

Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral

Pedro E. Brito Quintana¹

RESUMEN

Los recursos humanos, según sostienen quienes dirigen las iniciativas de reforma en el campo de la salud, constituyen el elemento clave de esas iniciativas y la principal ventaja competitiva que poseen los servicios de salud. Con la ayuda del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales, los países han empezado por primera vez a recoger metódicamente pruebas de la importancia decisiva de los recursos humanos dentro de las iniciativas de reforma y, sobre todo, del impacto que estas iniciativas a su vez ejercen sobre el personal de salud. Esta influencia recíproca representa el tema central del presente artículo, donde se examinan algunos de los aspectos más inquietantes de las reformas desde el punto de vista laboral, tales como el empleo inestable y la presencia de intereses conflictivos entre empleadores y trabajadores.

Quienes toman decisiones estratégicas en los procesos de reforma del sector de la salud a menudo sostienen que los recursos humanos son el elemento esencial de los servicios de salud y un factor decisivo en estos procesos. Algunos agregan que son la principal ventaja competitiva de dichos servicios. Hasta hace muy poco era difícil encontrar “pruebas” de la importancia de los recursos humanos, pues los asuntos relacionados con el personal han estado ausentes de los programas de reforma sectorial de casi todos los países de la Región, al menos en sus primeros años.

En estos momentos se empiezan a apreciar algunas pruebas de dicho impacto. El Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales,

impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha empezado a recoger y a estudiar de forma sistemática las pruebas de este impacto. El Observatorio no se ocupa exclusivamente de asuntos laborales en el campo de la salud, sino también de todo cuanto de una forma u otra se vincula con el personal sanitario. Asimismo, genera conocimientos e información en muchos campos, tales como los procesos de educación profesional y técnica, la educación del personal en activo, las políticas del personal y las intervenciones gerenciales.

Este artículo versa sobre los efectos de las reformas sectoriales sobre el personal de salud que más preocupan a los dirigentes del sector sanitario. Muchos de ellos son de naturaleza laboral y gran parte de la información utilizada proviene del Observatorio.

EL IMPACTO DE LAS REFORMAS SANITARIAS SOBRE LOS TRABAJADORES Y SU DESEMPEÑO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia más allá de los límites institucionales del sector de la salud. Al respecto cobran importancia las reformas estatales y los correspondientes cambios en la administración pública, tanto por la reducción del personal (*downsizing*) que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos más flexibles de empleo público. También es importante tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales.

¹ Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Dirección postal: PAHO/OPS, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América. Correo electrónico: britoped@paho.org

A finales de los años noventa, los países de América Latina y el Caribe estaban recuperando su dinamismo económico. Aunque seguía habiendo mucho desempleo (en particular entre las mujeres y la juventud), había una tendencia a recuperar el trabajo, un mayor número de mujeres se incorporaba al mercado laboral, y millones de personas migraban hacia las ciudades. Sin embargo, los salarios seguían siendo bajos y desiguales y la pobreza aumentaba. Algunos de los adelantos logrados a principios del decenio estaban en peligro. En ese marco, los mercados laborales manifestaban cinco tendencias:

- *De formales a informales:* durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir 85% del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 17 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía (1).
- *De bienes a servicios:* ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa (1). Aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.
- *De baja a alta calificación:* a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad (1).
- *Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo:* se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.
- *Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas:* se ha abogado por quitar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la espe-

rada autorregulación, el Estado está ausente y a la vez se generan distorsiones e inestabilidad.

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El cuadro 1 intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan.

Cabe ahora destacar algunos puntos críticos que permiten caracterizar la dinámica social e institucional generada como consecuencia de los cambios en los sistemas de atención. En primer lugar, la *existencia de actores sociales e intereses corporativos múltiples, dinámicos y conflictivos* exige un proceso muy complejo de construcción de

consensos y acuerdos, como base para las políticas en torno al personal. En segundo lugar, se tiende a *poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y su trabajo*, intentándose sustituirlas por visiones sociales e institucionales integrales. En ello hay ecos de visiones políticas que hacen hincapié en el derecho a la salud, siendo ciudadanos el personal y la población usuaria, y de nuevos paradigmas organizacionales basados en el capital humano y en el papel de los conocimientos como fuerza productiva.

En tercer lugar, se tiende a *mirar con ojos críticos los estilos de planificación, gestión y educación vigentes* en los sistemas de servicios de salud. Aparecen: 1) un nuevo enfoque de la planificación que valora la *visión estratégica* y la construcción participativa según la realidad local; 2) un estilo de gestión de personal que subordina lo administrativo y subraya la organización, las relaciones sociales e institucionales y cuestiones de poder; y 3) en lo referente a la educación del personal, la negación de la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, y su sustitución por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognoscitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador o aprendiz.

CUADRO 1. Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización • Cambios en los ministerios: funciones y estructuras • Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago • Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc. • Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad • Extensión de la cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor resolución • Nuevas funciones y áreas de competencia • Exigencia de mayor calidad y productividad • Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos • Nuevas formas de contratación • Énfasis en el desempeño y su evaluación • Cambios en los sistemas de incentivos • Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

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

Pese a estas señales de cambio, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas subdesarrolladas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. Sigue habiendo una gestión basada en una práctica exclusivamente administrativa.

¿QUÉ OCURRE CON EL PERSONAL Y SU TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

El cuadro de la situación que se presenta a continuación proviene de información reciente (junio de 1999) recogida en los nueve países de la Región (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú) que participan en el Observatorio. La finalidad de esta red de grupos interinstitucionales nacionales comprometidos con el estudio de los recursos humanos de salud es doble: contribuir a la definición de políticas en torno a los recursos humanos y realizar el seguimiento y la evaluación de los procesos de personal y empleo en las reformas sectoriales (2). Algunas cuestiones se refieren a situaciones problemáticas; otras podrían llevar a cambios favorables en la gestión de recursos humanos y en un mejor desempeño laboral en los servicios.

Flexibilidad e inestabilidad laborales en el campo de la salud

La tendencia a establecer modalidades flexibles en los contratos de trabajo fue identificada de manera explícita en seis de los nueve países, y se supo de su existencia en varios otros países que no participaban en el Observatorio. Muchas de las propuestas de leyes laborales en la Región adoptan el incremento de la flexibilidad como criterio esencial para disminuir los costos la-

Health sector reform in the Republic of Trinidad and Tobago

Hamza Rafeeq¹ and Rosemarie Paul¹

The Republic of Trinidad and Tobago lies at the southernmost end of the Caribbean chain of islands. The estimated population in 1998 was 1.28 million, of whom 27 percent were under 15 years of age and 6.3 percent were 65 or older. The population consists of a rainbow of persons of diverse cultural and ethnic antecedents

The leading causes of mortality and morbidity are heart diseases, neoplasms, diabetes mellitus, and cerebrovascular diseases. Trinidad and Tobago supports its population through petroleum and its downstream industries and from growing manufacturing and tourism sectors.

The health sector in context

The Ministry of Health (MOH) has historically been the body responsible for ensuring national health and for providing the services needed by various groups and subgroups within the population. The MOH has traditionally been required to provide leadership and also deliver health care services to the population. It sought to fulfill these roles through the development of a network of primary care facilities offering promotive, preventive, curative, and ambulatory services in close proximity to population groupings and at hospitals located in areas of major population concentration. Operations were highly centralized. Care was provided at no charge at point of contact, with all costs being borne by the Government.

The private sector mainly consisted of individual physicians and private pharmacies operating on a fee-for-service basis. Private in-patient beds were few compared with the complement in the public sector. Nongovernmental voluntary organizations partnered and supported the efforts of the Government by providing services

¹ Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad, Trinidad and Tobago.

aimed at meeting specific health needs of particular groups of persons. In some cases, these organizations received financial support from the Government to carry out their work.

Over time, both internal and external customers grew increasingly disaffected with the existing situation. Several commissions and task forces recommended that the MOH divest itself of various parts of its service delivery functions, by using boards or other such bodies to act on its behalf. After a series of consultations with major stakeholders, the Government accepted these recommendation to use administrative decentralization to improve the performance of the health sector. This involved giving to five regional health authorities (RHAs) full responsibility for the day-to-day functioning of the health facilities and the delivery of services.

To ensure coherence, the MOH would focus on the important roles of policy formulation, planning, standards-setting, regulating and monitoring of the RHAs, and evaluating improvements in health status. Implementation of this decision required a clear and distinct change from the prevailing system and naturally demanded the development of a framework within which to achieve the many and complex changes required.

Through the aegis of the Inter-American Development Bank, the country was able to obtain the services of a consultant group to develop the framework for and the details of the reform. The resulting Health Sector Reform Programme (HSRP) and the National Health Services Plan (NHSP) now guide the sector as it seeks to achieve the goals articulated and the vision shared for improved health of the population. The underlying strategy is that of more fully operationalizing a “primary health care approach,” which has long been accepted and pursued by successive governments, along with this approach’s principles of equity, accessibility, community involvement, self-reliance, sustainability, and relevance.

The consultant team and the local counterparts used an extensive participative approach to obtain the views of both internal and external clients and customers on a variety of issues. In addition, the teams carried out formal studies and surveys to obtain information on such areas as costs, allocation of resources, and systems. The findings confirmed the general feeling that with its highly centralized mode, the MOH was unable to respond effectively and efficiently to the dynamics of the health sector and was therefore functioning reactively rather than proactively.

borales y generar condiciones que favorezcan la competencia. Se trata de la adopción de criterios de flexibilidad externa, ligada a la necesidad de ajustarse a las fluctuaciones del mercado laboral mediante una redefinición de las condiciones del contrato o la disolución del vínculo laboral, en menoscabo de la estabilidad laboral y los beneficios sociales.

De una manera general, existen simultáneamente marcos y mecanismos de gestión de personal inflexibles y copiosos en lo normativo, con la creciente tendencia a la flexibilidad acompañada de inestabilidad en el empleo. Para el sector público, ello ocurre en un contexto de mayor descentralización y de estrictas restricciones presupuestarias.

En el Brasil se informó la existencia de más de 15 formas de vinculación laboral en el sector público y, en el marco de la gestión municipalizada, la creciente aparición de formas flexibles de contratación (temporales, en “comisión”, etc.). En Ecuador, en un contexto de marcado deterioro del salario, aparecen formas flexibles de contratación que sustituyen *de facto* las formas de contratación legalmente vigentes. En Costa Rica se están emitiendo disposiciones legales que crean condiciones para la subcontratación de ciertos servicios (de vigilancia, lavandería, aseo, etc.) y para la flexibilidad contractual (de tiempo, producto y demás) en el marco de los compromisos de gestión y de las modalidades de compra de servicios de salud. En Perú las formas flexibles de contratación de personal se están usando para instrumentar políticas de recuperación de servicios, de aumento de la cobertura y de promoción de formas de autogestión comunitaria de servicios. Una proporción significativa del personal (unas 10 000 personas) tienen contratos flexibles, pero en situación precaria y sin protección social.

Panamá informó que hay flexibilidad sin protección y con inestabilidad laboral bajo numerosas modalidades de contratación temporal, donde se observa una tendencia al desempleo, al empleo múltiple y al subempleo. El Salvador informó la existencia de empleo múltiple y desprotección laboral

debido a una observación limitada del código del trabajo.

El aspecto regulador

Este aspecto es relativamente nuevo. Si anteriormente la disyuntiva se planteaba entre la planificación y el mercado, actualmente se replantea como una tensión entre la regulación y el mercado. En el sector de la salud este fenómeno se sitúa en el contexto de una mayor complejidad institucional y de nuevos modos de producir y financiar la atención de la salud. Los distintos agentes que participan en la provisión de servicios de salud persiguen sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en conflicto. Las reglas del juego (regulaciones) son, por lo general, el resultado del poder, de los recursos y de la habilidad y oportunidad de estos agentes. Habitualmente, los modelos de regulación contemplan mecanismos para definir procesos, como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que estos procesos deben alcanzar. Se utilizan en estos casos variables como los mecanismos de entrada al mercado (que incluyen el licenciamiento y la certificación) o a la carrera (examen de ingreso o de selección), el control de la competencia profesional, la estructura del mercado de trabajo y los mecanismos de pago. Salvo en algún caso (México), se informan situaciones de una regulación insuficiente y conflictiva, o incluso de una ausencia (Panamá) de los procesos relacionados con los recursos humanos. En todos los casos queda claro que el aspecto regulador, en el marco de una nueva manera de entender la función de la autoridad sanitaria, radica en el programa del sector de la salud.

La regulación de la formación de los profesionales de la salud plantea una situación crítica. Por un lado, hay una divergencia, que en ocasiones puede ser conflictiva, entre las competencias de los ministerios de salud y educación en casi todos los países. El resultado es una regulación insuficiente de la educación en sus diversos niveles

Present situation and experiences

The decision to decentralize brought with it the need to address many issues in a fundamental and comprehensive manner. The Regional Health Authorities Act of 1994 created five RHAs and spelled out their obligations and powers. Each RHA is governed by a nonexecutive board whose members represent specified skills and community interests. A chief executive officer and his management executive are responsible to the board for the business of the RHA. Over the past 5 years the MOH and the RHAs have been engaged in institutional development supportive of their new roles and in learning how best to become what the law mandates directly and by inference. Five of the major challenges that the RHAs have faced are discussed below.

Governance. The decision was made to have the RHAs managed by nonexecutive boards, with a chief executive officer responsible for implementing board policy and also for leading an executive team. This change has meant a completely new way of conducting business in the public health sector. Broad policies set by the MOH are to be particularized and implemented by each RHA. The law states that the RHA board chairmen respond to the minister of health. The law is silent on any other possible relationship between persons in the RHA and persons in the MOH. These relationships therefore had to be addressed administratively. Aspects of fiduciary responsibility have been addressed through guidelines provided by the minister and through requirements in the Regional Health Authorities Act with respect to audits. The area of greatest challenge is that of monitoring and evaluation. There is the need for the Ministry of Health to guide and monitor without negatively affecting the ability of the RHAs to develop and perform as envisioned. However, there is also the need to ensure the provision of quality service in a cost-effective, cost-efficient, equitable manner.

Transfer of public service staff to the RHAs. The transfer of public service staff to the RHAs has been engaging the attention of the senior management of the Ministry of Health, and an interministerial committee has been set up to achieve the transfer. Many strategic approaches have been considered, but the reality

remains that the health professionals in the country constitute a small pool. Replacement is not a simple or feasible option under the circumstances. The option of severing employment ties is equally unattractive because of the large sums of money that would be required to address the severance and pensions obligations of the Government.

As part of the strategy to have the workers move to the RHAs, the Government has set up a contributory RHA pension fund and has arranged matters so there will be no loss of benefits that would normally occur as a result of a change in employer. The RHA Act also provides for the continued recognition of the trade union for those public servants who transfer or temporarily move to the employ of the RHAs. This has provided the workers with a degree of comfort and a sense of security. Additional action areas relate to the verification of the employment record of each staff member before transferring that record to the relevant RHA, and the creation of suitable human resource management systems and processes in the RHAs, including an independent tribunal that will address complaints and grievances. Setting up the tribunal is critical since transfer to the RHA effectively removes the person from the purview of the Public Services Commission, which the Constitution of the Republic of Trinidad and Tobago set up to deal with disciplinary matters, including termination of employment of public officers. From the functional perspective, public service staff who work in the RHA system are and will be faced with certain skills gaps occasioned by the RHAs' use of commercial accounting systems and other management systems not usual in the public sector. The reform program plan has recognized this and has made funding provision for human resource development using several means of skills development. The expected outcome will be a cadre of staff equipped to carry out new functions, as well as existing functions in new ways.

Continued provision of national public health services. Located a short distance from the coast of South America, Trinidad and Tobago has flora and fauna similar to those of the countries on the northern coast of the continent. Mosquitoes are native to the country and are vectors of malaria and of the flaviviruses that cause sylvan and urban yellow fever and dengue fevers. Traditionally, the vector control and eradication programs and the malaria disease surveillance program have been planned and delivered in a "vertical" mode.

(técnico, profesional y superior). En algunos casos la situación es más compleja, pues han surgido instituciones no gubernamentales con la misma finalidad (por ejemplo, en Chile y México para la formación de especialistas). La situación se complica aun más en aquellos casos en que los Ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer los mecanismos reguladores (comisiones de residencias médicas, por ejemplo), la capacidad de negociación, o las instancias de concertación con las corporaciones que se había logrado generar (Ecuador y Perú).

En el momento actual, la búsqueda de marcos y mecanismos para la regulación del ejercicio profesional (ligados o no a sistemas de educación continua) o para el perfeccionamiento de los profesionales en ejercicio (México, Jamaica) es una inquietud general. Hay numerosas experiencias, aunque poco conocidas, de certificación profesional y, en mucho menor número, de recertificación de especialidades o de competencia profesional.

En lo referente a la regulación de los mercados laborales, la actual tendencia a la flexibilidad sin protección (*vide supra*) parecería indicar un auge de la desregulación. El gran desafío es la generación a corto plazo de una nueva regulación, tanto de las relaciones individuales como de las colectivas de trabajo, explorando la posibilidad de ofrecer flexibilidad con protección, como lo planteó el grupo del Perú. Ese y no otro es el sentido del reciente reclamo de Amartya Sen ante la OIT, al denunciar el peligro de la inestabilidad laboral.

Los sistemas de incentivos para lograr mayor productividad

La instalación y evaluación de sistemas de incentivos para incrementar la productividad es común en la mayoría de los países examinados. La búsqueda de una mayor productividad en los servicios de salud forma parte indisoluble de las orientaciones y propuestas de las reformas sectoriales y es componente

esencial de la racionalidad económica propia de dichos procesos. Asimismo, es parte indispensable de una nueva gerencia, moderna y responsable, tan necesaria en todos los países.

La generación de sistemas de incentivos ha sido promovida activamente por organismos de cooperación financiera y se ha extendido con rapidez por la Región. Sin embargo, las experiencias —no siempre bien evaluadas—, así como la evaluación de la literatura especializada sobre el tema, presentan resultados contradictorios. Los nueve países mencionados —unos como resultado de sus experiencias anteriores y actuales (Brasil, Chile, México y Perú) y otros por estar en proceso de instalar, restaurar o evaluar sistemas de incentivos (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica y Panamá)— resaltan la enorme importancia que revisten dichos sistemas.

El asunto de los incentivos es complejo y conflictivo, bien sea como objeto de análisis o como estrategia de intervención. Si, además, se lo vincula con la productividad, se incrementan su complejidad y su pertinencia para el desarrollo de los servicios de salud, factor que acarrea sus consecuencias para los trabajadores.

El aspecto de la calidad

El aspecto de la calidad figura destacadamente en las reformas del sector de la salud, en tanto que fomenta el mejoramiento del desempeño y de la educación del personal. En casi todos los países de la Región se manifiestan: 1) la intención de impulsar o fortalecer una atención de mejor calidad, a veces de forma continua, en el contexto de procesos más amplios en el nivel estatal o de la administración pública (Chile y México) y, 2) la necesidad de evaluar y comparar experiencias nacionales con el objetivo de fomentar el aprendizaje institucional.

El aspecto educativo

El aspecto educativo tiene dos caras principales: la educación para la

This permitted a clear focus on inputs and outputs and their impact. The issue now being debated is how best to maintain these desirable features without having the MOH sidetracked into program delivery. The administrative and delivery arrangements for the national programs for tuberculosis and Hansen's disease have been easier to address because of legal and other arrangements which predate the RHA Act. The medical and public health staff attached to the facility responsible for the delivery of thoracic services have the mandate to manage the National Tuberculosis Programme. The decision that thoracic services will now be delivered by a particular RHA has meant delivery by that RHA of the National Tuberculosis Programme. With respect to Hansen's disease, the country has achieved the goal of elimination as promoted by the World Health Organization. Prior to decentralization it had been determined that delivery of the Hansen's disease surveillance and treatment program would be achieved cost effectively and efficiently in conjunction with the Dermatology Programme. As a result, one of the RHAs has been given the responsibility to provide this national service.

Coherence in the delivery of care throughout the country. To ensure coherence and standardization among the RHAs, the MOH has adopted a series of policy and administrative measures. In the context of decentralization, annually and on behalf of the population, the MOH "purchases" defined services from the RHAs. These purchases relate to the needs revealed in a national survey carried out in 1995 and in health services information that is routinely collected. The purchases are also based on details of the National Health Services Plan. In response to the MOH's purchasing strategy the RHAs develop their service and administrative responses. Documents providing estimated costs form the basis for discussion and negotiation with the Ministry before submission for Government funding. Once funding has been allocated to the RHAs, annual services agreements (ASAs) are finalized and then signed by the minister of health and the chairman of each RHA board. These documents support monitoring and performance evaluation. Apart from the ASAs, the minister also has authority under the Regional Health Authorities Act to give direction to the boards on important and necessary matters. Certain fora, instituted in relation to execution of the Health Sector Reform Programme, serve to develop and maintain linkages among the Ministry's executive team

and the RHA teams. These relationships are valuable in sharing information and experiences and in permitting the cross-fertilization of ideas.

Financing of the health sector. As mentioned earlier, the public health sector has been financed from the tax revenues of the country. This has not changed in large measure except for one hospital, which is allied to the Medical Faculty of the University of the West Indies and was developed as a fee-for-service enterprise. This facility has been incorporated into one of the RHAs and continues to pose a challenge in terms of its continued development and realignment of role to serve a catchment population.

By law, the RHAs can consider introducing a fee-for-service model of care, but only with the concurrence of the minister of health. The Health Sector Reform Programme proposes alternative models of funding for the sector, prime among which is a National Health Insurance System (NHIS). This will be funded through employer and employee contributions and also payments from the Government on behalf of the indigent. Such a system demands many supporting and corollary policies and activities. One of the most fundamental is the articulation and agreement on a package of basic services. Trinidad and Tobago has not yet addressed this matter fully. Technical support is being accessed to complete that work and to clearly define the implementation pathway. Among the other elements that are germane to the successful implementation of an NHIS are agreed protocols and standards of care, peer review, systems to capture costs and outcomes in a manner supportive of decision-making, and a unique identifier for each person.

All of these issues are vital to the successful implementation of the Health Sector Reform Programme. Successful outcomes also require robust information systems that support management processes and that address quality. The fact that computerized systems have not been extensively used in the public health sector provides the opportunity for their introduction in a systematic and organized manner.

The Health Sector Reform Programme has already begun to bear fruits, particularly in the area of primary health care. As this reform moves forward, two factors will be critical, the human resource issue and effective communication with all stakeholders. If these concerns are not adequately addressed, it will be difficult to continue successfully implementing reform.

preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en activo. Ambas han sufrido cambios muy notables como consecuencia de las reformas del sector y a su vez han tenido un impacto en dichas reformas. La formación educativa del personal profesional y técnico se definió unánimemente en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos y de los servicios de salud. Actualmente, estos no requieren protoespecialistas sino personal generalista para extender la cobertura o crear nuevos modelos de atención. Brasil resaltó además el aspecto económico del problema al señalar que en 1998 se gastaron US\$ 106 millones en becas para residentes de medicina. Ante la tendencia de las escuelas profesionales a modificar los planes de estudio como su principal estrategia de cambio, otros actores se expresan a favor de evaluar y mejorar la calidad de la educación, regular la oferta educativa, y reforzar el compromiso institucional de observar los requisitos de educación continua —y su articulación con mecanismos de regulación, como la certificación y recertificación—, recalificación o formación profesional, a fin de mejorar el desempeño del personal auxiliar y técnico en activo.

La educación del personal en activo ha sufrido grandes modificaciones a consecuencia de las reformas del sector y de los proyectos de inversión que los financian en casi todos los países. Con miras a apoyar la descentralización y la instalación de nuevas formas de organización y de gestión, se generan proyectos (o componentes de proyectos) de desarrollo institucional que respondan a nuevos perfiles ocupacionales o a la inclusión de nuevas competencias en los perfiles actuales. Estos proyectos han requerido la adopción de nuevos paradigmas educacionales y de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

La gestión educacional regida por criterios de mercado, con cobertura en masa, impacto local y prácticas basadas en sistemas descentralizados y

nuevos modelos de atención, plantea enormes desafíos para las unidades tradicionales de capacitación del sector público. Surgen así nuevas modalidades de gestión educacional, como los fondos concursables (Chile, Costa Rica, Perú), las redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Brasil, Perú), las licitaciones internacionales y nacionales, y nuevas modalidades educativas, como la educación a distancia y por encuentros.

El impacto de las nuevas modalidades de organización y gestión de los servicios

En casi todos los países se ha tratado de superar la falta de flexibilidad y de resolver problemas que parecen irresolubles bajo el orden organizativo convencional. Se pueden enumerar las siguientes medidas:

- nuevos modelos de atención con implicaciones importantes para la gestión del trabajo en los servicios, como el Programa Saúde da Família en el Brasil;
- modalidades de gestión participativa en los servicios de primer nivel, como los Comités Locales de Atención de la Salud (CLAS) del Perú;
- los compromisos de gestión en Chile, Costa Rica y Perú;
- la autogestión de los servicios, como en el hospital de San Miguelito en Panamá;
- la incorporación de modalidades de atención regulada (*managed care*) en los servicios de salud de muchos países;
- la compra de servicios a cooperativas de servicios o a terceros, como en Brasil y Costa Rica;
- la expansión de las instituciones privadas de pago en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú;
- la descentralización de los sistemas de salud en casi todos los países.

Ante esta amplia gama de modalidades cabe al menos preguntarse: ¿cuál es su impacto sobre el trabajo del personal y sobre la atención al público?, ¿qué implican para la gestión

del personal?, ¿se favorecen la mejoría de la calidad y la productividad?, ¿cuáles son las condiciones de trabajo?

Menos frecuentes pero no menos importantes

Se observa una *deficiencia de los sistemas de información* sobre recursos humanos y la baja capacidad técnica del personal de las unidades responsables, tanto en los ministerios de salud como en las entidades descentralizadas e instituciones de atención. Costa Rica, Jamaica y Panamá señalaron la necesidad de superar los actuales sistemas para la *evaluación del desempeño* de los trabajadores y su articulación con políticas de desarrollo de personal. En la esfera del trabajo propiamente dicho, Chile y México expresaron su inquietud por la *frecuente rotación* del personal, al *absentismo* y la *falta de motivación*. Chile y Panamá manifestaron la necesidad de realizar intervenciones destinadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios, y a subsanar los problemas de salud que aquejan al personal como resultado de estos factores.

LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LAS REFORMAS SECTORIALES

Para empezar es preciso hacer determinadas aclaraciones. La primera se refiere al énfasis que pone esta definición de gestión sobre *el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo*, incluidos no solo los aspectos técnicos de su ejercicio profesional, sino las relaciones sociales e institucionales que este genera y en las cuales se ubica. Las reformas sectoriales se caracterizan, eminentemente, por tres elementos que hasta el momento no han sido debidamente manejados por la administración de personal convencional: *el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales*. Más adelante se aclara por qué se destacan estas tres categorías (3).

Al hablar de la gestión de los recursos humanos (o de la gestión del trabajo,

como se denomina en Brasil) nos referimos a una función noble, esencial y compleja. No se trata de "aquello que hacen las oficinas de personal", sino de la teoría y la práctica en torno a los procesos (económicos, políticos, técnicos y culturales) que afectan al trabajador y a su manera de contribuir a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es a la vez un lugar de empleo. Esa función corresponde a la instancia directora del sistema de servicios, de la red de atención o de la institución de salud en el marco vigente de las políticas sectoriales. Solo en estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la gestión de los recursos humanos.

Con una mirada de largo alcance se puede afirmar, como hace Dal Poz (4), que presenciamos la superposición de dos programas para la gestión de los recursos humanos: el *programa antiguo* o fordista (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables y proteccionistas, centrado en puestos de duración indefinida) y el *programa nuevo* o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulador del trabajo que se caracteriza por la flexibilidad laboral). El antiguo programa remite a cuestiones, situaciones y problemas que la administración del personal no ha podido o sabido resolver y que siguen vigentes; el nuevo programa se refiere a aquellas situaciones y cuestiones problemáticas suscitadas *de novo* por las reformas sectoriales. El cuadro 2 resume algunas características de ambos programas.

En las reformas sectoriales ya no hay lugar para el viejo modelo. Las reformas de los servicios públicos han transformado las condiciones institucionales de la gestión. Se está tomando un nuevo rumbo en la orientación y fines de la gestión de los recursos humanos y también en su contenido.

LA TAREA PENDIENTE Y LOS DESAFÍOS

¿Qué hacer ante esta situación? ¿Cómo afrontar estos desafíos partiendo de un sistema de gestión de recursos humanos relativamente ineficiente?

CUADRO 2. Doble programa para la gestión de los recursos humanos en las reformas sectoriales

Programa antiguo	Programa nuevo
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo • Insuficiencia en la gestión y evaluación del desempeño • Gestión ineficaz de los sistemas de compensación e incentivos • Fragmentación de los procesos laborales • Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto • Falta de motivación, absentismo, poca participación • Retraso y rigidez normativa • Debilidad técnica • Escasa visibilidad y prioridad política 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión pública de los recursos humanos • Gestión del personal en un sector cuyo empleo ni aumenta ni disminuye • Gestión descentralizada • Gestión de la calidad y la productividad • Tendencia creciente y alarmante a la flexibilidad en la gestión del empleo • Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para categorías ocupacionales similares • Tendencia a la inestabilidad en un marco laboral público • Competencia por recursos financieros y personal • Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración del personal

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 1999.

Algunas tareas urgentes deberían ser enfrentadas con firmeza y mediante una colaboración entre países y entre los grupos responsables de estas cuestiones.

Promoción de un nuevo concepto de los recursos humanos y de su gestión

Es necesario promover una nueva visión ontológica de los recursos humanos y de su contribución a la atención de la salud de la población. No puede seguir vigente la visión instrumental y cosificada del personal propia del viejo modelo y que aún se encuentra en muchos servicios y en no pocos cursos de posgrado en salud pública. La superación de este paradigma es necesaria para construir una nueva práctica de la gestión de los recursos humanos, basada en la idea de sujetos históricos inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que comprometen tanto la dimensión técnica como las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

Elaboración de una teoría del trabajo en los servicios de salud

Nunca ha sido tan necesaria como ahora una teoría del trabajo en los servicios de salud que permita entender

y explicar cómo se han visto afectadas las relaciones laborales en los servicios de salud a consecuencia de los cambios en la economía, el Estado, la sociedad y el propio sector. Es preciso conocer más a fondo, desde el punto de vista laboral, esa matriz institucional híbrida de taylorismo y burocracia weberiana, y su impacto sobre la manera como se organiza, divide y gestiona el trabajo en esas complejas instituciones llamadas hospitales y centros de salud. Es menester saber más acerca de la tecnología médica y sus consecuencias para los individuos y sus profesiones, de la economía política del servicio, y del propio trabajo sanitario. La cultura institucional, propia del medio sanitario, apenas empieza a ser explorada para entender por qué existe esa situación conflictiva entre los servicios y las profesiones y por qué algunas intervenciones dan buenos resultados en un servicio y fracasan en otro similar del mismo subsector.

Procede llamar la atención sobre lo que podría denominarse una *microfísica del poder* en los servicios de salud (5). La gobernabilidad de las instituciones y la orientación efectiva de las mismas para lograr cambios legítimos en los servicios en trance de reforma se basa precisamente en un mayor conocimiento del

poder. Este asunto también debe examinarse con el fin de despejar algunos interrogantes sobre la división del trabajo, la hegemonía de algunas profesiones y la cuestión del género en un sector laboral eminentemente femenino.

Promoción de la gestión de los recursos humanos como elemento esencial de las reformas sectoriales

Para influir sobre el trabajo y su contribución a la atención, la gestión de los recursos humanos tiene que ser apreciada como función esencial de la gestión integral de los servicios de salud, es decir, como algo que se logra mediante las decisiones del equipo de gestión (el cual incluye, pero no se limita, al responsable de la oficina de administración de personal). Una condición de esta función sería la integración de los diversos aspectos de la gestión de los recursos humanos y de la decisión y autoridad en el servicio: la gestión del desempeño, de las relaciones de trabajo y de los conflictos; la educación permanente; la administración del personal y la generación de una ética laboral en el campo de la salud deben compartir un eje decisorio derivado de los objetivos orientados a mejorar la atención (6).

Fortalecimiento de la capacidad técnica de los encargados de la gestión de recursos humanos.

Esta condición deriva parcialmente de la anterior. Hoy día no se dispone de un cuerpo sistematizado de conceptos y categorías, de conocimientos específicos, de instrumentos metodológicos y de técnicas para intervenir eficazmente sobre las condiciones, componentes y resultados del trabajo del personal en los servicios de salud. Se suma a todo ello la escasa prioridad que siempre se le ha asignado a esta función. Debido a ambos factores, la gestión de recursos humanos se ha dejado hasta hace muy poco en manos de personal de muy buena voluntad pero sin una formación adecuada para una función tan compleja. En el contexto previo de estabilidad reguladora, en el que regía la

norma central, esa falta de profesionalismo configuró una práctica enfocada exclusivamente en la administración del personal. Es necesario avanzar en la formación profesional del personal responsable de la gestión de los recursos humanos. Para tal fin se propone un esfuerzo sostenido y compartido de capacitación de personal basado en los problemas que plantean la gestión y las situaciones y decisiones cotidianas del propio gestor. Este empeño educacional debe ser parte orgánica del desarrollo de las capacidades técnicas en los proyectos de desarrollo institucional en las reformas sectoriales.

La actualización de regulaciones y normas y el desarrollo de instrumentos.

El sector público de salud, comparado con otros sectores sociales y de la economía, parece adolecer de extrema complejidad y de un retraso normativo. El centralismo ha sido y sigue siendo un fuerte componente de la administración pública en América Latina, a pesar de las tendencias descentralizadoras, y es más patente en el sector de la salud. Frente a ello, en algunos países se ha dado una flexibilidad normativa *de facto* (Brasil, Perú), mientras que en otros esa flexibilidad ha sido mediada por redefiniciones normativas y reglamentarias (Argentina).

La gestión de los recursos humanos es y será durante un buen tiempo tributaria de las normas legales. Los cambios que se vienen dando en la dimensión legal y política del contrato laboral (y para el presente, la necesidad de preservar mecanismos protectores de la calidad del empleo) hacen necesarias estas normas. Es preciso evitar la flexibilidad excesiva y buscar una especie de equilibrio entre la oferta de protección y la flexibilidad, debido sobre todo a las coyunturas de descentralización. Generar prácticas locales de gestión con mayor autonomía requiere, asimismo, la simplificación, adecuación y actualización normativas.

Otra tarea urgente es la de generar, adaptar o encontrar nuevos instrumentos y técnicas de gestión para afrontar problemas como la evaluación del desempeño, el cálculo de las

necesidades de personal en el nivel local, la definición de términos de referencia para contratos o licitaciones, la evaluación de programas y proyectos, la supervisión, las habilidades de comunicación, y otras. El programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS viene trabajando en la organización de un conjunto de técnicas e instrumentos para la gestión de personal (*tool kit*) que en breve estará disponible para uso de los gestores (6).

LOS DESAFÍOS ACTUALES PARA EL GESTOR DE RECURSOS HUMANOS

El rumbo de algunos procesos incluidos en las reformas del sector de la salud generan desafíos y encrucijadas para el gestor responsable de la equidad, calidad y eficiencia de la atención, y comprometido a velar por la calidad de la vida laboral del personal de salud. Además de las limitaciones y características de la gestión de recursos humanos existentes en la realidad, deben tenerse en cuenta las políticas de separación de funciones, las nuevas modalidades de financiamiento, la compra de servicios, las modalidades flexibles de contratación y otras que, por eficaces que sean para satisfacer las necesidades apremiantes de la gestión financiera o de la extensión de la cobertura, pueden generar en el mediano plazo condiciones inadecuadas para un desempeño de calidad.

Los desafíos guardan relación con el logro de una mejor calidad en el desempeño, una mayor productividad, un mayor compromiso institucional, y una mayor participación en las decisiones que afectan al trabajo en los servicios. La encrucijada se refiere a que tales desafíos deben ser enfrentados en condiciones precarias de trabajo y escasas posibilidades y recursos para la inversión en capital humano. ¿Hasta dónde es posible garantizar la calidad y productividad en condiciones flexibles de empleo? En un contexto de creciente compra de servicios y externalización, ¿será posible garantizar los atributos de una buena atención? En un contexto económico y laboral con

tendencia al deterioro o, en el mejor de los casos, estable, ¿hasta dónde se puede llevar la flexibilidad?, ¿cuáles son las formas flexibles de empleo legítimas? Más aún, ¿cómo prevenir que la creciente flexibilización no se acompañe de más inestabilidad y que se instale la desprotección contra la que clama el Premio Nobel? ¿Cuáles son las causas de la falta de motivación del personal y cómo erradicarlas? ¿Cómo generar sistemas de incentivos sostenidos y sostenibles? ¿Cómo comprometer a la dirección del servicio en la empresa de dirigir el desarrollo del personal, como condición estratégica de calidad, equidad y eficiencia? Por último, ¿qué debe hacer un gestor responsable y sensible a las condiciones del empleo y de la atención a la salud, para que se cumpla el gran objetivo de una gestión de recursos humanos que cree y garantice condiciones para satisfacer las legítimas demandas del personal, los requerimientos del servicio y las necesidades y el derecho del público a una buena atención de salud? Las respuestas a estas preguntas se hallan en el terreno de las *políticas de desarrollo de los recursos humanos* que logren buenas condiciones de trabajo (como reclama la OIT en su informe de 1999) y, simultáneamente, una atención equitativa, de calidad, eficiente y eficaz en servicios de salud dignos para el paciente y para el trabajador.

Parece inadecuado concluir un artículo con tantas preguntas de tan seria índole, pero el presente artículo no intenta dar respuestas ni recetas, sino llamar la atención sobre una situación que no puede continuar sin poner en peligro la calidad de la atención y hasta los propios objetivos de las reformas del sector de la salud. Vivimos una situación paradójica: por un lado, la creciente flexibilidad e inestabilidad del empleo en los servicios de salud y la falta de condiciones adecuadas para un desempeño eficiente y de calidad; y por otro, la gestión deficiente de los recursos humanos en los servicios de salud. Esta paradoja es producto de querer cambiar radicalmente los servicios sin contemplar una inversión institucional para acrecentar su máximo valor: los recursos humanos.

REFERENCIAS

1. Martínez D. El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales. Presentado en la Reunión de Constitución del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, celebrada en Santiago de Chile, 9 a 11 de junio de 1999.
2. Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe de la Reunión de Constitución del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud, celebrada en Santiago de Chile, junio de 1999. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 1999.
3. Brasil, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Consejo Nacional de Sociedades de Educación Médica en Salud. Política de recursos humanos para la salud: cuestiones en el área de gestión y regulación del trabajo, Informe final. Brasilia: MS, OPS, CONASEMS; 1999.
4. Dal Poz M. Presentado en la Reunión Regional: Recursos Humanos: Factor Crítico de las Reformas en Salud, celebrada en San José de Costa Rica, diciembre de 1997. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos 8).
5. Townley B. Reframing human resources management: power, ethics, and the subject at work. London: Sage Publishers; 1994.
6. Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. Washington, D.C.: OPS; 1996.

ABSTRACT

Health sector reform and its impact on human resources and employment management within the health sector

According to those in charge of health sector reform, human resources are the key component of health sector reform processes and offer health services their greatest competitive advantage. With the help of the Observatory for Human Resources within Health Sector Reform promoted by the Pan American Health Organization and other groups, countries of the Region of the Americas have now begun to gather, in a methodical fashion, tangible evidence of the decisive importance of human resources within health sector reform initiatives and particularly of the impact of these initiatives on health personnel. This mutual influence is the main theme of this article, which explores the most disturbing aspects of health sector reform from a human resources perspective, including job instability and conflicting interests of employers and employees.