del conocimiento"*, Miño y Dávila y UNGS, Buenos Aires, 2003.
- Lundvall, B: *"¿Por qué la nueva economía es una economía del aprendizaje?"* en Boscherini, F, Novick, M y Yoguel, G (compiladores): *"Nuevas tecnologías de información y*

- comunicación. *Los límites en la economía del conocimiento*", Miño y Dávila y UNGS, Buenos Aires, 2003.
- Machinea, JL, Bárcena, A y León, A (coordinadores): *"Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe"*, CEPAL, 2005.
- Marcondi, N.: *"Políticas integradas de recursos humanos para el sector público"*, Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública, www.top.org.ar/publicac.htm.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: *"Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)"*, Brasília DF, 2005.
- Ministerio da Saude-Brasil: *Programa de Saude da Familia*: <http://portalweb01.saude.gov.br/pits/> y <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>.
- Needleman, J, Burhaus, I y Peter, MA: *"Nurse staffing and patient outcomes in hospitals"*, Harvard University, 2001.
- Nogueira, R and Santana, J: *"Human resource management and public sector reforms: trends and origins of a new approach"* en Dal Poz, M and Ferrinho, P: *"Towards a global health.service strategy"*, ITG Press, Antwerp, Bélgica, 2003.
- Novick, M y Galín, P: "Flexibilización del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud" en Representación OPS/OMS Argentina: "Observatorio de recursos humanos en salud en la Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones", 58, Buenos Aires, 2003.
- Novick, M: *"Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud"* en Dal Poz, M, Galín, P, Novick, M y Varella, T: *"Relaciones laborales en el sector salud"*, OPS/OMS, Quito, agosto 2000, <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/publicaciones.html>.
- Ocampo, JA, Bajraj, R y Martín, J (coords.): *"Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa"*, CEPAL/Alfaomega, Bogotá, DC, 2004.
- Ocampo, JA: *"Fortalezas, debilidades y desafíos del pacto fiscal"*, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Revista Reforma y Democracia, febrero de 1999.
- OIT, Oficina de Estadística: *"Resolución sobre las estadísticas de huelgas, cierres patronales y otras acciones causadas por conflictos laborales"*, 1997.
- Ojeda Avilés, A: *"Derecho sindical"*, editorial Tecnos, Madrid, 1985.
- OMS: *"Human Resources for health, Overcoming the crisis"*, Geneve, 2004.
- OMS: *"Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis"*, WHO/CDS/TB/2002.297, Ginebra, 2003.
- OMS: Resolución WHA30.43 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, 1977.
- ONUSIDA/OMS: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud, *"Situación de la epidemia de SIDA"*, Ginebra, diciembre 2004.
- OPS/HSR: *"El servicio social de medicina en América Latina. Situación actual y perspectivas"*, Informe de taller regional Washington DC, abril de 1997.
- OPS/HSR: *"Recursos humanos en salud: desarrollo de capacidades de gente que atiende a la gente"*, relato de la reunión técnica de HSR (Health Sector Reforms), Lima, 7 al 9 de julio del 2002.

- OPS/OMS/OSDI: “*Estudios de caracterización de la exclusión en salud*” en Internet, <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>, 2001-2004.
- OPS/OMS/OSDI: “*Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*”, serie Extensión de la protección social en salud, N° 1, Washington, DC, 2003.
- OPS/OMS: “*Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*”, Unidad de desarrollo de recursos humanos, Área de desarrollo estratégico de la salud, Oficina de gestión de programas. Madrid, España 2003.
- OPS/OMS: “*Gestión del trabajo*”, 2002.
- OPS/OMS: Taller de consulta gestión del trabajo en los sistemas nacionales de salud: definiciones y retos en el contexto laboral actual, Buenos Aires, abril 2005.
- OPS/OMS: “*La salud en las Américas*”, Publicación Científica y Técnica No. 587, Edición de 2002.
- OPS: “*Análisis de los recursos humanos en los procesos de reforma sectorial*”, en “*La salud de las Américas*”, Vol. 1, Washington DC, 2002.
- Ortún Rubio V.: “*Innovación organizativa en sanidad*”, Asociación de Economía de la Salud (AES), España. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita, Meneu, R. y (eds.), Ortún, V., Barcelona, 1996.
- PAHO/WHO: “*Las condiciones de salud en las Américas*”, edición de 1994, Vols. I y II.
- PAHO/WHO: “*Situación de los componentes educacionales en proyectos relacionados con los procesos de reforma del sector salud. Países seleccionados. Región de las Américas*”, Washington, Working Paper, May 2001. En Internet, http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html.
- Pautassi, L: “*Equidad de género y calidad en el empleo. Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*”, GTZ Chile, marzo de 2001.
- Rigoli, F.: “*La economía política de los recursos humanos*”, Montevideo, 1999.
- Scavino, J: “*La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003*”, en Internet, <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>. 2003.
- Taller sobre “*Inequidades económico-sociales en América Latina*”, 29 de mayo al 2 de junio de 2003, Bariloche, Argentina.
- Tobar, S: “*Alternativas para la formulación de políticas de macrogestión de recursos humanos*”. Artículo realizado para OPS/OMS, 2003.
- Universidad de Chile: “*Mercado de trabajo en el sector salud en Chile*”, Informe final, Santiago, 1996.
- Wainerman, C y Binstock, G “*Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*”, UNICEF-CENEP, Serie Cuadernos del CENEP, N° 48, 1993.
- Wainerman, C y Geldstein, R: “*Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*”, Serie Cuadernos del CENEP, N° 44, 1990.