

Los Observatorios de Recursos Humanos en América Latina

Félix Rigoli
Asesor Regional
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
OPS/OMS- Washington
<mailto:rigolife@paho.org>

Antecedentes

Desde 1994, la cooperación técnica en el campo de los recursos humanos en la reforma del sector de la salud responde a un mandato a la OPS, formulado en la Cumbre de los jefes de Estado de las Américas, con respecto al reconocimiento creciente de la importancia de los temas de la fuerza laboral en el desarrollo de los servicios de salud. En 1998, se convirtió en parte de una iniciativa conjunta con USAID de seguimiento de la Reforma del Sector Salud en las Américas, fomentando la recopilación de la información sobre los procesos de reforma que estaban siendo desarrollados por muchos de los Estados Miembros de la OPS. A fin de dar respuesta a esta solicitud de los países, el Programa de Recursos Humanos de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud implementó la estrategia de instalación de los Observatorios de los Recursos Humanos en los procesos de reforma del sector de la salud.

Esta estrategia busca apoyar el funcionamiento de foros nacionales permanentes de recopilación, análisis y difusión de información sobre procesos de Recursos Humanos, que pueda servir de base para la formulación de políticas y fortalezca la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria.

La necesidad de producir esta información para mejorar la capacidad de formular políticas, se basa en el reconocimiento de las características específicas de los recursos humanos de salud:

- Una fuerza laboral extensa (aprox. 7 millones de personas en América Latina y el Caribe), mayoritariamente femenina, en actividades mano de obra y conocimiento-intensivas.
- Un Sector Público como empleador más importante
- Gasto elevado de personal: 60-70% del presupuesto de servicios de salud pública
- Alta dinámica tecnológica con repercusión sobre la estructura de trabajo
- Relaciones laborales complejas con alta tasa relativa de sindicalización y fuerte representación de asociaciones profesionales
- Nivel alto de conflicto en las relaciones laborales
- Debilidad en la formulación y planificación de políticas

- Separación entre los objetivos de los organismos de educación y los servicios de salud

El objetivo final fue mejorar el uso del conocimiento y la información por los encargados de adoptar las decisiones y los agentes sociales pertinentes, mediante los usos creativos de información disponible, por lo tanto no sustituyendo ni creando nuevos sistemas de información. La información a ser construída en un set de datos básicos apunta a sistematizar las fuentes existentes en las siguientes áreas:

- Calidad del trabajo y regímenes de trabajo
- Educación y adiestramiento básico de los Recursos Humanos
- Productividad y calidad de los servicios
- Gobernabilidad y conflicto laboral en el sector

Actividades de la red del Observatorio entre 1999 y 2002

El inicio de las actividades en los procesos lanzados en 1999 en el nivel regional, condujeron al desarrollo de tres manuales metodológicos¹ para mejorar el análisis en los Recursos Humanos y la optimización del uso de las fuentes existentes.

A partir de los 9 países iniciales que constituyeron esta iniciativa, la idea se fue difundiendo a otros que presentaban la misma problemática, sumando actualmente 16 países que tienen en funcionamiento grupos adscriptos a la Red regional² y con los cuales se intercambia información y experiencias.

Producción de conocimiento

Se han producido estudios de datos básicos de recursos humanos en los siguientes países:

- Argentina (Publicación del Observatorio 2001)
- Bolivia (Publicación del Observatorio 2002)
- Brasil (Documentos de la Red Observatorio de Brasil en Internet)

¹ Galin, P.: Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud in: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

Novick M.: Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el el sector salud in: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

Dal Poz M.; Varella T.: Guía de metodologías para análise de sistemas de remuneração e incentivos dos recursos humanos do setor saúde. In: Relaciones Laborales en el Sector Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

- Canadá (elaboración de información suministrada por el CIHI para 2001)
- Costa Rica (Publicación del Observatorio en 2001)
- Cuba (Publicación del Ministerio de Salud, Dirección de Trabajo, 2000)
- El Salvador (Publicación del Observatorio, 2001)
- Jamaica (Base de datos electrónica del Ministerio de Salud para el Observatorio, 2001)
- Paraguay (Trabajo en elaboración)
- República Dominicana (Trabajo en elaboración)

La fuentes primarias y su utilización no han permitido hasta el momento la homogeneización de las cuatro categorías previstas en el diseño original para todos los países. La incorporación de estos estudios, una vez depurados, está siendo procesada en la página web de OPS.

De los datos básicos de los países y la información de la región, recogida con fines comparativos, pueden identificarse algunas tendencias sobre los impactos recíprocos que las reformas y el personal encargado de instrumentarlas producen en los sistemas de salud, particular sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios.

Reformas con impactos en la eficiencia:

- La implantación de salarios variables por productividad, como en los casos de Brasil donde se relevaron 36 nuevas formas de pago de las cuales 14 vinculadas a productividad o tiempo extra. En ese mismo relevamiento, casi un 53 % de las experiencias premiaban productividad y sólo 7 % estaban dirigidas a incentivar mejoras en la calidad. Al mismo tiempo sólo 2 experiencias habían introducido estímulos a la redistribución geográfica. Esta situación se repite en México, Chile y Perú donde ya están implantados estímulos a la productividad, mientras que en Panamá, Ecuador y Costa Rica se encuentran en fase de experiencias.
- Se encontraron dificultades producidas por una desincronía entre los procesos de descentralización formal y su efectiva vinculación a los procesos de personal, como en los casos de Bolivia y Paraguay.
- La extensión de cobertura se acompañó en general con modalidades flexibles de contratación como en los casos de Perú (programa Salud para todos y CLAS), Brasil (Programa de salud de la familia), Ecuador (extensión con contratos sin protección social), Argentina (crecimiento del sector empleado en servicios públicos de salud sin protección de la Seguridad Social)
- La contratación externa de trabajo (tercerización), se ha extendido como forma de trasladar costos laborales (fijos) a costos variables, sin que esto cambie la naturaleza del trabajo

² A julio de 2002: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador,

contratado, En Brasil el 49 % de los hospitales medianos y grandes tienen trabajo tercerizado, inicialmente lavandería, limpieza y comida, luego RX y laboratorio, pero estudios más recientes muestran que 23 % de los médicos y más del 2 % de las enfermeras en Hospitales grandes trabajan por este sistema.

Reformas con impactos en la equidad

La búsqueda de mayor equidad en los sistemas de salud descubre algunas limitantes en la distribución de los recursos humanos críticos, que siguen presentando desequilibrios importantes.

- Algunas muestras de estos desequilibrios son las desproporciones internacionales en la disponibilidad y movimiento de médicos y enfermeras, tales como en el caso de Grenada en donde permanece 1 médico de cada 22 formados o en el Caribe donde se ha calculado que 16 millones de dólares invertidos en formación de enfermeras han emigrado hacia países desarrollados. Se prevé que un tratado de libre circulación de profesionales en el Mercosur, vigente desde 1997, contribuye a aumentar los desequilibrios intra regionales. Al mismo tiempo la existencia de 2600 médicos cubanos practicando fuera de fronteras ha contribuido a mejorar las condiciones de servicio en zonas desprotegidas, pero comienza a levantar resistencias de Asociaciones médicas.
- Sin perjuicio de estos desequilibrios internacionales, se mantienen los problemas de distribución inequitativa entre regiones de un mismo país. Así por ejemplo:
 - Argentina: mientras que hay 1 médico cada 95 personas en Buenos Aires, la razón es 1 cada 962 en Tierra del Fuego
 - Santiago tiene 61 % de los médicos, vs. 35 % de la población
 - Montevideo concentra el 80 % de los médicos vs. 45 % de la población
 - Managua es el lugar de trabajo del 50% del personal de salud mientras que sólo vive el 20 % de la población
 - Brasil tiene una concentración de un 65% de las enfermeras en las regiones Sur y Sudeste
- La aparición de algunos sistemas de incentivos, como se vio en el caso de Brasil y la combinación de una carrera funcional con salarios diferenciales en el caso de los "ciclos de destinación" de Chile, constituyen algunas de las herramientas que se han instrumentado para atacar estos problemas de equidad. Dentro de esta iniciativa se ha estudiado el caso específico

de regulación de la carrera funcional de Chile y sus efectos para mejorar la composición y distribución del personal de salud en ese país³.

Reformas con impactos en la calidad

- Las reformas promovieron cambios en los perfiles de desempeño, llevando a sustituciones de personal, como en el caso de Enfermería, dado que en muchos casos la búsqueda de menores costos operativos llevó al uso de personal con menos calificación. A veces estos sistemas contradecían normas que promueven la utilización de personal formado, como en el caso de Brasil, donde se observó que a pesar de existir una Ley que obliga a la sustitución de "atendentes" por enfermeras, los hospitales pasaron a contratar personal de baja calificación bajo otras denominaciones⁴.
- Aparecen las consecuencias de los nuevos sistemas de incentivos en la calidad de la atención y en la confianza del paciente, viéndose que en el caso de los médicos asalariados tienen tendencia a prestar menos consultas por paciente y menos interés en tratamientos en situaciones de emergencia, mientras que los que son pagos por acto fomentan tratamientos innecesarios⁵. Esto produce una nueva situación en la relación entre médicos y pacientes, donde pasa a ser necesaria la regulación de sistemas de pago como protección de los intereses del paciente.
- Se intentó mejorar el "factor humano" en las reformas a través de componentes de capacitación que incrementan la motivación y la calidad técnica de los trabajadores que estaban instrumentando los cambios. Un análisis de 15 proyectos en 8 países de A.L.⁶ mostró que si bien se habían invertido montos desde US\$ 700.000 a 350 millones de dólares, los resultados mostraban que se mejoraron:

³ Quiroga, R. (1999): Regulación de recursos humanos de salud en Chile, OPS/OMS MINSAL, 1999, Santiago. Disponible en:
http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-rrhh-en-chile.pdf

⁴ Girardi, S.(1999): "Aspectos dos mercados de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinamica, conexoes". en: Lima, JC & Santana, JP (orgs) Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.: CADRHU. Natal, 1999, pp.125-150

⁵ Cherchiglia, M.(2002): "Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências empíricas". PAHO/WHO http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSR01/sistpago_practmed_port.pdf

⁶ Davini, M., Nervi, L., Roschke, M. (2002): Serie Observatorio de Recursos Humanos III: Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma del Sector Salud. Países Seleccionados. Región de las Américas. Washington,. Disponible en: http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html

- Capacidad técnica en campos biomédicos, epidemiológicos y gerenciales
- Cambió la actitud del personal en relación a la población;

mientras que no hubo impactos en:

- Reorganización de roles en el equipo de trabajo
- La capacidad institucional para desarrollo autónomo de RH
- La gerencia general del sistema de servicios:

Sin embargo los principales problemas se encontraron cuando los objetivos de la capacitación contradecían los de la Reforma en general, dado que mientras el proceso de reforma se dirigía a los aspectos de reducción de costos, la capacitación enfatizaba los aspectos de calidad y capital humano.

Foros nacionales e internacionales

La constitución de los Observatorios en cada país fue realizada en reuniones nacionales en las cuales se contó con la participación de al menos cuatro grupos de actores principales⁷:

- La autoridad sanitaria nacional
- Las principales instituciones formadoras de profesionales de salud
- Los mayores empleadores
- Las organizaciones representativas de los trabajadores, profesionales o no profesionales.

En estos foros se trabajó la base de información disponible, para lograr una priorización de problemas de corto, mediano y largo plazo., que fueran descriptos por la información disponible y susceptibles de intervención en políticas o regulación.

Como resultado de los foros nacionales, se produjeron diferentes tipos de resultados:

- La integración de grupos regionales especializados para el estudio y profundización de temáticas específicas, comunicados por redes informáticas, como en el caso de la red de Brasil y el proyecto del Programa Colaborativo de Recursos Humanos de México.
- La comunicación de iniciativas entre el sector prestador y el formador, que resultó en el caso del GIDRHUS de El Salvador en la introducción de los programas de garantía de calidad del Ministerio de Salud en los currículos de las principales Universidades del país, o la generación de un programa de investigaciones entre la Secretaría de salud y algunas Universidades en México.

- La utilización del foro del Observatorio y la información allí generada como un "escenario técnico" que apoya la negociación salarial o salidas a situaciones conflictivas, como en los casos de Chile, El Salvador y Uruguay.
- La toma de conciencia de algunos problemas entre campos profesionales y situación de la formación en carreras de la salud, como en el caso de Bolivia.
- La creación de una lista priorizada de problemas a enfrentar por el Ministerio de Salud y las entidades formadoras, como en el caso de Costa Rica y Cuba.
- En general, en todos los países, la reunión nacional del Observatorio sirvió para mejorar la visibilidad de la temática de recursos humanos, ya que implicó la difusión de información básica y la discusión entre actores relevantes. Frecuentemente estuvo rodeada de cobertura periodística y mejoró las condiciones para proponerse metas de política en esta área.

Reuniones Internacionales

La constitución del Observatorio como iniciativa regional en 1999 en Chile, la realización de un Curso Regional sobre Regulación de Recursos Humanos en México en el año 2000 y el Seminario Internacional de Políticas de Recursos Humanos realizado en Brasil en el 2001, fueron instancias para el intercambio entre los grupos nacionales preocupados por la problemática de recursos humanos desde las Direcciones o Unidades que (bajo diferentes denominaciones) realizan actividades de rectoría en la planificación, regulación y gestión del desarrollo del personal de salud.

Del mapeo de principales áreas de intervención realizado por los actores ministeriales de los Observatorios de 15 países, reunidos en Brasilia puso en claro que la pasada generación de reformas sectoriales instaló una nueva agenda para los responsables de diseñar e implementar políticas, planes y regulación en recursos humanos.

Esta nueva agenda remite a "problemas" o "cuestiones" específicas de Recursos Humanos que fueron identificadas como factores críticos:

- Disponibilidad, estructura y distribución de la fuerza de trabajo- adecuación entre oferta y demanda

⁷ En el caso de Canadá, la existencia del Comité Asesor de Recursos Humanos para la Salud (ACHHR) constituyó el organismo de vinculación con la iniciativa regional, estando en discusión de este Comité la integración de otros actores no previstos en su estatuto.

- Orientación de la formación y el desarrollo de los RRHH en función de la política de salud y el modelo de atención
- Calidad de la atención y productividad de los servicios
- Desarrollo de la competencia del personal
- Empleo de calidad y trabajo decente en el sector
- Tendencias y flujos internacionales de mano de obra
- Tendencias demográficas de la fuerza de trabajo, mano de obra femenina, inequidades de género

El mapeo de los problemas prioritarios en los países condujo a orientar los esfuerzos de cooperación técnica y la producción de conocimientos en áreas que, en los países participantes han incidido en mayor medida en la generación de bloqueos en los procesos de mejoramiento de los servicios.

Al mismo tiempo, las intervenciones en estas áreas son consideradas como oportunidades para la intervención efectiva que permita una relación renovada y constructiva entre las instituciones de salud y sus trabajadores.

En el campo de la Política parece emerger de los países la problemática específica de como definir un área específica de política de RH, que se integre con los procesos globales de cambio, atendiendo a los procesos de descentralización. Esta nueva arena de actuación define una forma específica de "politización"⁸ de la función de recursos humanos en la conducción del proceso de reforma, tendiente a edificar capacidad institucional permanente en la Autoridad Sanitaria.

Existen en el campo de las Intervenciones un conjunto de áreas en las que es necesario desarrollar metodologías y comparaciones entre experiencias exitosas: las relacionadas con la flexibilización laboral y sus consecuencias; los problemas vinculados a el nuevo tipo de regulación requerido; los sistemas de incentivos y de pagos; la participación del personal en los procesos de calidad y ética; el desarrollo de capacidad de gobierno dentro de las instituciones. Todas estas intervenciones llaman a la definición de nuevas capacidades en el técnico/a de Recursos Humanos, integrado a la estrategia de la reforma.

⁸ En el sentido de integrar las funciones de recursos humanos en la política de la reforma sectorial

Finalmente la Gestión implicará desarrollar nuevos esquemas de capacitación; comunicación social de objetivos y valores y una sistematización y crecimiento de la capacidad de negociación para acordar y alcanzar metas comunes.

Mapeo de nuevos desafíos y campos de intervención en Recursos Humanos⁹

POLITICA	<p>POLÍTICAS DE RH DESCENTRALIZACION RECTORÍA POLITIZACION DE LA FUNCION DE RECURSOS HUMANOS CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL ESTADO</p>
	<p>PRECARIZACIÓN /FLEXIBILIDAD REGULACION SALARIOS/INCENTIVOS CALIDAD ETICA DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE GOBIERNO NUEVO TECNICO DE RH</p>
	<p>CAPACITACION COMUNICACION SOCIAL CAPACIDAD DE NEGOCIACION</p>
INTERVENCIONES	
GESTION	

⁹ Conclusiones del Seminario sobre Políticas de Recursos Humanos en salud en América Latina y el Caribe, Brasilia, 20 al 24 de agosto de 2001