Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud

Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT

OBSERVATORIO de los RECURSOS HUMANOS de SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
OBSERVATORIO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REFORMAS SECTORIALES
INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT

Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Quito, marzo del 2000
OPS/OMS

Brito Pedro, Edmundo Granda.
Observatorio de recursos humanos de salud
Washington, D.C. --OPS, c2000.
142p. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 1)

ISBN 92 75 32314 3

I. Título. II. Granda, Edmundo. III. Organización Panamericana de la Salud. 1. RECURSOS HUMANOS EN SALUD - tendencias. 2. REFORMA EN ATENCION DE LA SALUD. 3. CAPACITACION DE GESTION. 4. PERSONAL DE SALUD - utilización.

NLM W76

OBSERVATORIO
DE RECURSOS HUMANOS
DE SALUD

© 2000 OPS/OMS

Reservados todos los derechos
Impreso en Ecuador

Autores: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS
Editores: Pedro Brito y Edmundo Granda
Revisión de textos: Mónica Pabón
Diseño y diagramación: AH/editorial
Portada: AH/editorial

Quito, marzo del 2000

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de 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.

PRESENTACION **7**

CAPÍTULO I
PROPUESTA INTERAGENCIAL OPS-CEPAL-OIT 9

1. Introducción 11
2. Situación, fundamentación y justificación 12
3. Naturaleza y objetivos de la propuesta 18
4. Síntesis de la propuesta 20
5. Organización institucional 23
6. Actividades y modus operandi 26
7. Plan de acción 27
   a. Actividades realizadas 27
   b. Actividades a realizar en 1999 27

CAPÍTULO II
SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REFORMAS SECTORIALES EN NUEVE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE **29**

Reseña de la Reunión de Constitución del Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud (Santiago de Chile: 9-11 de junio de 1999)

1. Introducción 31
2. La construcción del Observatorio 32
3. Informe de situación 34
   3.1 Los mercados de trabajo como variable de ajuste 35
   3.2 Flexibilidad y precarización en el empleo en Salud 37
   3.3 La cuestión regulatoria 38
   3.4 Los sistemas de incentivos a la productividad 41
   3.5 La cuestión de la calidad 43
   3.6 La cuestión educativa 43
   3.7 El impacto de nuevas modalidades de organización y gestión de servicios 46
   3.8 Otros problemas 46
4. Lo programático y lo operacional 46
   4.1 Las definiciones 46

4.2 Revisión de algunas cuestiones organizativas y programáticas 50
- El observatorio y las unidades de recursos humanos de los Ministerios 50
- El conjunto de datos básicos 51
- Los estudios de interés común 51
- El desarrollo teórico y metodológico 52
- La diseminación y el intercambio de información 53
- Observatorio y cooperación técnica 54
- La cuestión de la sostenibilidad 54

CAPÍTULO III
MATRICES SOBRE PROBLEMAS CRÍTICOS Y PROPUESTAS DE ACCIÓN DE NUEVE PAÍSES 57

- Brasil 59
- Chile 60
- Costa Rica 61
- Ecuador 62
- Jamaica 63
- México 64
- Panamá 66
- Perú 68
- El Salvador 69

CAPÍTULO IV
TENDENCIAS DE LA REFORMAS SECTORIALES DE SALUD EN EUROPA Y SUS REPERCUSIONES EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS 71

Dr. Stephen Bach

ANEXO 1
Programa de la Reunión de Constitución del Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud 123

ANEXO 2
Directorio de participantes en la Reunión de Constitución del Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud 129

PRESENTACION

La Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), su División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, presenta a la consideración de las comunidades sanitaria y académica de las Américas la primera publicación generada por la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud. Contiene la propuesta programática y documentos producidos durante el proceso de organización de grupos interinstitucionales nacionales (que son los núcleos básicos) y el análisis de la situación del personal de salud en nueve países (que adhirieron inicialmente al Observatorio) hasta su constitución formal realizada en el mes de junio de 1999.

El Observatorio es una iniciativa de la OPS-OMS con el apoyo de dos agencias de Naciones Unidas, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

Su objetivo principal es apoyar el fortalecimiento de políticas de desarrollo de recursos humanos en el marco de los procesos de cambio de los sistemas de salud en el que están inmersos los países de la Región. Como se mencionó antes, nueve países están participando de la iniciativa: Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú. Al momento de la edición de este documento otros cuatro países están desarrollando acciones de incorporación. La estrategia principal del Observatorio es generar conocimiento e información necesaria (evidencias) para mejorar la calidad y efectividad de políticas y propuestas de intervención gerencial orientadas a un desarrollo equitativo, efectivo, eficiente y de calidad del personal de salud.

Las cuestiones referidas a los recursos humanos en los sistemas de salud no han recibido desde el inicio de las reformas el interés ni la prioridad que requieren aquellos que con su saber y su talento contribuyen a resolver los problemas de salud de la población, los mismos que con frecuencia, son reconocidos como el factor esencial de la atención de

salud. Es fácil entender, pero no justificar, que los dirigentes sectoriales hayan privilegiado las decisiones económicas y organizativas, soslayando las cuestiones de personal, lo que puede llegar a afectar no solo el logro de los objetivos de reforma sino su propia sostenibilidad.

Esta iniciativa permite a los países de la Región generar y acceder de manera cooperativa a la información y el conocimiento que se requiere para identificar situaciones, problemas y tendencias del desarrollo del personal en sus sistemas de salud, a fin de poder definir políticas y estrategias de gestión de personal. Esta mayor disponibilidad de información y evidencias también permite cumplir con la evaluación y monitoreo de los procesos de reforma sectorial, mandato que recibió la OPS-OMS durante la Cumbre de Jefes de Estado realizada en Miami en 1994.

Como se podrá revisar con mayor detalle en la lectura de los documentos, en esta fase se da mayor relevancia a cuatro áreas problemáticas: calidad de empleo y regímenes laborales, productividad del trabajo y calidad de los servicios, formación y capacitación de los recursos humanos y gobernabilidad y conflictividad sectorial.

Las publicaciones del Observatorio son parte, tanto de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos como de la Iniciativa de Reforma de Sector Salud. Será una colección orientada a difundir de manera amplia los aportes de las instituciones, grupos y expertos que participan en esta Iniciativa. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, responsable de la coordinación técnica del Observatorio espera cumplir con las expectativas de los lectores interesados y satisfacer las necesidades de saber e información que se requieren para orientar los procesos de desarrollo de los recursos humanos de salud.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud

CAPITULO I

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REFORMAS SECTORIALES

Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT

1. Introducción

Las reformas sectoriales constituyen en el momento actual el proceso más trascendente en el sector salud de casi todos los países del mundo, que ocurren en el marco de los grandes cambios globales y nacionales y en consonancia con otras reformas, son las estatales y las laborales. Reconociendo la diversidad de los procesos nacionales, se puede identificar en las propuestas de reforma el propósito general de mejorar el nivel de salud de toda la población. Ellas parten de una serie de principios fundamentales como la equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social[1].

En el presente ya existe en América una considerable experiencia en procesos de reforma sectorial. Sin embargo, como lo reconociera recientemente la Reunión Regional sobre Recursos Humanos, son factores críticos de las reformas sectoriales de salud, las condiciones de trabajo y la educación del personal de salud, todavía pendientes en la mayoría de países.

El tema de recursos humanos ha sido olvidado en las agendas de las reformas. No obstante, las reformas han reubicado como eje problemático, dar mayor visibilidad a las cuestiones laborales y redefinir los criterios orientadores de la educación del personal . Asi, están emergiendo con mucha fuerza y urgencia cuestiones relacionadas con la gestión del trabajo y la educación del personal que obligan a los decisores a actuar con premura, aunque no siempre con la información y el conocimiento estratégicos que dichas cuestiones requieren.

1 Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector Salud. Washington DC, Marzo, 1997.

2 Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos Humanos: Un factor crítico de la Reforma Sectorial en Salud. Reunión Regional, San José de Costa Rica. 3-5 de diciembre de 1997. Washington DC, Marzo, 1998.

2. Situación, fundamentación y justificación

El presente proyecto pretende *cubrir las insuficiencias de información y análisis sobre los problemas referidos a los recursos humanos en las reformas sectoriales de salud*, estableciendo una red institucional de acopio, intercambio, monitoreo e inteligencia en este campo para ponerla a disposición de los decisores de los países de la región.

El punto de partida de la propuesta es la existencia de *un desfase entre sus dimensiones organizativa, administrativa y financiera y la de los recursos humanos, dentro del desarrollo de las reformas del sector salud*. Fruto de ello, la política de recursos humanos no siempre surge de opciones explícitas y claras sino de problemas fragmentados, producto de la aplicación de los nuevos modelos de organización y financiamiento de la atención de la salud.

Para comprender mejor este desfase se requiere construir *una nueva perspectiva estratégica* que privilegie las relaciones sociales e institucionales que se establecen en el sistema de servicios. Ello implica ampliar la mirada más allá de la ingerencia de los actores estatales y los procesos administrativos que tradicionalmente ocuparon el centro de la escena. Es indispensable incluir, en la perspectiva, la existencia de mercados de trabajo y su conexión con los otros mercados de atención, más aún si se considera la perspectiva mercantil, dominante de las reformas en marcha.

Es igualmente importante asumir de manera efectiva el papel central del recurso humano en las reformas del sector. *No se puede concebir ninguna transformación, en ninguna de las dimensiones del sistema de servicios, sin considerar el papel fundamental que juega el personal*. Este actor es indispensable para el logro de la calidad y la eficiencia de la atención así como para, en una perspectiva política, asegurar la sostenibilidad de los cambios que impulsan las reformas.

Por eso, se considera que las políticas y las intervenciones en materia de recursos humanos deberían contribuir también a alcanzar algunos *objetivos intermedios* de las reformas que se pueden asumir como condiciones de factibilidad y viabilidad, tales como:

- Contribuir a la reforma de los marcos legales que rigen el trabajo en salud y la regulación de los mercados de trabajo
- Contribuir a incrementar la calidad y la productividad en los servicios de salud y asegurar su sostenibilidad
- Contribuir a construir una educación pertinente y relevante a los nuevos procesos de trabajo en los servicios de salud y
- Contribuir a la gobernabilidad del sector mediante la prevención y gestión de los conflictos laborales (Ver cuadro 1).

De manera general, se puede decir que todos los procesos de reforma sectorial, pese a su diversidad de modelos y especificidades nacionales, *cuestionan la permanencia del modelo de gestión y régimen laboral de los recursos humanos de salud* establecidas antes de las grandes transformaciones globales y nacionales que se están viviendo.

Cuatro son las áreas-problema en las que se ha venido manifestando con mayor agudeza el desfase o insuficiente articulación sinérgica entre los procesos de reforma sectorial y las políticas de recursos humanos de salud:

a) la calidad del empleo y el régimen laboral, problemática relacionada con una mejor disponibilidad, distribución y flujos de recursos humanos
b) la productividad del trabajo y la calidad de los servicios, que remite a los regímenes salariales y de incentivos y a los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos
c) la formación de los recursos humanos de salud, que se relaciona con los perfiles de los egresados de las entidades formadoras aún no pensados en términos de las visiones-objetivo que orientan las reformas y
d) la gobernabilidad y conflictividad de los sectores salud, problemática referida al fortalecimiento de la rectoría de los ministerios y a dimensiones colectivas de las relaciones laborales como el establecimiento de mecanismos de participación y/o de resolución de conflictos (Ver cuadro 1).

Con relación a la primera área-problema, la calidad del empleo y el régimen laboral, se debe reconocer que el sector salud ha sido poco estudiado en lo laboral y sus implicaciones económicas y políticas. Este hecho constituye una paradoja ya que el sector salud es un importante empleador en todas las economías de la región en la ocupación de mano de obra intensiva, con presencia importante de la mujer, alto gasto en personal. Sus instituciones son unidades de muy alta complejidad y conflictividad, desde la visión de la producción.

En esta área ocupacional la flexibilización laboral es hoy una realidad generadora de "problemas calientes" en todos los países, manifiestos ya antes de que se hicieran efectivas las modificaciones en el empleo y régimen laboral. Desde la perspectiva de las reformas macro-sistémicas, el problema es la asignación no óptima de los recursos humanos en el sector y las dificultades para el mejoramiento de la disponibilidad, distribución y flujos intrasectoriales, lo cual exige modificaciones en el viejo status laboral, propulsor de actitudes pasivas y desequilibrios crónicos entre oferta y demanda.

Dentro de los principales "problemas calientes" están:

- Insuficiencia de la disponibilidad e inadecuación de la distribución de la fuerza de trabajo
- Flujos intrasectoriales de personal no regulados
- Tendencia a la flexibilidad laboral sin protección
- Retraso normativo y legal

En la segunda área-problema, la productividad del trabajo y la calidad de los servicios, es evidente que los objetivos generales de las reformas en cuanto a maximizar productos y resultados aparecen ligados estrechamente al éxito en la adopción de nuevas prácticas laborales y de gestión. La búsqueda de más servicios con menos costos por unidad de producto y sin embargo con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, a calificaciones del personal y mejores condiciones laborales, a transformaciones de los regímenes salariales y de incentivos y a sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

CUADRO 1. Matriz básica del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales

Problemas críticos (calientes)	Propuestas de variables a considerar	Area problema	Objetivo planteado
•Disponibilidad y distribución inadecuadas •Flujos intrasectoriales no regulados •Tendencia a la flexibilidad sin protección •Retraso normativo – legal	•Composición del empleo •Regímenes de contratación •Regímenes de remuneraciones •Duración legal y efectiva de la jornada laboral •Protección social •Sindicalización •Negociación colectiva	CALIDAD DEL EMPLEO Y REGIMEN LABORAL	ADECUACION DE LOS MARCOS LEGALES LABORALES Y SU REGULACION
•Necesidad de evaluación de experiencias sobre productividad •Desempeño deficiente y no evaluado adecuadamente •Inexistencia, inadecuación y/o carencia de sostenibilidad de sistemas de incentivos	•Productividad •Sistemas de evaluación del desempeño •Sistemas de incentivos •Sistemas de información ad-hoc •Tipo de organización del trabajo •Mecanismos de gestión de tecnología •Programas continuos de calidad •Programas de garantía de calidad •Ausentismo y rotatividad	PRODUCTIVIDAD DEL TRABAJO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	INCREMENTO Y SOSTENIBILIDAD DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD
•Déficit de la educación permanente •Baja calidad de la educación en salud •Falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia en la educación •Educación para perfiles profesionales inadecuados •Necesidad de reconversión de personal	•Programas de educación permanente •Perfiles profesionales inadecuados •Mecanismos de incentivos a la formación de profesionales generalistas •Acreditación de programas educativos •Certificación de competencias •Programas de desarrollo docente •Programas de reconversión profesional	FORMACION Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS	EDUCACIONY CAPACITACION PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE LOS NUEVOS PROCESOS DE TRABAJO
•Conflictos corporativos •Conflictos institucionales •Baja capacidad para la gestión de conflictos •Inexistencia de concertación de políticas •Falta de gestión participativa	•Mecanismos de representación de los trabajadores •Representatividad y alcances de la negociación colectiva •Tipología de conflictos •Mecanismos de resolución de conflictos •Mecanismos de participación •Ausentismo y rotatividad •Acuerdos o contratos de gestión	GOBERNABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD SECTORIAL	PREVENCION DE CONFLICTOS Y GOBERNABILI DAD DEL SECTOR

El esfuerzo por el incremento de la productividad y la calidad del trabajo se da en circunstancias en que muchos procesos de reforma impulsan la emergencia de nuevas modalidades de organización institucional (cooperativas y hospitales de autogestión) y de relación laboral (tercerización, privatización y subcontratación). Esto significa que la gestión de recursos humanos debe lidiar con un protagonismo mayor del mercado laboral como mecanismo de asignación y de fijación de precio de la mano de obra en el sector. Se aprecia una tendencia a que los flujos de mano de obra, que hasta hace poco se daban al interior del subsector público (ministerios y seguridad social), se muevan ahora entre unidades cada vez más autónomas en el conjunto del sistema. Esta condición y los cambios que vienen ocurriendo en las carreras, la estabilidad laboral y en los sistemas de incentivos hacen que la idea del trabajo como flujo y no como dotación se abra paso en la lógica de la gestión del personal.

Algunos de los principales problemas que se confrontan en esta área son:

- Necesidad de sistematizar una teoría de la productividad en salud
- Urgente evaluación de experiencias de meja de productividad
- Desempeño deficiente y sin evaluación adecuada
- Inexistencia, insuficiencia y/o carencia de sustentabilidad de sistemas de incentivos

En cuanto a la tercera área-problema, la formación profesional ante las reformas, históricamente, en el sector salud ha existido una separación entre las racionalidades productivas y educativas, con el consecuente divorcio entre escuelas y servicios. En la actual coyuntura, las reformas emiten claras señales a las escuelas para redefinir perfiles y procesos, acorde a las nuevas orientaciones y prácticas, obligando a buscar modelos y estrategias integradas, como por ejemplo, la necesidad de redefinir perfiles profesionales hacia un modelo generalista de desempeño o el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad

de los procesos educativos, incluyendo modalidades de acreditación. Los problemas más relevantes identificados en esta área se refieren a:

- Déficit de educación permanente en los servicios
- Baja calidad de la educación en salud
- Falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y al eficiencia de la educación en salud
- Educación para perfiles profesionales inadecuados
- Necesidad de reconversión de prácticas del personal

En cuanto a la gobernabilidad y conflictividad del sector salud, la cuarta área-problema, la falta de información y de análisis confiables y de su accesibilidad a los actores relevantes hacen que el enfrentamiento y la negociación se hagan en base a supuestos y se bloquee la generación de acuerdos, con negativas consecuencias para convergencias, compromisos e incluso para el caso del procesamiento de las diferencias. La mayoría de los países se encuentran en el período inicial de la reforma en que se consolida, revisa o se logra el acuerdo intrasectorial para la reforma. Debe pasar de una política de gobierno a una de Estado.

Los problemas principales y comunes identificados en esta área son:

- Conflictividad persistente de naturaleza corporativa
- Conflictividad institucional
- Baja capacidad para la gestión de conflictos
- Inexistencia de concertación de políticas
- Inexistencia de gestión participativa

Considerando estos argumentos, el Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud se justifica plenamente, siendo el propósito convertirse en un sistema de soporte efectivo para la toma de decisiones en materia de desarrollo de personal en los procesos de reforma.

3. Naturaleza y objetivos de la propuesta

El Observatorio es una línea de cooperación técnica orientada a mejorar la calidad y oportunidad de las decisiones sectoriales que, en materia de políticas de recursos humanos y de gestión del personal de salud, requiere el avance de los procesos de reforma sectorial en la región. Su objeto es la generación del conocimiento y la información necesarias para la toma de dichas decisiones.

El Observatorio de Recursos Humanos tiene como población-objetivo a los decisores del sector salud en los países de la región. Sus destinatarios o receptores son los directivos de las instituciones de salud, públicas y privadas, así como de los actores colectivos vigentes en los escenarios nacionales de reforma. Por tanto, no es un sistema de información convencional, exhaustivo y descriptivo, sino una plataforma ágil de información estratégica, altamente relevante y trabajada.

El Observatorio se organiza, por tanto, alrededor de problemas críticos para los decisores, conformando en este contexto una agenda relevante. Estos problemas críticos no son necesariamente coyunturales, son mas bien recurrentes, de cierta envergadura, trascendencia, se agudizan por etapas y exigen decisiones.

Así el Observatorio es estrategia interinstitucional, optimización de la información para las decisiones sectoriales en este campo, no sustituye sino que fortalece y afina el uso de los sistemas de información existentes en los países.

Sus objetivos específicos son:

- Detectar, generar, organizar, analizar y poner a disposición de actores sectoriales relevantes la información necesaria para realizar la identificación, seguimiento, comparación y evaluación de procesos, tendencias, problemas y opciones de intervención en materia de desarrollo de recursos humanos en los procesos de reforma sectorial

- Aportar de manera continua y sistemática conocimiento e información relevantes acerca de los procesos de desarrollo de recursos humanos en las reformas sectoriales, a nivel internacional y nacional
- Contribuir a capacitar personal en los países en las metodologías y en la adecuada utilización del conocimiento y la información generada por el Observatorio
- Contribuir a fortalecer los sistemas de información por medio de la articulación y combinación de fuentes y métodos

En términos de resultados, el Observatorio plantea ser un instrumento útil para asegurar a los países e instituciones participantes:

- Información sistemática (cuantitativa y cualitativa) proveniente de la optimización del uso de fuentes secundarias confiables, sean éstas censos y encuestas o registros administrativos disponibles dentro y fuera del sector, referidas a problemas de la reforma
- Información y análisis comparativos y evaluativos acerca de problemas comunes y experiencias de intervención innovativas exitosas
- Apoyo técnico (teórico y metodológico) para el diseño, preparación y realización de investigaciones requeridas por los países
- Coordinación y gestión de estudios de interés compartido entre los países sobre problemas prioritarios comunes
- Intercambio de experiencias y capacidades entre países
- Apoyo técnico en la formulación de propuestas de intervención y proyectos de desarrollo
- Detección, evaluación y seguimiento de aspectos críticos de las reformas sectoriales y sus implicaciones para los recursos humanos
- Detección y prevención de conflictos
- Propuestas de mejoramiento de la asignación de recursos humanos y financieros, en base a información sistemática de dichos procesos

En la perspectiva de la cooperación técnica, el Observatorio se ubica estratégicamente en dos horizontes temporales:

- En el corto plazo es un instrumento de acompañamiento y monitoreo de los procesos de reforma sectorial, aportando insumos y criterios para las decisiones sobre desarrollo de personal
- En el mediano y largo plazos el Observatorio será una herramienta valiosa del fortalecimiento de la función de rectoría de los ministerios de salud. Aportará elementos para la direccionalidad, gobernabilidad, regulación y acciones de trascendencia dentro de dicha función

4. Síntesis de la propuesta

La lógica seguida en la elaboración de la propuesta se muestra en el Cuadro 1. A partir de problemas calientes y de variables relevantes a dichas probemáticas, organizan áreas problemáticas que, de ser intervenidas exitosamente, podrían contribuir al logro de objetivos intermedios de los procesos de reforma. A partir de esta lógica, la propuesta se organiza metodológica y operativamente con una perspectiva matricial y modular a fin de poder adaptarla tanto a necesidades comunes a varios países como a aquellas particulares de los países de la región, interesados en adecuar la gestión de recursos humanos a los requerimientos emergentes en los procesos de reforma sectorial.

Se parte de un análisis contextual (ver figura 1) que resalta tres procesos de cambios que se verifican en simultaneidad, aunque no siempre en sincronía y resultados:

- La reforma económica
- la reforma sectorial en salud y
- la reforma laboral

A partir de este contexto, la conceptualización se orientó a la definición de las cuatro áreas problemáticas o ejes centrales para la constitución del Observatorio, y el tratamiento se daría en tres niveles diferentes de aproximación metodológica. Así, en lo metodológico, estos niveles en los cuales se analizarán estas áreas son:

A nivel de agregación sectorial

Análisis de datos de carácter macrosocial a partir de las fuentes secundarias existentes. Se trata de mejorar el uso de información existente en fuentes existentes dentro y fuera del sector, incluyendo lo que podríamos llamar fuentes no convencionales por el escaso uso que se les da, para fines de desarrollo de recursos humanos, desde el sector salud (caso de las encuestas periódicas).

En este nivel de observación es esencial la producción de un conjunto de datos básicos (core data) sobre algunos procesos y componentes del desarrollo de recursos humanos indispensables para una caracterización básica de la situación del campo de recursos humanos en los procesos de reforma. Será una actividad obligatoria de todos los participantes en cada país asegurar la producción, actualización y diseminación de este conjunto de datos básicos. En el grupo de trabajo sobre el Observatorio realizado en Montevideo (5-7 de mayo, 1999) se propuso un listado de datos básicos (pág. 18)

A nivel intermedio

Análisis comparativos sobre problemas significativos y recurrentes, que afectaron y/o afectan a la mayoría de las reformas sectoriales en la región. Aquí se plantea la generación de "estados del arte", investigaciones y análisis comparativos y evaluativos sobre dichos procesos, con la finalidad de contribuir preventivamente a mejorar las decisiones. De alguna manera, sería un proceso de "clearing house".

En el nivel micro o institucional

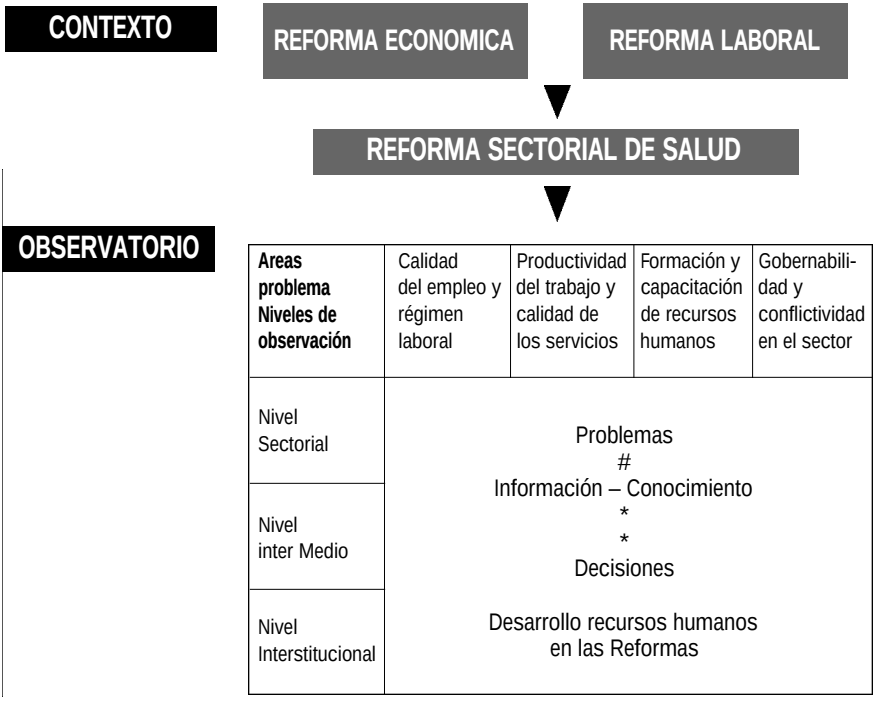
Tanto a nivel nacional como regional, en este nivel de agregación, el componente de investigación es mayor, en especial orientado al estudio de casos y basado en el uso de métodos cualitativos. Se orienta a estudiar, registrar y difundir experiencias de valor educativo (en la perspectiva de aprendizajes institucionales) o demostrativo para otros países.

Observatorio de los Recursos Humanos: Conjunto de datos básicos (core data)

Tipo de información	Indicador / Trazador	Fuentes posibles
Disponibilidad de recursos humanos (profesionales, técnicos, auxiliares)	Número de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, auxiliares; según población Relación especialistas vs. generalistas (médicos)	Encuestas de hogares Encuestas de establecimientos Censos Registros de los servicios de salud Colegios profesionales o equivalentes
Contrato de trabajo, modalidades de contratación (por tiempo indeterminado, por tiempo definido, tendencias a la precariedad)	Modalidades de contratación	Encuestas de hogares Encuestas de empleo Encuestas de Establecimientos Registros administrativos de servicios de salud
Formación de los recursos humanos	Matrícula por carrera y por año Egresos por carrera y por año Número de escuelas por carrera	Ministerio de Educación Sistemas universitarios o equivalentes Asociaciones académicas (de escuelas)
Productividad del personal	Indicadores a ser definidos, por internación, ambulatorios, atención primaria	Sistemas de información de los servicios de salud Estudios de casos
Remuneraciones y salarios	En dólares USA, para médicos, enfermeras, técnicos	Encuestas de hogares Encuestas de establecimientos Registros administrativos de los servicios de salud
Remuneraciones y salarios	En dólares USA, para médicos, enfermeras, técnicos	Encuestas de hogares Encuestas de establecimientos Registros administrativos de los servicios de salud
Ubicación laboral Institucional (lugar donde trabajan)	Instituciones según niveles de atención y sub-sector de pertenencia	Encuesta de establecimientos

FIGURA 1

Esquema metodológico básico de la propuesta



5. Organización institucional

Este proyecto se inscribe en el marco de las actividades de cooperación y acompañamiento técnico de la Reforma Sectorial, en cumplimiento del mandato que recibiera la OPS en la Cumbre de Jefes de Estado de Miami (1994). El Observatorio será una herramienta útil para aquellos países que están enfrentando problemas de recursos humanos y de relaciones laborales en el sector que pueden valorar la utilidad y conveniencia de disponer y mantener una sistematización de la información de calidad, intercambiar experiencias, identificar nuevos instrumentos de gestión y evaluar la eficacia de los mismos en contextos nacionales diferenciados.

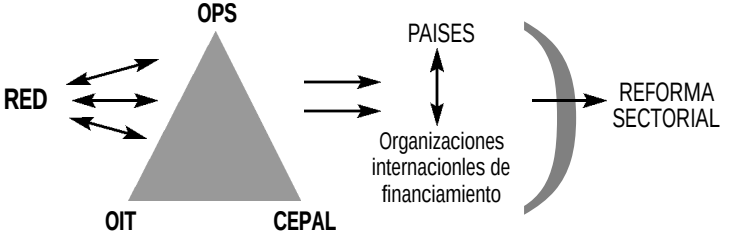
Observatorio: Joint Venture interagencial de 3 agencias de Naciones Unidas y los países de la región

La idea general de organización y funcionamiento se basa en el trabajo conjunto de tres organismos de Naciones Unidas, OPS/OMS, OIT y CEPAL. Los que constituirán un núcleo coordinador de una red de instituciones y de personas (de procedencia intra y extrasectorial) ubicada en los países de la región y que tienen en común una reconocida capacidad técnica en el campo de desarrollo de los recursos humanos, que puede ser movilizada a costos razonables y manejables, en apoyo a los diversos países participantes (Ver Figura 2).

La asociación entre estos tres organismos constituiría una modalidad de joint venture, en la que cada una aportará recursos, además de su soporte institucional y la legitimidad que conlleva, aportarán sus reconocidas capacidades y conocimientos por medio de la participación de sus profesionales, de acuerdo a la naturaleza del problema o demanda específicos y dotarán de recursos financieros en la medida en que fueran necesarios para el inicio del proyecto (recursos - semilla).

Es de esperar que los principales interesados en los servicios que aporta el Observatorio (ministerios de salud, organismos de seguridad social, organismos descentralizados de salud, unidades ejecutoras / coordinadoras de proyectos de inversión que apoyan las reformas, entre otros) movilicen recursos financieros y de personal, de manera que se puedan financiar las actividades. La OPS ha asumido inicialmente el papel de catalizador y promotor de la propuesta.

FIGURA 2



Como se indicara anteriormente, son los países de la región en plenos cambios sectoriales quienes más se beneficiarán del Observatorio y en especial los organismos estatales responsables de la reforma, en plena redefinición de sus responsabilidades y atribuciones (rol rector de los ministerios de salud). Tendrán la posibilidad de obtener respuestas oportunas y pertinentes a los complejos problemas derivados de la interacción entre los cambios de las reformas y las diversas situaciones, condiciones históricas y específicas del campo del personal de salud, una perspectiva integral del campo y de sus actores, la definición y sistematización de problemas complejos y poco estructurados y la posibilidad de definir estratégicamente medidas de intervención a dichos problemas. El Observatorio aportará el ingrediente técnico para mejorar la calidad de la información requerida y por tanto para mejorar la calidad de las decisiones.

Observatorio
Red colaborativa internacional de producción e intercambio de información y conocimiento para el aprendizaje institucional y la movilización de recursos

La principal estrategia organizacional que constituye el núcleo de su institucionalidad es la conformación de una Red Colaborativa de instituciones comprometidas con la iniciativa de los países participantes y dispuestas a aportar su capacidad técnica a través de grupos de investigación, organizaciones académicas, expertos, oenegés, organismos especializados de Naciones Unidas, etc., en el campo de los recursos humanos y de sistemas de servicios de salud.

Esta Red que sería promovida, coordinada y co-gestionada (con los países) por los organismos técnicos participantes (OPS, CEPAL, OIT) será responsable de:

- Producir instrumentos metodológicos para fortalecer la capacidad nacional en uso y análisis de información
- Aportar valor agregado a la información disponible y a la que se produzca en los países mediante el análisis, la comparación y la

producción de "states of art" y bibliografías anotadas sobre problemas relevantes.

- Apoyar a los países en el diseño y realización de estudios específicos
- Diseñar, asegurar la gestión y coordinar la ejecución de estudios comparativos
- Identificar expertos e instituciones de avanzada y gestionar su movilización en apoyo de los países
- Asegurar el funcionamiento efectivo y eficiente, la comunicación, integridad y el continuo fortalecimiento técnico de la Red

6. Actividades y modus operandi

Una aproximación preliminar a las actividades, fuentes de apoyo técnico y financiero que supondría el Observatorio en acción se muestra en el cuadro 2. La siguiente es una breve caracterización de las actividades, se enumera a continuación:

Cuadro 2 : Actividades y modus operandi del Observatorio

	RED y Apoyo técnico					Posibilidades de Financiamiento de las actividades		
	Agencias			Cent. Colabo-radores	Países	Agencias	Proyectos apoyo RSS	Fondo Nacional
	OPS	OIT	CEPAL					
Optimización de fuentes e información existentes	•	•	•	•			•	•
Investigaciones multicéntricas	•	•	•	•	•		•	•
Estudios específicos (casos)	•	•	•	•	•		•	•
Sistematización y diseminación dirigida de información estratégica	•	•	•	•			•	•
Capacitación y sensibilización	•	•	•	•		•	•	
Consultorías	•	•	•	•	•	•	•	•
Grupos de trabajo ad-hoc	•	•	•	•	•	•	•	•
Intercambio de información específica	•	•			•		•	•
Desarrollo metodológico	•	•	•	•		•	•	

7- Plan de acción

a. Actividades realizadas: 1998

- Formulación de la propuesta inicial. Grupo de trabajo (OPS - CEPAL), Buenos Aires, enero 1998
- Análisis institucional de la propuesta y definición de la misma en la perspectiva de la cooperación técnica de OPS: febrero - marzo 1998
- Reunión de un Grupo de Consulta para el análisis de factibilidad técnica de la propuesta de Observatorio (Washington DC: 1 y 2 de junio). Los resultados de esta reunión fueron:
  - Propuesta de Observatorio
  - Plan de trabajo para desarrollo metodológico
  - Propuesta de programa de trabajo hasta la reunión de constitución
  - Propuesta de programa de la reunión de constitución
- Difusión de la propuesta y búsqueda de financiamiento

b. Actividades a realizar en 1999

- Continuación de las acciones de desarrollo metodológico e instrumental. A la fecha (enero 1999), están en elaboración tres instrumentos, guías, manuales o propuestas metodológicas para:
  - la optimización del uso de la información existente en función de problemas relevantes del campo en las reformas
  - Análisis de relaciones de trabajo
  - Análisis de sistemas de remuneración

Los instrumentos serán presentados para su diseminación durante la reunión de constitución.

- Contacto e invitación formales a participar a los países interesados

Los países que han mostrado interés hasta el presente son, Chile, Perú, Panamá, Brasil, Ecuador, Jamaica, Costa Rica y México. Se contactará después de la reunión constitutiva a responsables de otros países para conocer su interés.

- Consulta a informantes claves de algunos países sobre situación y tendencias del desarrollo de recursos humanos

- Presentación y negociación con organismos internacionales de financiamiento
- Realización de la primera reunión nacional del Observatorio en Chile (abril 1999), donde desde 1998 se vienen realizando estudios especiales sobre problemas relevantes, a iniciativa del Ministerio de Salud y el apoyo de CEPAL.
- Reunión de constitución del Observatorio con los países y definición de propuestas de trabajo. Se realizará en Santiago de Chile, del 7 al 11 de junio, con la participación de representantes de ocho países inicialmente convocados, organismos internacionales, invitados expertos y funcionarios nacionales que participan de la experiencia chilena.
- Puesta en ejecución de los planes de trabajo nacionales por la Red del Observatorio.

CAPITULO II

SITUACION Y TENDENCIAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REFORMAS SECTORIALES EN NUEVE PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Reseña de la Reunión de Constitución
del Observatorio de Recursos Humanos
en las Reformas Sectoriales de Salud

Santiago de Chile: 9-11 de junio, 1999*

* Dr Pedro E. Brito Q. Asesor Regional. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud.

1- Introducción

La reunión de constitución del Observatorio de recursos humanos en las reformas sectoriales se realizó en Santiago de Chile, del 9 al 11 de junio de 1999. Promovida y organizada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR/HSP) de la OPS/OMS, contó con el apoyo de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Chile, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID) y de la Representación OPS/OMS en Chile. Acudieron 34 participantes extranjeros (entre delegados de 9 países de la región invitados expertos y funcionarios de OPS, OIT y CEPAL) y 54 participantes nacionales (procedentes de las diversas instituciones y actores participantes del Observatorio en Chile).

El propósito era constituir la Red de países e iniciar formalmente las acciones del Observatorio, y para ello la reunión se organizó en los siguientes momentos:

- Un análisis de contexto caracterizando los procesos de reforma en la región y sus consecuencias para los recursos humanos, que incluyó un análisis de la situación en Europa
- La presentación de la propuesta de construcción del Observatorio como iniciativa cooperativa entre países
- El análisis de la situación y tendencias de los procesos de recursos humanos en las reformas, de los 9 países participantes
- La identificación de necesidades de conocimiento, información y desarrollo técnico por los países como sustrato para la formulación de un plan de trabajo para los siguientes dos años

La participación fue amplia, activa, entusiasta y el interés por construir y hacer que funcione efectivamente la Red fue notable. De esta manera, los objetivos planteados para la reunión fueron alcanzados ampliamente. Lo que presenta este documento es una reseña interpretativa de la situación y tendencias de los recursos humanos, tal como fueron planteados por los representantes de los 9 países, en sus respectivos análisis. Se dará cuenta también de las definiciones alcanzadas para la organización, funcionamiento de la Red y un avance de las principales propuestas de acción de alcance regional.

2- La construcción del Observatorio

Es bueno recordar que la idea de construir una red internacional de actores interesados en la situación de los recursos humanos y las políticas que atañen en los procesos de reformas sectoriales, surgió durante y como consecuencia de los debates realizados en la reunión regional El recurso humano, factor crítico de las reformas sectoriales (San José de Costa Rica, 5 al 7 de diciembre, 1987) organizada por HSR/HSP. Allí se planteó la necesidad de que la iniciativa sea interagencial entre OPS, CEPAL y OIT, también se sugirió el nombre de Observatorio (ver al respecto el documento programático), que variada suerte ha tenido (sobre todo cuando se quiso profundizar en sus significados), pero que, al final, ha quedado consagrado por el uso.

Entre diciembre de 1997 y junio de 1999 el trabajo se orientó principalmente a:

- Desarrollar la propuesta en lo programático
- Buscar y asegurar la viabilidad institucional y factibilidad técnica
- Conseguir fuentes de financiamiento
- Promocionar la propuesta en los países

La propuesta fue desarrollada por aproximaciones sucesivas, resaltando un grupo de trabajo en enero de 1998, en Buenos Aires y un taller especial en junio de 1998, en Washington DC, con participación de funcionarios de CEPAL, OIT y de diversos expertos convocados para tal fin.

Una versión avanzada de la propuesta fue la base de la presentación e invitación a los consultores de HSR/HSP a promoverla en sus respectivos países, que HSR hizo durante la reunión de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) realizada en julio de 1998 en Panamá.

El resultado de dicha convocatoria fue el interés expreso de 9 países por iniciar la experiencia de construir el Observatorio.

La propuesta, tal como fue conocida y utilizada en los países, contiene:

- La justificación en el contexto actual de los cambios económicos, sociales y sectoriales y una caracterización de los objetivos y alcances de la iniciativa

- Una precisión de situaciones problemáticas y tendencias de los recursos humanos organizados en cuatro áreas (ver la matriz de problemas)
- Propuesta metodológica que contempla el uso óptimo e intensivo de fuentes existentes y la realización de estudios cuando fueran necesarios, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, y
- Exposiciones de algunas ideas de cómo organizar y hacer que funcione el Observatorio, las que serían objeto de mayor desarrollo posterior y que, durante la reunión de constitución, logró el nivel de detalle que permite iniciar acciones.

Cabe resaltar la respuesta positiva y entusiasta en los países, pues superó las previsiones que se tenían. No deja de llamar la atención este comportamiento, lo que lleva a plantear preguntas que expliquen las razones de la acogida. La respuesta más aceptable y que viene creciendo en importancia en los países parecería ser la atinente a los recursos humanos, en la visión que plantea la propuesta, entendida como una cuestión integral y de implicaciones políticas, económicas e institucionales de gran impacto para la viabilidad y sostenibilidad de las reformas. La preocupación por la exclusión de las consideraciones de recursos humanos de las decisiones estratégicas que hacen a las reformas, y que motivara la reunión de San José, ya se ha establecido también con fuerza en los países, como consecuencia de los efectos (muchos de ellos negativos) que tales decisiones están produciendo. Es decir, las reformas realmente existentes con varios años de práctica, ponen en evidencia situaciones y tendencias relativas al personal, que constituyen problemas para lograr sus objetivos y para el curso de las mismas reformas, algunas de índole estructural y de larga data, pero muchas recientes, derivadas de las propias reformas.

Si esta hipótesis fuese verdadera, el Observatorio será de gran ayuda para los países que asumen el desafío de enfrentar estos conflictos y que, según la lectura hecha de los informes por los grupos que expresaron el interés de esos nueve países, habría que definirlas.

3- Informe de la situación

Las delegaciones de los nueve países participantes presentaron una visión de la situación y tendencias del desarrollo de los recursos humanos, tomando como marco referencial sus respectivos procesos de reforma. Esa información, cuyo resumen se incluye en esta publicación, es de gran valor, no solo por la profundidad de los análisis, sino porque expresan las perspectivas de los diversos actores participantes en la iniciativas nacionales del Observatorio. En este apartado se intentará hacer una síntesis (por su aparición recurrente y compartida) de las principales situaciones y tendencias expresadas en las presentaciones y deliberaciones que dieron lugar. Se debe alertar a los lectores que se trata de condiciones y situaciones interrelacionadas, pero que se presentan separadas por razones analíticas y conceptuales.

Una primera condición de tipo epistemológico, de implicaciones programáticas y que requiere ser explícita es la presunta especificidad o inespecificidad del campo de los recursos humanos de salud. A este respecto, hay dos visiones a considerar referidas a diversas dimensiones. Una primera general, macroeconómica que entiende los recursos humanos de salud semejantes a los recursos humanos de cualquier ámbito de la economía. Todos se componen de mercados de trabajo, sistemas de formación y capacitación, cuerpos normativos que hacen expresivas e inteligibles las relaciones de trabajo, etc. Desde ese punto de vista, se debe explorar, para una mejor comprensión de este campo, relaciones con los procesos macro económicos: la globalización, las transformaciones productivas y, sobre todo, con las políticas de ajuste estructural y de disminución de los aparatos estatales.

Hay también otra visión que resalta la importancia de las especificidades de los recursos humanos de salud, que se aprecian mejor en una lectura microeconómica y sociológica institucional. Especificidades relativas a las determinaciones derivadas de regímenes financieros, tecnológicos, organizacionales y administrativos que rigen el sector salud y de gran importancia para entender algunos comportamientos de esos recursos humanos, sus relaciones sociales e institucionales y, sobre to-

do algunos resultados, consecuencias de políticas o intervenciones referidos a motivación, productividad e incentivos.

Es una cuestión de cristales el poder apreciar la dimensión en la que se ubica el análisis, también, de momentos cognitivos y objetivos analíticos diferentes. Esta es una precisión importante para el conocimiento que se obtenga y su uso posterior (en definitiva, es de lo que se trata). Se debe, por tanto, considerar que el análisis es dinámico y que se puede mover entre los diversos niveles. Dar cuenta de ese movimiento, es el objetivo metodológico para acceder al propósito estratégico que es construir un objeto integrado, contextualizado, significativo a ser transformado.

a. Los mercados de trabajo como variables de ajuste

Los procesos de ajuste económico en los países de la región y la búsqueda de configurar economías abiertas, han tenido un efecto sobre la fuerza de trabajo en general. Sobre el personal de salud, lamentablemente, casi nunca se ha registrado debidamente. Una mirada a las políticas económicas de ajuste (fiscal, monetaria, comercial, productiva) y a las de empleo, obliga a reconocer que el empleo ha sido una variable de ajuste muy importante. Ello explica el comportamiento de los mercados de trabajo en general y obliga en particular a preguntarnos lo que ha sucedido con el empleo en salud.

¿Por qué se afirma lo anterior?

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

- De formales a informales: Los últimos años han dado testimonio de un proceso de crecimiento sostenido de la informalidad laboral en casi todos los países de la región, llegando en algunos de ellos a constituir el 85% del empleo global. De cada diez nuevos puestos de trabajo en América Latina, en los últimos 17 años, ocho pertenecen al sector no estructurado de la economía.
- De bienes a servicios: El 80% de los nuevos empleos, en los últimos años, se han creado en el sector terciario (servicios), el menos afectado por la competitividad externa.
- De baja calificación a alta calificación: Se aprecia una sostenida demanda por trabajo de mayor calificación, en contraste con la tendencia de las últimas décadas, donde el mercado optaba por personal de menor calificación. Esta reversión tiene que ver con la orientación de los procesos productivos a ajustar costos y mejorar eficiencia por medio del incremento de la productividad.
- Tendencia a la flexibilización de las relaciones individuales de trabajo: Se aprecia una clara tendencia creciente a las formas atípicas de contratación, que avanza junto a otra tendencia de precarización de dichas modalidades contractuales. Estas tendencias, derivadas de las exigencias por abaratar los costos del trabajo, ha llevado a que recientemente Amartya Sen (premio Nobel de Economía, 1999) alerte sobre los riesgos de la instalación de la precariedad como pauta laboral para las condiciones generales de vida de la población y formule la exigencia de un criterio ético en las políticas de empleo.
- Tendencia a la autorregulación en las relaciones colectivas de trabajo: Se ha promovido la retracción del Estado en su rol de regulación de los mercados de trabajo, basada en la confianza en la autorregulación como criterio fisiológico de los mercados de trabajo. Sin embargo, se viene observando que no se da la autorregulación y el Estado está ausente con la consiguiente generación de distorsiones y precariedad.

Ante estas tendencias generales, aparece con claridad la necesidad de saber lo que está ocurriendo en los mercados de trabajo en Salud. Si

hay crecimiento de la informalidad, aumento de la demanda de personal de mayor calificación, si se han incrementado las diferencias salariales, si ha crecido la flexibilidad laboral sin protección, cómo se da el proceso de regulación de los mercados de trabajo?

b. Flexibilidad y precarización en el empleo en salud

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

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

En el caso de Brasil, se informó de la existencia de más de 15 formas de vinculación laboral en el sector público y, en el marco de la gestión municipalizada, de la creciente aparición de formas flexibles de contratación (temporales, en “comisión”, etc.). La experiencia de Ecuador se refiere a la emergencia, en un contexto de agudo deterioro del salario, de formas flexibles de contratación, sustituyéndose de facto formas legalmente vigentes de contratación. En Costa Rica, recientemente, con la emisión de nuevos dispositivos legales (como las leyes de sociedades anónimas laborales y de contratación administrativa) se están generando condiciones para la subcontratación (para los servicios

de vigilancia, lavandería y aseo) y la flexibilidad contractual (temporales, por producto, etc.) en el marco de los compromisos de gestión y de las modalidades de compra de servicios cooperativos de salud.

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

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

Estos reportes plantean la necesidad de estudiar mejor esta preocupante cuestión. Se trata de conocer mejor lo que está pasando realmente y los alcances de la flexibilidad con precarización del trabajo, pero también de avanzar en la búsqueda de respuestas de alta relevancia para las políticas de desarrollo del personal de salud. Amerita, por lo tanto, las interogantes, ¿es posible mejorar la calidad de la atención bajo estas condiciones? ¿será posible plantearse objetivos de incremento de productividad en condiciones de trabajo precarias? ¿cuál es el futuro del empleo en los sistemas reformados? ¿qué pasará con los sistemas de incentivos monetarios en condiciones de creciente flexibilidad?, ¿será “bueno” para el servicio, flexibilizar? (Véase a este respecto los trabajos de Novick, Guía Metodológica – Relaciones Colectivas de Trabajo. De Galín, Guía para Optimizar la Utilización de la Información Disponible sobre Empleo en el Sector Salud)

c. La cuestión regulatoria

La preocupación por desarrollar marcos y mecanismos de regulación efectiva de los diversos procesos que conforman el desarrollo de personal es común y generalizada en la región. Todos los países parti-

cipantes la expresaron y pusieron en evidencia la necesidad de profundizar en las consecuencias de la desregulación y de un mayor intercambio entre los países de marcos, normas, mecanismos y experiencias en regulación.

Son problemas nuevos. Aparecen con el paulatino retiro del Estado del ejercicio de su función reguladora ante la consolidación del postfordismo como modo de regulación en tiempos de globalización. Si antes la disyuntiva estaba entre planificación o mercado, actualmente se plantea entre regulación y mercado. En el sector salud, la cuestión regulatoria se hace importante en el contexto de una mayor complejidad institucional sectorial y de los mecanismos de producir y financiar la atención de la salud. Debe recordarse que el papel regulador del Estado en América Latina y el Caribe, hasta hace unos años financiador y propietario-productor de servicios de salud, estuvo inicialmente centrado en la regulación de los grupos profesionales.

La gran transformación, la que define la absoluta necesidad de regular, se da con la promoción y conformación de mercados en el sector de la salud, en la mayoría de procesos de reforma. En este sector, como ha sido demostrado ampliamente, la imperfección o las fallas del mercado requieren de la regulación estatal para evitar un mayor deterioro de condiciones y situaciones desiguales y excluyentes, en la atención de la salud de la gente. Los mercados de trabajo, dadas las particularidades de la profesionalización y los mecanismos económicos determinantes de comportamientos de los agentes, requieren asimismo de la regulación social y estatal. Es de notar la complejidad que la regulación adquiere en este sector. Los distintos agentes que participan (diversas profesiones y ocupaciones) en la producción de servicios de salud, lo hacen persiguiendo sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en colisión. Las reglas de juego (regulaciones) son por lo general el resultado vectorial del poder, de los recursos, la habilidad y oportunidad que los agentes ponen en juego.

Por lo general, los modelos de regulación contemplan mecanismos para la definición de características, referidos a procesos como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que éstos pro-

cesos deben alcanzar. Se utilizan, en estos casos, variables como los mecanismos de entrada al mercado (que incluyen licenciamiento y certificación) o a la carrera (examen de ingreso u otro de selección), el control de la competencia profesional, la estructura del mercado de trabajo y los mecanismos de pago.

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

Con respecto a la regulación de la formación de las profesiones y ocupaciones de salud, hay una doble situación crítica. De un lado, un desencuentro (que llega a veces a conflicto) de competencias entre los ministerios de Salud y Educación (en casi todos los países), que da como resultado una insuficiente regulación de la educación en sus diversos niveles (técnica, profesional y superior). En algunos casos, la situación es más compleja con la generación de instituciones no gubernamentales con la misma finalidad. Es la situación que se aprecia en los reportes de Chile y México (para la formación de especialistas), por ejemplo. De otro lado, la dificultad se da ya sea por la rigidez de los marcos jurídicos que niegan competencias a los actores, incluso estatales, para regular la educación, o por la debilidad política y técnica de las instancias especializadas o responsables de las cuestiones de personal en los ministerios o entidades jurisdiccionales. Debe recordarse que, en muchos casos, los ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer mecanismos regulatorios (comisiones de residentado, por ejemplo), capacidad negociadora, instancias de concertación con las corporaciones que se había logrado generar (Perú y Ecuador).

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

das, experiencias de certificación profesional y, en mucho menor cuantía, de recertificación de especialidades o de competencia profesional. La necesidad de intercambio, evaluación de propuestas y experiencias es muy grande, máxime si se considera que paradigmas regulatorios como el de la AMA, en los Estados Unidos, está en revisión o es objeto de severas críticas por otros países desarrollados.

La regulación de los mercados laborales propiamente dicha, es decir el campo de las relaciones de trabajo, espacio de encuentro del derecho y la economía, parecería ser la tendencia, la flexibilidad sin protección (vide supra) expresaría un auge de la desregulación. No obstante, tal como se han perfilado las preocupaciones y los requerimientos en esta reunión, el gran desafío es la generación a corto plazo de nuevos marcos regulatorios, tanto de las relaciones individuales como colectivas de trabajo, explorando las posibilidades de flexibilizar con protección, como lo planteó el grupo de Perú. Ese y no otro es el sentido del reclamo de Sen ante la OIT, al denunciar el peligro de la precariedad en el trabajo.

d. Los sistemas de incentivos a la productividad

La instalación y evaluación de sistemas de incentivos ligados a la productividad es otra condición común a la mayoría de países participantes. Esta cuestión es de relevancia no solo porque está ampliamente difundida, sino principalmente por las consecuencias sobre el desempeño efectivo del personal, su contribución a mejorar la productividad de los servicios, la sostenibilidad económica de los propios sistemas de incentivos y la propia gestión del personal, en un contexto complejo y dinámico, cuyas características críticas más relevante son el empleo y el salario y la descentralización creciente.

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

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

Sin embargo, las experiencias, no todas adecuadamente evaluadas, presentan resultados contradictorios. Tan contradictorios como los resultados de la evaluación de la literatura especializada sobre este tema. Los nueve países resaltan como muy importante los incentivos ligados a productividad. Unos, con experiencias vividas y en pleno curso (Brasil, México, Chile, Perú) y otros, en vías de instalar, reclamando o evaluando la instalación de sistemas de incentivos (Panamá, Ecuador, Costa Rica, Jamaica, El Salvador). La demanda es muy clara: se requiere comparar y evaluar las experiencias puestas en marcha y las pasadas, para aprender de ellas y orientar las decisiones a fin de cambiar o para instalar sistemas de incentivos.

El desafío no es sencillo. La cuestión de los incentivos es muy compleja y conflictiva, tanto al abordarse como objeto de análisis (en lo teórico, metodológico y operacional), cuanto al definirse como estrategia de intervención, en lo político, técnico y financiero, lo indica la experiencia de Brasil. La sostenibilidad es un problema mayor en su efectividad e impacto. Si además se refiere el problema a su relación con la productividad, se incrementa su complejidad y relevancia para el desarrollo de los servicios, incluyendo sus consecuencias para los principales afectados, los trabajadores. La definición y la medida de la productividad es uno de los temas más estudiados, por dinámicos y polémicos, de la gestión en salud. La definición de los productos múltiples, del proceso de producción de servicios de salud, sus factores de producción y el papel del personal, la definición de indicadores y la información de sostén son algunos de los grandes problemas a resolver en los servicios de salud.(Véase al respecto el trabajo de Dal Poz y Varella, Guía de Metodologías para Análisis de Sistemas de Remuneración e Incentivos de los Recursos Humanos en el Sector Salud, presentado en la reunión).

Este complejo problema es un punto privilegiado de articulación entre elementos que por lo general se tratan de manera fragmentada. Los incentivos y la productividad remiten necesariamente a consideraciones de política de personal, gestión de recursos humanos y problemas metodológicos y operacionales a resolver por la capacidad técnica de las unidades y sus gerentes.

e. La cuestión de la Calidad

De cierta manera, debido a su trascendencia como objetivo de las reformas y su complejidad como objeto de estudio y estrategia de cambio, la cuestión de la calidad guarda semejanza con la de la productividad. Siendo un importante objetivo tanto la calidad como la productividad, se presentan como factores de competitividad en los procesos de reforma y como moduladores de los sistemas de incentivos. Pero, al mismo tiempo, se presenta como criterio para la regulación de servicios y de los agentes en los mercados de atención, en aquellos casos en que se desarrollan sistemas de mejoramiento continuo (Perú, México, Costa Rica).

Durante la reunión, la calidad apareció como un objetivo de los cambios en los procesos de reforma y como categoría dinamizadora del mejoramiento del desempeño y de la educación del personal. Todos los países participantes pusieron de manifiesto, de un lado, la intención de desarrollar o fortalecer acciones o intervenciones para el mejoramiento de la calidad de la atención, algunos claramente comprometidos con sistemas de mejoramiento continuo, en el contexto de procesos más amplios a nivel estatal o de la administración pública (como en los casos de Chile y México) y, de otro, la necesidad de evaluar y comparar experiencias nacionales con objetivos de aprendizaje institucional.

f. La cuestión educativa

La cuestión educativa durante la reunión se presentó en dos dimensiones principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal activo. Ambas han experimentado impactos desde las reformas.

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

La educación del personal en activo en casi todos los países ha sufrido un gran cambio como consecuencia de las reformas y de los proyectos de inversión que les dan soporte. En apoyo a la descentralización e instalación de originales formas de organización y gestión, se generan proyectos o componentes de proyectos de desarrollo institucional para responder a necesidades de recientes perfiles ocupacionales, nuevas competencias en los perfiles actuales, con una cobertura masiva e impacto local. Estos proyectos han requerido la adopción de otros paradigmas educacionales, nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

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

educación a distancia y por encuentros, etc. La evaluación de estas experiencias, en términos de proceso, resultados e impacto, es una asignatura pendiente de gran importancia y urgencia. En eso coincidieron casi todos los países.

g. Impacto de nuevas modalidades de organización y gestión de servicios

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

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

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

h. Otros problemas y cuestiones no por poco frecuentes menos importantes

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

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

En las presentaciones de Jamaica, Panamá y Costa Rica se señaló la necesidad de superar los actuales sistemas de evaluación de desempeño de los trabajadores y su articulación con políticas de desarrollo de personal.

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

4- Lo programático y lo operacional

a. Las definiciones

Un aspecto fue ampliamente discutido en la reunión, para el futuro del Observatorio, el de su organización y funcionamiento. Se llegó a una serie de precisiones y encomiendas a la coordinación de la Red, que constituyen adecuadas definiciones para iniciar esta experiencia.

La idea de una red colaborativa de y entre países, con una coordinación regional para el desarrollo y gestión de información y conocimiento relevante para las políticas de recursos humanos fue la base de las definiciones. El propósito último es la mejoría de la vida y el trabajo del personal de salud, como condición esencial y factor crítico de las

reformas. Este propósito, se hace efectivo, esencialmente, a nivel de los países, lugar de las reformas y de las políticas de recursos humanos, a las que se refiere, como objeto de intervención, la propuesta. La razón de ser del Observatorio se define, por tanto, en cada país, con la colaboración de los otros países y el compromiso de los organismos de Naciones Unidas.

Otra meta importante de la red es contribuir a evaluar y monitorear situaciones y tendencias de los recursos humanos en las reformas. El énfasis puesto en las evaluaciones o balances, hasta el momento, ha estado colocado sobre los aspectos de financiamiento y descentralización, dejando de lado la cuestión del personal. El Observatorio, de esta manera, se convierte en el componente de evaluación de los procesos de recursos humanos en las reformas, como un módulo de la Iniciativa Regional de Reforma del sector Salud, programa colaborativo interinstitucional que cumple con el mandato recibido en tal sentido en la Cumbre de Jefes de Estado de 1994. De alguna manera, esta función se remite a la idea de vigilancia activa de situaciones y tendencias de los recursos humanos, inspirada en el concepto de vigilancia epidemiológica.

Una red no es solamente una diferente forma de organizarse. Es expresión de diferentes relaciones de poder y autoridad y de una nueva cultura basada en la colaboración. Se sostiene solamente si se dan ciertas premisas, que fueron discutidas, a propósito del Observatorio:

- Comunidad de intereses y objetivos
- Consenso sobre la trascendencia de la cuestión de los recursos humanos para el desarrollo de servicios y la atención a la población
- Comunicación e intercambio para el aprendizaje y el desarrollo de la capacidad de todos
- Utilidad de los productos y resultados, para todos y para cada uno
- Un conjunto de acciones permanentes y relevantes para todos

La definición del Observatorio como una federación de observatorios nacionales, planteada por algunas delegaciones, no solamente es una imagen de fácil comprensión, sino que explica la visión y el proceso con los que se conformaron los diversos grupos nacionales, su carácter interinstitucional, intersectorial y participativo. Expresión de la

comprensión de que las cuestiones del personal se deben enfrentar entre y por todos los actores relevantes, en cada realidad específica. La expresión también ayuda a definir mejor el papel de la instancia de coordinación regional. La figura institucional más adecuada fue la de programa. Se trata entonces de "un programa intersectorial, en el que confluyen diversos actores (instituciones de gobierno, no gubernamentales y personas) con la finalidad de recolectar, procesar, analizar e intercambiar información y conocimiento que les facilite actuar efectivamente sobre su propia realidad" (relato del grupo ad-hoc).

Considerando la realidad regional que contiene diversas iniciativas de integración subregional, se contempló también la posibilidad de la organización y participación de instancias subregionales, que establecerían enlaces con los observatorios nacionales.

Un capítulo especial de las definiciones se refirió a los usuarios de los resultados, productos o eventuales beneficios de la red. Si bien se acepta que de manera inmediata sean los actores y agentes comprometidos en la definición de políticas y decisiones, de manera más amplia se definieron como usuarios a instituciones públicas y privadas, asociaciones intra y extrasectoriales comprometidas, universidades, grupos y personas de la población.

Un grupo de trabajo especial identificó también las siguientes funciones y responsabilidades de lo que se ha denominado la secretaría técnica, cuya titularidad recayó en la OPS, con la colaboración de CEPAL y OIT:

- Asegurar la comunicación entre observatorios nacionales, instalando una página web. Establecer los links necesarios pertinentes y manteniendo un directorio actualizado de instituciones y organismos participantes
- Proporcionar asistencia técnica (metodológica y operacional) a los programas nacionales y subregionales, promoviendo la cooperación horizontal
- Promover la realización de estudios de interés común, privilegiando el criterio comparativo y evaluativo

- Definir, coordinar, apoyar y difundir la información del conjunto de datos básicos (Core Data) de recursos humanos
- Promover el análisis comparado de la información, para lo cual deberá garantizar la comparabilidad de la misma, unificando u homologando conceptos, definiciones, variables e indicadores
- Compilación de información sobre normas y resoluciones internacionales, así como bibliografía relevante, empezando con la producida por OIT, CEPAL y OPS/OMS
- Difusión de la información, publicaciones, debates en escenarios nacionales y supranacionales
- Contribuir a mejorar el conocimiento, la sensibilización y la efectividad de las intervenciones mediante un curso anual de alto nivel, sobre problemas críticos de política de recursos humanos de salud
- Gestión de la red y coordinación de una reunión anual de la red para evaluación y programación

Se emitió también una recomendación de acciones a corto plazo, como una responsabilidad principal de la secretaría técnica:

- Promoción por OPS/OMS con el apoyo de CEPAL y OIT, de la constitución de observatorios nacionales, ante los ministerios de salud e instituciones del campo de recursos humanos, en aquellos países que aún no lo han hecho y tienen interés.
- Se encargó al Observatorio de Chile la definición de un conjunto de criterios, requisitos y condiciones mínimas para la integración de los observatorios nacionales a la red.
- Definición del conjunto de datos básicos: la secretaría técnica quedó encargada de definir los términos de referencia y de la realización de una reunión para cumplir con ésta y la anterior tarea.
- Formulación de un plan de trabajo anual, basado en la identificación de necesidades formuladas por los países, hacia el final de la reunión.

b. Revisión de algunas cuestiones organizativas y programáticas

En este apartado se intentará "problematizar" algunas cuestiones que aparecieron en la discusión sobre los aspectos organizativos del Observatorio, sus productos y sus relaciones con las políticas y las instituciones comprometidas. Algunas requieren de una mayor claridad, en tanto que otras deben ser comentadas porque podrían ser objeto de confusión o controversia.

El Observatorio y las unidades de recursos humanos de los ministerios

La constitución de un observatorio no reemplaza a la unidades de recursos humanos de los ministerios. Por el contrario, puede y debe contribuir a su fortalecimiento político y técnico. El observatorio puede ser un valioso instrumento auxiliar en el proceso de formular políticas públicas en este campo, no solamente porque puede aportar como principal contribución información y conocimiento (fruto de análisis y estudios comparativos), sino también porque se puede constituir en un espacio de encuentro de actores y desde allí contribuir la concertación.

Un buen ejemplo de lo anterior es la experiencia de Chile. La convocatoria a constituirlo partió esencialmente de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, con apoyo de CEPAL y OPS. Un primer grupo promotor integrado por representantes de los actores más significativos convocó a la reunión constitutiva nacional (realizada un mes antes de la regional) que congregó a más de 150 personas, representantes de casi todas las instituciones públicas y privadas, de servicios y académicas, gremiales y científicas. Durante dos días debatieron con excelencia, en los marcos metodológicos del Observatorio los principales problemas de personal de salud en Chile, reconociéndose explícitamente la oportunidad de este espacio de diálogo, reclamado y necesario. Sin duda, el liderazgo del Ministerio salió claramente fortalecido.

Debe ser visto, por tanto, como un valioso apoyo para mejorar las bases técnicas, también las condiciones políticas en que se definen e implementan las políticas públicas de salud.

El conjunto de datos básicos

Todas las delegaciones participantes coincidieron en lo imperativo de la información para las decisiones y la crisis de los sistemas existentes en casi todos los países. Por ello, se acordó unánimemente la producción y el mantenimiento actualizado, por todos y cada uno de los observatorios nacionales de un conjunto de datos básicos o core-data.

Este conjunto de datos básicos deberá permitir una aproximación básica a la descripción y análisis de la situación de los recursos humanos de salud a nivel agregado nacional. Es el principal instrumento para cumplir con la función de monitoreo de los procesos de reforma, en lo que concierne al personal de salud.

La responsabilidad primaria de producir y mantener esa información esencial es de los observatorios nacionales. La secretaría técnica regional deberá generar las condiciones técnicas para el desarrollo del conjunto de datos básicos, por medio de:

- Coordinar la definición del conjunto de datos básicos y las condiciones de su factibilidad
- Coordinar el apoyo técnico a los observatorios nacionales, necesario para su instalación, para el desarrollo de la capacidad humana necesaria y su funcionamiento
- Administrar su actualización y difusión entre los países de la región y otras regiones

Los estudios de interés común

Uno de los principios de la red es el aprendizaje conjunto de experiencias como condición de la redefinición de políticas de personal relacionados con los trabajadores, los servicios y su atención a la población. En los debates apareció con claridad un conjunto de situaciones y problemas comunes. Dicho aprendizaje será posible si se los estudia de manera comparativa y evaluativa.

La responsabilidad de la secretaría técnica será desarrollar los protocolos de estudio de manera que se asegure un adecuado diseño, para que sean efectivamente estudios evaluativos y comparativos, y condiciones de calidad en la metodología, el trabajo de campo y el análisis y

tratamiento de la información. Con posterioridad a la fase de campo, será de su competencia el análisis comparativo y la difusión regional.

La responsabilidad de cada observatorio nacional será asegurar que en el diseño se reflejen sus necesidades y la realización efectiva del estudio (que incluye el financiamiento de dicha fase), así como la efectiva utilización del conocimiento y la información producidos.

Una primera revisión de las conclusiones de la reunión muestra que hay cuatro temas de relevancia común a los países y que serán objeto de los primeros estudios a realizar por la Red:

- Situación y tendencias de la flexibilidad y precariedad laboral y sus consecuencias para el personal de salud
- Evaluación integral de los proyectos de capacitación en los procesos de reforma sectorial
- Situación, tendencias y evaluación de la introducción de sistemas de incentivos a la productividad en los servicios de salud
- Impacto sobre el desempeño y la gestión del personal, de la introducción de los compromisos de gestión y de otras modalidades de gestión y financiamiento en los servicios de salud

El desarrollo teórico y metodológico

El campo de desarrollo de recursos humanos de salud y, de manera especial, la cuestión laboral, es joven y aún poco desarrollado. Hay áreas del mismo que requieren urgentemente de fundamento teórico para poder explicar situaciones que ocurren. En otras, recientemente se ha podido avanzar en su conocimiento con la incorporación de modelos y categorías provenientes de otros campos. Sin duda, este campo es un lugar de encuentro de disciplinas sociales. De allí la colaboración de tres organismos de Naciones Unidas con miradas distintas, puestas en este caso sobre el desarrollo del personal en salud, como son OPS/OMS, CEPAL y OIT.

Hay áreas que urgentemente requieren del aporte de la economía, la sociología, antropología y, de manera especial, el derecho, como la cuestión regulatoria, aplicados al trabajo y la educación en salud. Problemas de actualidad como los regulatorios en sus varias dimensiones,

la dinámica de las profesiones, los mercados de trabajo, la microeconomía del trabajo en los servicios, la sociología institucional del conflicto laboral, etc., deben ser objeto de revisiones para poder dar respuestas a preguntas, por ahora, difíciles de alcanzar.

En su dimensión instrumental, esta necesidad requiere la producción, sistematización o adaptación de instrumentos metodológicos para el análisis de problemas relevantes. Esta carencia es la que se refleja en la débil capacidad de identificación, uso y análisis de información, provenientes de fuentes secundarias existentes en el sector o fuera de él y que pueden contribuir con datos de valor. Con estas consideraciones en mente, se produjeron y se presentaron la reunión tres instrumentos de ese tipo para el análisis de relaciones colectivas de trabajo, empleo en salud y sistemas de remuneración e incentivos, respectivamente.

Será tarea de la red (con la coordinación de la secretaría técnica) identificar las necesidades existentes y producir (o reproducir, adaptándolos) otros instrumentos de necesidad para enfrentar el déficit de información y conocimiento, por ahora existente.

La diseminación y el intercambio de información

El Observatorio se puede definir como una cooperativa de producción de información y conocimiento. Su base organizativa es una Red de personas, grupos e instituciones. El funcionamiento de la Red se basa en la comunicación entre todos los miembros de la cooperativa y el intercambio de información y conocimiento. Deberá fluir todo conocimiento y toda información que posea valor para resolver problemas y para impulsar procesos de cambio y mejoramiento de las condiciones de trabajo y educación del personal de salud, en todos y cada uno de los países.

Se le asignó responsabilidad en la gestión de la comunicación a la secretaría técnica. Para ello se sugirió el uso de los modernos medios informáticos disponibles. La red tendrá un lugar definido en la pagina web de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud. Tendrá links con las diversas páginas y lugares afines. Uno de ellos es el Observatorio de las reformas sectoriales en Europa. De inmediato, se establecerán otros lu-

gares de OPS y OMS, CEPAL, OIT, UNESCO que contengan información relevante al Observatorio. El Sistema de Información y Documentación de Recursos Humanos de Salud (SIDORH), desarrollado por HSR, está siendo redefinido y mejorado a fin de convertirse en un elemento clave del Observatorio.

Observatorio y cooperación técnica

Desde la visión de la OPS/OMS, el Observatorio es una modalidad novedosa de cooperación técnica con y entre los países. Desde el punto de vista programático es una estrategia de articulación de otras líneas de cooperación técnica, al tiempo que potencia las posibilidades de HSR y HSP para cumplir con sus mandatos referidos a evaluación, monitoreo y apoyo técnico en las reformas.

Desde el punto de vista de su base técnica, el Observatorio se define como una modalidad de gestión del conocimiento en la perspectiva de contribuir al aprendizaje institucional en los países miembros, en materia de desarrollo de recursos humanos.

Por ello, en el corto plazo puede contribuir al monitoreo y evaluación de las situaciones y tendencias de los recursos humanos en las reformas y a la movilización de apoyo técnico para su enfrentamiento y desarrollo. En el mediano plazo, contribuirá al desarrollo de la capacidad de rectoría y de ejercer la autoridad sanitaria de las instancias estatales, responsables de la garantía de la equidad y de la calidad de la atención. También coadyuvará a la conformación de capital social en el sector salud de los países, al promover el aprendizaje conjunto, el trabajo cooperativo, la comunicación entre actores y la generación de políticas de sólida base técnica y amplia plataforma de entendimiento político.

La cuestión de la sostenibilidad

La sostenibilidad “estratégica” del Observatorio como red regional es función directa de la propiedad que sobre él reclamen los observatorios nacionales. Ese apropiamiento, condición de éxito, se dará solo si la Red es útil y efectiva. La sostenibilidad financiera es importante en

esta revisión de aspectos críticos y depende de la premisa que se estableciera temprano en este documento: la razón de ser del Observatorio se hará efectiva en los propios países.

Ello quiere decir que una buena parte de las acciones atribuídas a la secretaria técnica (coordinación, gestión, promoción y difusión) serán financiadas por los organismos responsables de la cooperación técnica, OPS/OMS, OIT y CEPAL y otra parte, compartidas con los países. Las acciones a realizarse en los países y entre países deberán ser financiadas con fondos nacionales de los propios países, movilizando diversas fuentes, en especial aquellos provenientes de proyectos de inversión o desarrollo institucional, producto de convenios con organismos multi o bilaterales que contienen componente afines a las cuestiones definidas como objeto de los observatorios nacionales (gestión, capacitación, desarrollo institucional, etc.). El documento programático del Observatorio contiene el cuadro 2, página 16, explicativo de esta situación.

CAPITULO III

MATRICES SOBRE PROBLEMAS CRÍTICOS Y PROPUESTAS DE ACCIÓN DE NUEVE PAÍSES

BRASIL		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral		• Formulación de una política nacional de recursos humanos • Captación, procesamiento, análisis y difusión de información de recursos humanos en salud • Estudio de la masa salarial movilizada por el sector salud • Estudio sobre sistemas de remuneración en salud
Productividad del trabajo y calidad de los servicios		• Desenvolvimiento gerencial de unidades básicas de salud • Preparación de gestores municipales • Proyecto de profesionalización de los trabajadores del área de enfermería
Formación y capacitación de recursos humanos		• Desarrollo de teleducación en salud • Análisis de la regulación profesional en salud • Transformación de la educación superior en salud - énfasis en promoción • Programa de educación profesional. Definición de las directrices curriculares nacionales • Formación de dirigentes de hospitales; • Apoyo para la formación y capacitación en salud familiar • Estudio sobre el impacto de los procesos de capacitación en salud
Gobernabilidad y conflictividad sectorial		

CHILE		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Falta de información de nivel nacional sobre planificación y regulación del sector • Inequidad en distribución geográfica de los recursos humanos • Rigidez de marcos laborales y culturales en lo público	• Promover la entrega de servicios de calidad creciente a través del desarrollo de condiciones laborales y humanas del usuario interno

CHILE		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Inadecuados sistemas de calificación e incentivos: desmotivación • Insuficientes competencias de gestión • Falta de trabajo en equipo • Estructura jerarquizada y centralista	• Promover reformas del marco laboral del personal de salud con el objeto de mejorar la calidad de atención • Realizar desarrollo y transferencia de herramientas de gestión a servicios y establecimientos promoviendo el proceso de descentralización
Formación y capacitación de recursos humanos		• Impulsar la formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos necesarios para el sector, para adecuarlos en calidad y cantidad al modelo de atención.
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Insatisfacción de usuarios y de trabajadores	

COSTA RICA		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Crecimiento de profesionales y técnicos mayor que la PEA; • Formas alternativas de subcontratación: compromisos de gestión y compra de servicios a cooperativas	• Investigación sobre efectos de compromisos de gestión en la dinámica de los recursos humanos
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Evaluación de desempeño tradicional sin énfasis en incentivos • Compromisos de gestión que no toma en consideración el nivel individual de los trabajadores • Notable desarrollo del Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad • Avances en el trabajo en equipo pero problemas relacionados con: sobrecarga de trabajo, deficiencias en capacitación para nuevas actividades encomendadas, descontento de algún personal por pérdida de estatus	• Formulación e implementación de un sistema de incentivos y evaluación de desempeño basado en metodología de mejoramiento continuo de la calidad • Foros sobre temas críticos de la gestión de recursos humanos
Formación y capacitación de recursos humanos	• Capacitación basada en un modelo de excelencia de calidad en todos los servicios • Centro nacional de documentación para análisis y seguimiento de equipos de mejoramiento de calidad	• Investigación sobre calidad en los procesos de capacitación para la reforma del sector salud

COSTA RICA		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Inexistencia de representación de las organizaciones de trabajadores en la definición del proceso de reforma del sector salud, lo que genera: desmotivación, desconcierto • Inexistencia de negociación colectiva • Mecanismos primitivos de resolución de conflictos	• Desarrollo de propuesta y metodología para participación de personal de salud en procesos de cambios sectoriales

ECUADOR		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Desvalorización del personal de salud • Aumento del tiempo promedio para insertarse en el mercado de trabajo • Bajos salarios • Alta rotatividad. recurso "de paso"; • Aparecimiento de formas precarias de contratación • Ausentismo	• Desarrollo del plan de recursos humanos en salud • Sistema de información de recursos humanos • Reglamentación y subsistemas técnicos para la administración de personal • Programa descentralizado de contratación y gestión de recursos humanos • Políticas de compromiso e incentivos en reclutamiento y ejercicio • Fortalecimiento de interrelación con gremios para cambios en políticas de contratación
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Baja exigencia en perfiles de reclutamiento y selección de personal • Contratación fuertemente influenciada por interferencias políticas • Evaluación de desempeño no sistemática • Falta de incentivos • Baja calificación técnica de los equipos institucionales de trabajo • Poco compromiso social e institucional • Escaso desarrollo de la gestión de personal	• Sistema de incentivos • Integración y transformación de equipos de trabajo a través del desarrollo de estrategias de salud familiar • Fortalecimiento del proceso de descentralización y desconcentración de gestión de recursos humanos • Impulso al liderazgo y conducción de recursos humanos a nivel nacional y provincial • Sistema de evaluación de desempeño • Reingeniería del Ministerio de Salud

ECUADOR		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Formación y capacitación de recursos humanos	• Pocas posibilidades de perfeccionamiento profesional complementario, educación permanente y desarrollo técnico • Modelo de formación centrado en una visión biológica-individualista • Formación de postgrado centrada en la clínica y la cirugía • Incapacidad de las entidades de formación para dar nuevas respuestas • Formación que no desarrolla capacidades para trabajo en equipo, atención primaria, preventiva y de promoción • Inexistencia de procesos de acreditación de instituciones de formación en salud • Falta de mecanismos de recertificación de profesionales en salud.	• Coordinación con instituciones educativas para cambio de perfiles educacionales en pregrado y postgrado • Procesos de acreditación de instituciones de formación y recertificación de profesionales • Formación y capacitación intensiva en gerencia en salud con el apoyo de centros de formación nacionales e internacionales • Cambios en el compromiso universitario en los programas de internado y servicio rural obligatorio • Reconversión y calificación del personal de los servicios de salud; • Fortalecimiento de la educación permanente
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Multiplicidad de organizaciones que reclaman derechos de representación • Ausencia de liderazgo sectorial • Baja visibilidad del tema recursos humanos • Constante paralización de servicios de salud por reclamos de sindicatos y gremios que reclaman mejores salarios • Soluciones únicamente políticas y no técnicas a conflictos laborales	• Estudio sobre la situación de los trabajadores de salud y propuesta de mejoría paulatina de salarios • Actualización de leyes y reglamentos • Fortalecimiento de la presencia del tema de recursos humanos

JAMAICA		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Inadecuada disponibilidad y distribución • Dificultad de atraer y retener al recurso humano por limitaciones de desarrollo personal, profesional y salarial • Proyección tradicional de régimen laboral costoso e ineficiente • Flexibilidad de trabajo compartido con la práctica privada solo para médicos pero no para otros profesionales	• Estudio amplio sobre la situación de personal para identificar desfases entre las necesidades de los servicios y la situación de los recursos humanos

JAMAICA		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Inexistencia de mecanismos locales de evaluación de productividad • Aplicación de formas de evaluación extrañas a la realidad local • Ausentismo, pobre supervisión, bajo nivel de compromiso, pobre supervisión • Pérdida de personal profesional y sobrecarga de trabajo para los que permanecen	• Aplicar diversos incentivos al personal con el fin de incrementar la calidad de los servicios • Incrementar la disponibilidad de personal asistente de profesionales para incrementar su productividad • Desarrollar procesos de incentivo y evaluación del desempeño • Desarrollar programas para el mejoramiento de la calidad • Estudiar la posibilidad de flexibilizar las formas tradicionales de contrato de ocho horas diarias de trabajo por otras que aseguren mayor rendimiento
Formación y capacitación de recursos humanos	• Debilidad en la relevancia de los currículos de las profesiones, en los métodos de enseñanza, en la congruencia entre las necesidades de los servicios y los programas docentes • Necesidad de programas multidisciplinarios • Problemas en la selección del personal en las instituciones de formación; • Limitaciones en las relaciones docencia – servicio • Limitaciones en el proceso de acreditación frente a criterios establecidos • Pobre desarrollo en la formación de personal con criterio y habilidad multidisciplinaria	• Incrementar los recursos financieros para superar los altos índices de atricción del personal integrado al servicio • Conducir a los nuevos hospitales acreditados para que participen en la formación y capacitación de los recursos humanos • En vista al envejecimiento de la población, explorar formas para atraer estudiantes maduros al área. Visualizar no solo calificaciones académicas sino también valores, actitudes y representación geográfica • Mantener la capacitación de personal hospitalario en gestión y administración
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Sistema centralizado de gobierno con una cultura vertical • Veinte y ocho unidades de negociación que conducen a procesos largos y tediosos • Procesos burocráticos e inflexibles • Estructura de empleo compleja con innumerables niveles, escalas salariales diversas para los mismos tipos de salarios y basadas en prácticas antiguas que no han dado solución a los problemas • Falta de reconocimiento a ciertas categorías profesionales con el consecuente marginamiento de las mismas	• Explorar formas de protección de la fuerza de trabajo • Ofrecer oportunidades de movilidad educacional desde una institución a otra

MÉXICO		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• 7% de desempleo en el sector salud	• El SNS ampliará su estructura con la incorporación de 5, 343 nuevas plazas en 1999 • Descentralización y desconcentración de recursos y facultades (Acuerdo nacional para la descentralización; nueva Ley del IMSS) • Competencias básicas de enfermería presentada por la comisión Interinstitucional de Enfermería, para que las instituciones del sector tengan un marco referencial de los perfiles laborales en los procesos de selección y contratación de este personal
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Inexistencia de una cultura de evaluación de desempeño. Falta de estándares y criterios uniformes • Inexistencia de esquemas modernos de incentivos • Sistemas de información débiles y heterogéneos, no útiles para toma de decisiones • Utilización de tecnología no acorde con posibilidades y necesidades nacionales. Pobre regulación por parte del Estado • Programas de mejoría de la calidad en empresas grandes pero no en las medianas y pequeñas • Persistencia de ausentismo, aunque ha disminuido en los últimos años • Alta rotatividad en niveles medios y altos de los servicios.	• Se inició en 1999 un proceso de certificación de hospitales a ser adoptado voluntariamente • Fortalecimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico • Manuales de operación en apoyo a la descentralización, y programas de educación a distancia con las Jefaturas Estatales de Enseñanza • Aplicación del Programa de Estímulos (dirigido principalmente a niveles profesionales). Así como a personal que labora en zonas dispersas y de alta marginación • Programa Integral de Calidad y Modelo de Medicina de Familia en el IMSS (pilotos), para mejoramiento de la calidad de los servicios • Sistema de información de recursos humanos en enfermería en funcionamiento

MÉXICO		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Formación y capacitación de recursos humanos	• La propuesta de reforma del sector Salud da especial importancia a la capacitación y actualización de conocimientos • La capacitación en dos niveles: capacitación para el desarrollo y para el desempeño • La formación de docentes es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud, pero su cobertura es limitado, no coordinada sectorialmente y pobre en recursos • Inicio de la formación docente a distancia con modalidades abierta y cerrada • Existe un desfase entre la formación y la utilización de recursos humanos. Este desfase ha disminuido con la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) • Posgrado de salud familiar, respuesta al requerimiento de médicos generalistas • Existen programas de acreditación de asociaciones de escuelas y facultades de ciencias de la salud; • La certificación en medicina se desarrolla desde 1964 y actualmente la realiza un órgano no gubernamental; • La reconversión profesional ha focalizado su atención sobre las auxiliares de enfermería y parteras empíricas	• Fortalecimiento del Sistema Nacional de Acreditación a través de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM) • Certificación y recertificación de especialistas médicos, de carácter obligatorio, coordinado entre la SSA y la Secretaría de Educación Pública, requerido para ejercer especialidad médica en México. • Fortalecimiento de la CIFRHS a través de los Comités Estatales de formación de recursos humanos • Evaluación de planes y programas de estudio afines a la salud por instituciones educativas privadas a través de la CIFRHS • Red Nacional de Enseñanza en Salud operando bajo conducción de la Dirección General de Enseñanza en Salud/SSA a través de la modalidad de comunicación a distancia.
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Existen diferentes tipos de representación de los trabajadores, predomina el corporativismo sindical y la representación gremial. Poco desarrollo democrático • Los trabajadores rebasan fácilmente a sus líderes a pesar del verticalismo restrictivo • En el IMSS el pacto colectivo busca fortalecer la vocación de servicio orientado a la superación personal • Las principales causas de conflicto e inconformidad radican en bajos salarios, cargas irregulares e inequitativas de trabajo, compactación de horarios, inseguridad en el puesto para los que no han logrado nombramiento • Predominio de negociación personal de solución de conflictos a procedimientos oficiales • Incipientes espacios participativos de gestión. Los “círculos de calidad” no han podido consolidarse	• Revisión de condiciones generales de trabajo entre SSA y sindicato de trabajadores de la salud • Revisión de Contrato Colectivo de Trabajo cada 2 años (IMSS) concertado con el sindicato • Operación de modelos pilotos de perfiles de función (Medicina de familia) antes de generalizar cambios

PANAMÁ		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Tendencias del mercado de trabajo hacia el desempleo, multiempleo, subempleo, flexibilidad sin protección e inestabilidad laboral • Planificación no sistemática ni integral • Inadecuada distribución geográfica y programática de los recursos humanos • Selección, dotación y distribución de recursos humanos basados en información desactualizada • Diversidad de leyes, normas y mecanismos • Prevalencia de mecanismos informales en toma de decisiones; • Resistencia de trabajadores para supeditarse a Código de Trabajo	• Proceso de planificación estratégica, sistema de información y modelo descentralizado de gestión • Implementación de carreras administrativa y sanitaria • Reglamentación y subsistemas técnicos para la administración de personal • Estructura de cargos por establecimiento, función y procesos • Programa descentralizado de contratación y redistribución • Políticas de compromiso social e incentivos en reclutamiento y ejercicio • Coordinación intra e intersectorial para cambio de perfiles ocupacionales, educacionales y estructura de cargo • Procesos de certificación y recertificación de profesionales • Fortalecimiento de interrelación con gremios
Productividad del trabajo y calidad de los servicios	• Deterioro de condiciones de trabajo y pobre aplicación de tecnología adecuada • Escasa valoración y estímulo a los recursos humanos • Pobre integración de visión y misión institucional por recursos humanos • Procesos de trabajo centralizados, fragmentados y aislados • Escaso desarrollo gerencial y limitada capacidad técnica de gestión • Desigual distribución de trabajo • Falta de incentivos para trabajo • Comunicación y coordinación deficiente entre instituciones de formación y de utilización recursos humanos • Administración de personal lenta • Limitaciones de personal para cumplir con requerimientos de la reforma • Desarrollo limitado de proceso de reconversión de profesionales y técnicos en salud • Evaluación de desempeño no sistemática, eficientista y que usa metodologías obsoletas • Resistencia a tecnificación.	• Sistema de incentivos • Planes de inversión orientados a mejorar condiciones de trabajo, eficiencia, eficacia, equidad y calidad • Integración y transformación de equipos de trabajo • Proceso de descentralización de recursos humanos • Liderazgo y conducción • Sistema de evaluación de desempeño que considere: incorporación de tecnología apropiada, creatividad en atención, gestión y productividad • Reorganización estructural y funcional del Ministerio de Salud • Formación de gerentes en salud • Creación de un ente financiador-comprador

PANAMÁ		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Formación y capacitación de recursos humanos	• Escasa producción de conocimientos • Falta de planes estratégicos de formación y desarrollo de recursos humanos; • Limitada formación integral (promocional, preventivo y curativo) • Modelos educativos tradicionales; • Formación de médicos especialistas de carácter fragmentario • Falta de programas coherentes de educación permanente en salud • Carencia de sistemas de evaluación integral de desarrollo de recursos humanos • Limitada incentivación para la formación y capacitación • Limitada reconversión del personal	• Planes estratégicos de formación y desarrollo de recursos humanos • Programas de formación de técnicos de salud en instituciones de enseñanza superior • Programas unificados de formación de especialistas • Evaluación de tecnologías adecuadas para el proceso formativo • Educación permanente • Gestión de la capacitación en salud y creación de una unidad responsables • Políticas de capacitación • Becas y licencias de estudios • Acreditación de programas e instituciones educativas • Programas de reconversión de personal
Formación y capacitación de recursos humanos	• Escasa producción de conocimientos • Falta de planes estratégicos de formación y desarrollo de recursos humanos; • Limitada formación integral (promocional, preventivo y curativo) • Modelos educativos tradicionales; • Formación de médicos especialistas de carácter fragmentario • Falta de programas coherentes de educación permanente en salud • Carencia de sistemas de evaluación integral de desarrollo de recursos humanos • Limitada incentivación para la formación y capacitación • Limitada reconversión del personal	• Planes estratégicos de formación y desarrollo de recursos humanos • Programas de formación de técnicos de salud en instituciones de enseñanza superior • Programas unificados de formación de especialistas • Evaluación de tecnologías adecuadas para el proceso formativo • Educación permanente • Gestión de la capacitación en salud y creación de una unidad responsables • Políticas de capacitación • Becas y licencias de estudios • Acreditación de programas e instituciones educativas • Programas de reconversión de personal
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Ministerio de Salud limitado en su función de ejercer rectoría • Incapacidad financiera del sector público de salud para ejercer sus funciones y limitar conflictos • Modelos de gestión que trae conflicto • Desconocimiento de personal de sus deberes y derechos • Aplicación desmedidas disciplinarias inconsultas, en ocasiones violatorias a reglamentos • Atención reactiva de los conflictos • Clima social con prevalencia de rumor • Coexistencia de modelos de gestión de carácter conflictivo • Modelo organizacional sin consideración de relaciones humanas	• Análisis de situación socioeconómica y su impacto sobre los recursos humanos, tipos de modelo de gestión, tipos de conflicto • Modelos de abordaje y representación gremial que incluyen atención de conflictos • Sistema de inducción a personal nueva que divulgue deberes y derechos, leyes, regulaciones sanitarias y de recursos humanos • Actualización de leyes y reglamentos • Servicios de internado: tipos, cantidad, programas educativos, marcos regulatorios, criterios de adjudicación de posiciones, etc.

PERÚ		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Inequidades en la distribución del personal de salud • Contratos de personal de salud de corto plazo producen precariedad en el empleo • Ausencia de criterios comunes en el manejo de los regímenes contractuales y a nivel de las instituciones prestadoras	• Planificación estratégica e información clave en recursos humanos • Mejoramiento de condiciones laborales • Distribución equitativa de recursos humanos
Productividad del Trabajo y Calidad de los Servicios	• Limitado desarrollo de las instancias de conducción en gestión de los recursos humanos. Desvinculación del nivel central y el nivel local. • Inexistencia de instrumentos estandarizados que permitan medir el desempeño (incluye productividad y calidad) • Ausencia de instrumentos para la formulación de perfiles ocupacionales • Preeminencia de la administración centralizada de personal	• Fortalecimiento de instancias para la conducción de los recursos humanos • Gestión descentralizada de recursos humanos • Flexibilización laboral con protección • Evaluación del desempeño, incentivos y productividad • Nuevos perfiles ocupacionales; • Reorientación de programas de especialización y servicio rural urbano marginal • Trabajo en equipo – trabajo en red
Formación y capacitación de recursos humanos	• Desarrollo incipiente de mecanismos de acreditación de instituciones formadoras y la certificación y recertificación del personal de salud • Entidades formadoras con currícula no adaptada a la realidad cambiante • Persistencia de algunos enfoques tradicionales de la capacitación y supervisión • Los convenios marco entre instituciones formadoras y prestadoras no toman en cuenta el nuevo contexto nacional	• Acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos; • Certificación y recertificación; • Adecuación del currículo de formación profesional y técnica • Renovación de enfoques pedagógicos en la capacitación • Nuevas modalidades de supervisión, formación y capacitación • Renovación de convenios marco
Gobernabilidad y conflictividad sectorial	• Ausencia de políticas integrales de desarrollo de recursos humanos • Limitaciones en los mecanismos de negociación y concertación	• Desarrollo de políticas integrales en recursos humanos (formación, capacitación, regulación, gestión y del campo laboral)

EL SALVADOR		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Calidad del empleo y régimen laboral	• Concentración de los recursos profesionales de salud en las principales ciudades y en la atención hospitalaria • No existen políticas para incentivar la movilización de profesionales hacia zonas fuera de la capital, hacia la atención primaria y hacia áreas marginales • Regímenes de contratación y remuneración de profesionales y técnicos que no se corresponden con niveles de responsabilidad, desempeño y formación • Multiempleo profesional; • Contratación de personal por ocho horas que se transforma, en realidad, en una jornada de seis • No existe un sistema de regulación salarial y de incentivos • Aplicación limitada de protección social de los recursos humanos, a pesar de encontrase establecida en el Código de Trabajo • Mecanismos de negociación colectiva afectados por falta de voluntad política de autoridades gubernamentales	• Desarrollo de investigaciones en el área de salud y recursos humanos, que aporten conocimientos científico-técnicos para ser aplicados en el proceso de construcción y operativización del Sistema Nacional de Salud • Conformación de redes de investigadores representantes de las diferentes instituciones formadoras y empleadoras • Brindar aportes técnicos para el proceso y la implementación del sector salud • Difundir a nivel nacional e internacional los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas • Definir parámetros de productividad y estándares o protocolos técnicos de atención para los problemas de intervención
Productividad del Trabajo y Calidad de los Servicios	• Las instituciones no cuentan con sistemas de incentivos ni evaluación del desempeño • No existen programas de control de la calidad de la atención, pero se han iniciado algunas experiencias • Los establecimientos de salud requieren un sistema de información gerencial más fuerte para facilitar la toma de decisiones	• Inclusión de la participación de los recursos humanos de cada establecimiento, en la formulación y aplicación del Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad en la atención de salud • Propiciar el análisis de la información de productividad y rendimiento del WINSIG

EL SALVADOR		
Área	**Problemas críticos**	**Propuestas de acción**
Formación y Capacitación de Recursos Humanos	• Los perfiles profesionales no se adaptan completamente al perfil ocupacional y a las necesidades de atención en salud • El Ministerio de Educación ha iniciado un proceso de control para la acreditación institucional de los pénsum de las carreras • No existen programas de reconversión profesional • Convenio entre el MSPAS y la UES de cogestión de servicios posibilita la integración docencia/servicio/ investigación • Existe un convenio para que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de El Salvador inicie un proceso de acreditación de especialidades médicas • Se ha iniciado la formación de salubristas en tres universidades del país	• Fortalecimiento del grupo intersectorial para el Desarrollo de los recursos humanos en salud para posibilitar el avance en la generación de objetivos comunes de servicio y formación • Programas de educación permanente en los tres niveles de atención en la red de servicios; • Programas de educación permanente en las instituciones formadoras y utilizadores de personal • Impulsar planes de integración docencia/ servicio • Desarrollar programas de pregrado y posgrado de acuerdo a las necesidades del país y congruentes con las políticas y lineamientos del plan de modernización del sector salud
Gobernabilidad y Conflictividad Sectorial	• Conflictos institucionales por reivindicaciones salariales • Demanda de trabajadores por democratización de dirección autocrática en instituciones publicas y autónomas • Demandas legales de usuarios por mala práctica médica y por deficiente calidad de servicios • Demanda de participación ciudadana en procesos de reforma del sector salud • Demanda de los alcaldes y gobiernos seccionales de protagonismo en el sector salud, en acciones de promoción de la salud y auditoría social	• Desarrollo de foros, Congresos, Jornadas y Coloquios en salud que permitan la participación de los diferentes actores sociales • Retomar los resultados de los debates para retroalimentar las estrategias y las acciones planificadas para el desarrollo de los recursos humanos en salud • Retomar los resultados de las discusiones para la construcción de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud con una visión democrática

CAPITULO IV

TENDENCIAS DE LA REFORMAS SECTORIALES DE SALUD EN EUROPA Y SUS REPERCUSIONES EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Dr. Stephen Bach
Unidad de Investigaciones sobre Relaciones Laborales
Escuela de Administración de Empresas Warwick
Universidad de Warwick

Inglaterra

> *"Un último aspecto, a veces subestimado por los encargados de formular las políticas, es el desarrollo de recursos humanos. La parte más grande de los gastos ordinarios en los sistemas de atención de salud es típicamente el costo del personal, por lo cual los recursos humanos son un factor crítico que debe abordarse en toda reforma de la atención de salud" (Figueras et al., 1998:12-13).*

Introducción

Durante los años ochenta y noventa hubo un interés sin precedentes en la reforma de la atención de salud a nivel mundial, tendencia que se refleja en los análisis de políticas realizados en Europa (véanse Altenstetter and Bjorkman, 1997; Ham, 1997; Saltman et al., 1998). Este interés no se limitó a la OMS, el Banco Mundial, en particular, asumió un papel prominente en la configuración de la política sanitaria mundial (Stott, 1999). No obstante, tal como se refleja en la cita precedente, no se ha prestado la debida atención a las repercusiones de la reforma de la atención de salud en la gestión de recursos humanos, lo cual repercute en la ausencia general de investigaciones sobre las relaciones laborales de la administración pública en Europa (excepto por Bach et al., 1999). Esta deficiencia ha comenzado a ser abordada por la OMS y otros organismos, como consecuencia del reconocimiento creciente de que la ejecución de políticas y el comportamiento del personal de salud y las organizaciones que lo representan tienen una relación crucial con la eficacia de la reforma de la atención de salud (ILO, 1998). En el Informe sobre la Salud en el Mundo, de 1999, la Directora General identificó el desarrollo de sistemas de salud más eficaces como una prioridad y señaló que "abordar temas tales como las remuneraciones y los incentivos en el sector público (...) constituye uno de los aspectos más difíciles de la agenda internacional de salud" (Brundtland, 1999:x).

Inevitablemente, en un sector que hace uso intensivo de mano de obra y en el cual el grueso de los gastos corresponde a los sueldos, el efecto de las medidas de reestructuración recae principalmente en los empleados. Es más, como el servicio que prestan (atención de salud) es un proceso que incluye la interacción constante con pacientes, estos últimos son muy sensibles a las condiciones de trabajo, el ánimo y en último término la calidad del servicio proporcionado por los trabajadores de salud, lo que pone en tela de juicio no solo las repercusiones económicas de la reestructuración de la atención de salud. El sector de la salud, como parte integrante del Estado benefactor, incorpora los valores políticos de cada sociedad. La reestructuración de los sistemas de salud ha cuestionado con frecuencia estos valores y la influencia de las elites profesionales, proceso que rara vez ha procedido sin cuestionamientos.

En este documento, se examinan los alcances de la reestructuración de servicios de salud en las prácticas laborales en Europa y se usan cuatro países para ilustrar estas tendencias, Gran Bretaña, Francia, Alemania y Suecia. Se eligieron estos países porque ilustran el enfoque de la reforma adoptado por países con diferentes sistemas de financiamiento y organización de la atención de salud. Los sistemas de salud de Gran Bretaña y Suecia funcionan al estilo de Beveridge: se financian mediante la tributación y utilizan proveedores principalmente públicos con personal empleado por el Estado. Francia y Alemania son ejemplos de los sistemas de Bismarck, basados en el seguro social obligatorio, en los cuales los fondos de salud son los financiadores principales y hay una combinación de proveedores públicos y privados. Este documento comienza con un análisis de las tendencias en la reforma de la atención de salud en Europa occidental y luego se examinan las iniciativas de reforma en cada uno de los países considerados. En la tercera parte se aborda el tema de la privatización y se evalúan los resultados en las relaciones laborales. Este análisis se extiende en la sección siguiente, en el examen de las consecuencias de salud de la privatización y las iniciativas orientadas a someter al sector de la salud a las normas del mercado en lo que concierne a las remuneraciones y las condiciones de trabajo, y después se presentan las conclusiones generales.

Tendencias en la atención de salud en Europa occidental y sus repercusiones en las prácticas laborales

En toda Europa los sistemas de atención de salud están en un estado del flujo, mientras que los gobiernos intentan resolver la demanda creciente de la atención de salud y el aumento de los costos. Durante los años noventa, las inquietudes por el financiamiento de los servicios de salud permanecieron en primer plano. Los niveles sin precedentes de desempleo y las tendencias demográficas desfavorables han repercutido en los gastos en bienestar social. Es más, el proceso de globalización ha estado acompañado de advertencias nefastas de que las empresas multinacionales compararían los precios de los distintos regímenes y se trasladarían a países con sistemas menos extensos de protección social y sueldos más bajos. Estas predicciones han reavivado los temores de que un sector público de servicios que no fuese reformado frenara el progreso económico.

En Europa, la profundización del proceso de integración económica y monetaria ha tenido ramificaciones importantes para el sector público. Los criterios de convergencia para la participación en la Unión Monetaria Europea, en particular que la deuda del gobierno no exceda del 3% del PIB y que el total de la deuda no sea superior al 60% del PIB, han sido una meta normativa categórica y de gran relieve que ha forzado a muchos gobiernos a iniciar la reforma del sector público. La preocupación persistente por el crecimiento del gasto público, que casi todos los países habían comenzado a abordar para principios de los años noventa, promovió un enfoque más integral de la reforma del sector público. A fin de complementar las medidas para limitar los gastos globales, la mayoría de los gobiernos iniciaron un escrutinio más detallado de la organización y la gestión interna de los servicios públicos (Ferner, 1994).

¿Cuáles son los cambios principales en las remuneraciones y las condiciones de trabajo en el sector de la salud?

Primero, ha habido un interés en introducir incentivos del mercado en los servicios públicos y un mayor papel para el sector privado, espe-

cialmente en lo que atañe a la privatización de distintos aspectos de la prestación de servicios de salud. El aspecto más importante, sin embargo, en los sistemas de salud proporcionados por el sector público, como los del Reino Unido, Suecia, Finlandia y, en menor grado, Italia, ha sido la introducción de elementos competitivos en sistemas de salud anteriormente integrados. Es lo que se denomina un mercado interno (Enthoven, 1985), un cuasi mercado (Le Grand and Bartlett, 1993) o, de manera más genérica, atención regulada/competencia (Light, 1999). Estos términos significan la combinación del financiamiento público de la atención de salud con formas de competencia entre proveedores públicos y/o privados, con contratos negociados entre los proveedores de servicios de salud por separado y las autoridades adquisitivas. En los sistemas basados en un seguro, como los de Alemania y los Países Bajos, se han tomado medidas para promover la competencia entre los aseguradores, mientras que en Francia el sistema pluralista de atención de salud y el exceso de camas de hospital están fomentando la competencia entre los sectores privado y público (Rosleff and Lister, 1995; WHO, 1996a).

Es evidente que los países que están promoviendo la competencia, especialmente entre los proveedores, desencadenan poderosas fuerzas institucionales que repercuten en las prácticas laborales, a menudo con efectos perjudiciales para el personal. Las reformas llevaron a menores garantías de ingresos para los proveedores hospitalarios que tienen que competir con otros proveedores de los sectores público y privado para asegurar sus ingresos. Como consecuencia de esta mayor incertidumbre y de las limitaciones presupuestarias, se ven obligados a ser más rentables. Los empleados de los proveedores tienen que absorber estos riesgos y los gerentes están tratando de convertir los altos costos laborales fijos en costos variables. Saltman y Von Otter concluyen:

> Probablemente no sea una exageración señalar que la flexibilidad en el uso de la mano de obra y en los sistemas de pago sea uno de los efectos más codiciados de todo el proceso de reforma del sector de la salud” (Saltman and Von Otter, 1995: 13).

La existencia de mayores incentivos del mercado no lleva a una disminución de la intervención estatal, como se creía en los años setenta y ochenta. En el Reino Unido, el gobierno conservador fue sumamente intervencionista al establecer las características particulares del mercado interno y al configurar el comportamiento de los actores. En Francia y Alemania el Estado ha intervenido más activamente para asegurar que los fondos de salud prosigan las iniciativas de contención de costos y el gobierno ha establecido más parámetros para la calidad de la atención de salud y la eficacia de las intervenciones médicas (Holtedahl, 1999).

Otra tendencia, señalada en los informes de la OCDE (OECD, 1995a; 1996), consiste en numerosos intentos de fortalecer la gestión de los servicios del sector público. Este cambio de un servicio administrado a un servicio gerenciado ha sido una parte central de la "Nueva Gestión Pública", que ha sido un aspecto importante de la discusión acerca de la reforma sanitaria (Moore, 1996). Comprende un énfasis en los resultados en lugar de insumos, una gestión más profesional y responsable, el establecimiento de normas de rendimiento explícitas que incorporan medidas de calidad del servicio, la división de organizaciones grandes y uniformes en unidades empresariales pequeñas, la competencia interna y la flexibilidad en el uso de los recursos humanos (Ferlie et al., 1996; Walsh, 1995).

Estos gerentes generalmente no tienen una formación médica, lo cual puede crear tensiones con el personal médico, que se siente amenazado por el mayor poder de los gerentes. Los médicos temen que su autonomía profesional sea socavada por una lógica presupuestaria que tenga precedencia sobre las necesidades de la atención de los pacientes. Este proceso ha sido especialmente marcado en los países que han introducido formas de mercado interno. En Italia, las reformas sanitarias de 1995 introdujeron elementos de competencia administrada y autoridad descentralizada en el nivel del hospital, reforzando la posición de los gerentes de hospitales. Para el personal médico, ello a veces puede dar la impresión de que:

> Los gerentes parecen más interesados en el equilibrio de los presupuestos que en la mejora de la atención médica... El sis-

tema de pagos de los hospitales, basado en aranceles, ha llevado a los gerentes a aumentar el número de hospitalizaciones (a aumentar la "productividad") sin tener en cuenta si son apropiadas" (Del Favero and Barro, 1996:168).

En Francia se ha reforzado la influencia de los gerentes mediante la creación de una escuela nacional para directores de hospitales y de un nivel específico de gerentes regionales influyentes, nombrados directamente por el Ministerio de Salud, como parte de las reformas realizadas por Juppé con el propósito de racionalizar los servicios que prestan los hospitales (Mossé and Tchobanian, 1999).

En el Reino Unido se introdujeron gerentes generales a mediados de los años ochenta. Estos gerentes, con contratos a corto plazo y remuneración vinculada a su desempeño, tenían fuertes incentivos para alcanzar sus metas presupuestarias. Las reformas de 1990, que introdujeron la competencia entre los hospitales, fortalecieron aún más la posición de los gerentes, para consternación del personal de enfermería y de los médicos. A fin de tratar de obtener el apoyo del personal profesional para continuar las reformas, el gobierno laborista ha fomentado una mayor participación del personal profesional y ha asignado mayor prioridad a la gestión tanto de la calidad como de los presupuestos, proceso denominado "buena gestión clínica".

Tercero, ha habido más énfasis en la descentralización, que puede tomar diferentes formas (véanse Hunter et al., 1998). En muchos países, la autonomía de los hospitales ha aumentado con la disminución de las limitaciones administrativas y la delegación de decisiones en materia de planificación del nivel nacional al nivel regional y, en algunos casos, incluso al nivel del hospital. Una característica de las reformas realizadas en 1995 y 1996 por el gobierno de Juppé en Francia ha sido el requisito de que cada hospital celebre un "contrato" con el organismo local basado en su "plan comercial", y se está introduciendo la acreditación obligatoria a todos los hospitales (Mossé and Tchobanian, 1999). Además, los sistemas de financiamiento para los hospitales han mejorado más como consecuencia del reemplazo de los sistemas basados en presupuestos globales con aquellos que vinculan el financiamiento más

estrechamente a los servicios proporcionados por el hospital. Estas reformas han requerido una gestión más compleja de los aspectos financieros y del personal en los hospitales, promoviendo el desarrollo de un cuadro de gerentes profesionales y el uso de técnicas del sector privado para mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud. Persisten dudas, sin embargo, acerca de si existe suficiente capacidad gerencial para administrar las formas cada vez más complejas de la atención regulada (Bach, 1999).

Dentro de las unidades del hospital, el establecimiento de subunidades más autónomas, como las direcciones clínicas en el Reino Unido, ha alentado al personal médico a asumir un papel más activo en la gestión financiera y del personal de sus servicios clínicos. Se ha facilitado la delegación de responsabilidades presupuestarias mediante el desarrollo de sistemas de información que proporcionan datos sobre el costo de los recursos consumidos con relación a los servicios prestados. El Reino Unido y Suecia, donde se combinan el personal médico hospitalario asalariado con sistemas de atención administrada, la participación clínica en la gestión ha avanzado más que en otros países. Ha sido más difícil en los países con sistemas basados en seguros, donde el personal médico de los hospitales con frecuencia trabaja por su cuenta y, por consiguiente, se muestra reacio a desempeñar un papel mayor en la gestión diaria de los hospitales asumiendo la responsabilidad de sus propios presupuestos (Rosleff and Lister, 1995).

Cuarto, y como parte de esta evolución, se ha visto un mayor énfasis en la inclusión de los médicos clínicos y otros profesionales en el proceso de gestión. No obstante, el personal médico puede tener sentimientos ambivalentes acerca de una mayor responsabilidad gerencial, la cual, según la experiencia del Reino Unido, puede aumentar la carga de trabajo y causar más estrés (Ashburner et al., 1996; Simpson and Scott, 1997). Como señaláramos anteriormente, el gobierno laborista ha tratado de abordar estas inquietudes, al mismo tiempo que contempla una función central para el personal médico y de enfermería en los nuevos grupos de atención primaria (Department of Health, 1997). La participación en las decisiones no ha estado limitada al personal médi-

co, sino que la participación del personal y una alianza social forman parte del programa de reformas del gobierno laborista. De igual manera, en Francia, las reformas de los hospitales se llevaron a cabo durante un período de descontento sostenido del sector público y se prestó especial atención a las reivindicaciones del personal de enfermería, que exigía y obtuvo instituciones nuevas de diálogo social (Mossé and Tchobanian, 1999). De forma más general, los distintos mecanismos de participación directa están firmemente arraigados en el sector de la salud en Europa (Hegewisch et al., 1998).

Una última tendencia es la mayor importancia de los proveedores de atención primaria en el sistema de servicios de salud. Esto refleja la creencia de que los médicos generales pueden actuar como guardianes eficaces de la atención especializada y reducir el gasto en este tipo de atención, que es más costosa, cerciorándose de que los pacientes sean tratados por el especialista apropiado. En prácticamente todos los países de Europa occidental están tomándose medidas para introducir sistemas de médicos generales o fortalecer el sistema actual de atención primaria (Van de Ven, 1996). La situación de inferioridad de la práctica general en países como Francia y Alemania en comparación con otras especialidades probablemente disminuya como resultado de estas reformas (Hooltedahl, 1999; Kochen, 1999).

Un paso adicional es proporcionar a los médicos generales presupuestos para la compra de atención secundaria. El ejemplo más conocido es el sistema de médicos generales con fondos a su cargo, introducido en Gran Bretaña como parte de las reformas del gobierno conservador en 1990 y 1991. Este sistema está siendo reformado radicalmente por el gobierno laborista debido a la preocupación por los costos de transacción elevados, la renuencia de muchos médicos generales de convertirse en administradores de fondos y el hecho de que solo una proporción pequeña de administradores de fondos han sido compradores eficaces (Light, 1999). En algunos condados suecos se están realizando experimentos con distintas formas de fondos en administración, y en Francia y Alemania, a fin de frenar los gastos en medicamentos, se están realizando negociaciones para que los médicos asuman una ma-

yor responsabilidad económica por los gastos en medicamentos que excedan las pautas convenidas.

El fortalecimiento de la atención primaria implica que más empleados estarán trabajando fuera de los hospitales con menos supervisión. En los casos en los cuales los médicos generales tienen un presupuesto, pueden ofrecer más servicios de especialistas en sus consultorios y convertirse en empleadores por derecho propio. En Gran Bretaña, el sistema de médicos generales con fondos a su cargo aumentó la influencia de estos médicos, en comparación con la de sus colegas de los hospitales, ya que controlan importantes presupuestos. En Suecia, el establecimiento de un sistema de médicos generales más formalizado en 1994 desplazó parte del trabajo realizado por las enfermeras distritales, provocando críticas de los sindicatos de enfermería. Es más, puede resultar difícil para los sindicatos organizar a los trabajadores de atención de salud si están más dispersos. Aunque el fin del hospital de agudos casi sin duda es una exageración, la gran densidad de sindicalización propiciada por las unidades institucionales grandes pueden dificultar la representación sindical del personal de los entornos comunitarios.

La reestructuración de los sistemas de salud: estudios de casos de países

Gran Bretaña

El sistema centralizado y públicamente financiado de atención de salud de Gran Bretaña difiere notablemente de los sistemas más pluralistas, basados en seguros, de Francia y Alemania, así como del modelo descentralizado de Suecia. Esto se refleja en el debate público sobre el sistema de salud, que es sinónimo de la discusión en torno al Servicio Nacional de Salud (NHS). El NHS, sistema de salud financiado con recaudaciones tributarias que proporciona atención de salud gratuita en los lugares donde se ofrece el servicio, emplea a más de un millón de personas y cuenta con el afecto de los británicos. Los intentos de los go-

biernos conservadores desde 1979-1997 de reestructurar el sistema de salud y descentralizar la determinación de las remuneraciones encontraron fuerte oposición de los trabajadores de salud.

En Gran Bretaña se estableció a principios de los años noventa un sistema de mercados internos que se propone imitar las relaciones competitivas del sector privado. Las autoridades adquirentes separaron la prestación de servicios de salud de su financiamiento. Los servicios de salud estaban a cargo de entidades autónomas del NHS que comprendían un hospital, un servicio determinado (por ejemplo, ambulancias) o un grupo de servicios comunitarios. Empleaban (y todavía emplean) a la mayor parte del personal, y el gobierno conservador concedió a las entidades autónomas mayor autonomía gerencial para contratar directamente a su personal con condiciones de empleo propias y crear sus propias políticas y prácticas de relaciones laborales. Las entidades autónomas tenían que competir por el financiamiento asignado al tratamiento de pacientes. La remoción de una corriente previsible de ingresos llevó a los gerentes a reducir las nóminas, hacer mayor uso de personal temporero y a tiempo parcial y aumentar la proporción de enfermeras no tituladas.

El gobierno laborista elegido en 1997 no estaba de acuerdo con la política de salud de los conservadores, especialmente el carácter competitivo del mercado interno y los elevados costos de transacción de las reformas orientadas al mercado (Department of Health, 1997). Aunque el gobierno del "nuevo laborismo" tiene un estilo sui géneris y defiende más los intereses de las empresas, es más solidario con las inquietudes de los trabajadores de salud y no compartió el compromiso ideológico del gobierno conservador con la privatización. De importancia capital es el aumento sustancial a mediano plazo del gasto en atención de salud prometido por el partido laborista. El gobierno laborista ha modificado sustancialmente el mercado interno, manteniendo al mismo tiempo el manejo descentralizado de las entidades autónomas del NHS, con un servicio encabezado por la atención primaria (con entidades autónomas de atención primaria) basado en convenios de servicios a más largo plazo que procura fomentar las alianzas en vez de la competen-

cia. No obstante, esta reconfiguración del NHS abarca numerosas fusiones entre entidades autónomas, que podrían tener consecuencias para el personal en cuanto a cambios en la combinación de conocimientos, la supresión de puestos y las condiciones de empleo.

El gobierno laborista también ha iniciado un examen de los sistemas de determinación de pagos del NHS para acercarse a un marco nacional de determinación de pagos que ofrece considerable flexibilidad local (a las entidades autónomas). En términos más generales, aunque en general apoya las reformas del mercado de trabajo de los gobiernos conservadores, ha tratado de introducir normas mínimas para los empleadores. La introducción en abril de 1999 de un salario mínimo nacional establecido por ley, por primera vez en la historia del Reino Unido, es ilustrativa de este enfoque, y aunque tendrá un efecto limitado en los NHS, tendrá repercusiones significativas en las casas de convalecencia y residenciales donde trabajan 16% de los empleados que reciben el sueldo mínimo nacional (Labour Research, 1999). El proyecto de ley de relaciones laborales establece un procedimiento de reconocimiento por ley y procura promover un espíritu de alianza social entre los empleadores y los sindicatos.

Para resumir, las limitaciones presupuestarias de muchos años del NHS y la introducción de un mercado interno en Gran Bretaña han tenido importantes implicaciones en las prácticas laborales en el sector de la salud. Primero, aunque la cantidad de empleados de los servicios de salud ha permanecido relativamente estable, ha habido cambios importantes en la composición de la fuerza laboral, con un aumento marcado del personal gerencial y grandes reducciones en el personal auxiliar como resultado de la norma relativa a licitaciones públicas obligatorias. Segundo, la mayor incertidumbre en el financiamiento para las entidades autónomas llevó a los gerentes a recurrir en mayor medida a formas de contratación más precarias, a aumentar la intensidad de trabajo y a organizar el trabajo de una manera más flexible. Tercero, aunque los ingresos reales de algunos grupos ocupacionales, en particular los médicos y las enfermeras, experimentaron un fuerte crecimiento, eso fue contrarrestado por la disminución en la seguridad laboral y el aumento

de la intensidad del trabajo asociados al sistema de competencia administrada. Eso ha conducido a protestas sindicales esporádicas y a un estrés y desmoralización generalizados en el personal del NHS. La elección de un gobierno laborista está conduciendo a cambios importantes en la política de salud y los mecanismos para la determinación de las remuneraciones, aunque en un marco configurado por dieciocho años de gobierno conservador. En particular, el énfasis del gobierno laborista en un NHS basado en la atención primaria emanó de la experiencia de los médicos generales con fondos a su cargo.

Francia

Los conflictos laborales y sociales que se extendieron por toda Francia en los últimos meses de 1995, los más intensos desde los "sucesos" de 1968, constituyeron una respuesta a una variedad de propuestas para reformar el sector público y cambiar los métodos de gestión del sistema de salud. Las reformas de Juppé sobrevivieron el movimiento social inmediato de 1995, pero posteriormente provocaron más manifestaciones y huelgas de trabajadores de salud, ilustrando los conflictos surgidos en las relaciones laborales en toda Europa como consecuencia de los cambios estructurales en los sistemas de salud.

Con una serie de medidas en los años ochenta y noventa se trató de contener los gastos y mejorar la administración de los hospitales públicos. La más importante fue la introducción de presupuestos globales fijos para los hospitales públicos en 1984. Sin embargo, estas medidas tuvieron repercusiones limitadas en los gastos en servicios de salud, que para 1992 absorbían casi el 9,4% del PIB. Esto condujo a reformas de mayor alcance en 1996 que alteraron la gestión del sistema de salud (OECD, 1997a).

Los pacientes pueden elegir libremente a su médico y consultar a un médico general o a un especialista, y el compromiso del paciente se limita a la primera consulta. El objetivo del pago directo por el paciente al médico es asegurar que el médico sea responsable ante el paciente solamente. Si se requiere atención hospitalaria, el paciente también tiene libertad de elección entre hospitales públicos y privados. La profe-

sión médica se divide en atención primaria y secundaria. En el sector de la atención primaria predominan los médicos particulares (medicina liberal), tanto especialistas como generales, que pueden ejercer la medicina en cualquier lugar de Francia y cobran honorarios por los servicios que prestan. Muchos de ellos, en particular los especialistas trabajan, al menos a tiempo parcial en hospitales. En la atención secundaria trabajan médicos a sueldo a tiempo completo y a tiempo parcial. En general, ha coexistido una fuerte tradición de medicina liberal con una estricta reglamentación estatal de los honorarios médicos, lo cual ha provocado frecuentes conflictos entre los médicos y los fondos de seguro de enfermedad nacionales e, indirectamente, el gobierno (Burstall and Wallerstein, 1994).

Una característica importante del sistema francés es la coexistencia de servicios de los sectores público y privado. Los hospitales públicos, que representan cerca de dos tercios de las camas de hospital, se clasifican según su tamaño y su función. Los hospitales públicos son financiados por el gobierno mediante fondos de salud semiautónomos y desde 1984-1985 han operado con presupuestos globales restringidos. El sector privado, que comprende principalmente los hospitales con fines de lucro, también tiene acceso al financiamiento de los fondos de seguro de enfermedad, pero hasta que se aprobaron las reformas hospitalarias de 1991 no estaba comprendido en los presupuestos globales, sino que se le reembolsaba una suma fija. Eso le ofreció mayores oportunidades de expansión que no existían en el sector de los hospitales públicos (Huard et al., 1995).

Otra característica decisiva del sistema de salud francés es el sistema de financiamiento basado en fondos de seguro de enfermedad reglamentarios, pagados por las contribuciones obligatorias de empleadores y empleados. Los fondos de salud se organizan sobre una base ocupacional, y el más importante del sistema es el fondo nacional de seguro de enfermedad (CNAM). Los sindicatos y los empleadores tienen una función importante en el manejo del CNAM mediante su participación en la junta directiva. Las contribuciones varían según el plan, pero son aproximadamente 13% para los empleadores y 7% del sueldo para los

empleados. Aunque estos fondos son independientes, el gobierno tiene mucha influencia en sus actividades: establece el porcentaje de los impuestos sobre la nómina, que constituyen su fuente de financiamiento, y aprueba los acuerdos sobre honorarios que se negocian entre los médicos y los fondos de seguro de enfermedad.

El sector de la salud francés ha sido uno de los empleadores de más rápido crecimiento del país. Los empleados en el sector de la salud han aumentado rápidamente durante el último decenio, llegando a un total de 1.657.839 en 1992, cifra que representa el 7,4% de la población activa de 1992 (International Healthcare News, junio de 1995). Ha habido un crecimiento más rápido del empleo en el sector de los hospitales privados, que podría reflejar los diferentes sistemas de financiamiento que operaron entre los hospitales públicos y los privados durante este período.

Los déficit financieros crónicos que han plagado los fondos de seguro de enfermedad durante el último decenio simbolizan las dificultades que han acosado al sistema de salud francés y los problemas de la reforma de un sistema de salud en el cual varios intereses tienen influencia pero no la capacidad para modificar el sistema de salud en general. En noviembre de 1995, el gobierno reveló propuestas polémicas de reformas sanitarias que contribuyeron al descontento social de ese período. Estas reformas, que se convirtieron en ley en 1996, dieron una nueva función al Parlamento al fijar las metas para gastos de los profesionales de la salud e implantar mecanismos para controlar estos gastos. Se han establecido topes para los gastos que los médicos pueden realizar con los fondos de seguro de enfermedad, y los médicos pueden ser sancionados si exceden estos límites (International Healthcare News, febrero de 1997). Durante el segundo trimestre de 1997, estas reformas llevaron a prolongados conflictos laborales con los médicos principiantes (practicantes), que afirmaban que las medidas equivalían al racionamiento de la salud y estaban preocupados por las afectaciones repercusiones en sus ingresos futuros cuando comenzaran a ejercer la medicina después de su adiestramiento en los hospitales.

El control de la actividad de los médicos se reforzará mediante la introducción de una tarjeta médica personalizada a fin de evitar que los

pacientes consulten a varios médicos por el mismo problema. Los médicos franceses parecen estar adaptándose con renuencia a un sistema en el cual los pacientes seleccionan un médico general que los deriva a un especialista si es necesario (Dorozynski, 1998). Las reformas hospitalarias han incluido cambios en el sistema de planificación y en la composición de las juntas directivas de los hospitales públicos. El alcalde local ya no preside automáticamente la junta directiva, medida cuyo propósito es facilitar la reestructuración de los hospitales. Finalmente, se ha introducido un nuevo impuesto sobre los ingresos para reembolsar la deuda acumulada del sistema de seguridad social (OECD, 1997a).

El sistema de salud francés ha pasado por una serie de reformas que han tenido solamente repercusiones limitadas en las prácticas laborales. El empleo en el sector de la salud siguió aumentando rápidamente durante los años ochenta, en particular en el sector privado, que no estaba sujeto al sistema de presupuestos globales. Los trabajadores de salud están amparados por el código laboral de la administración pública, que evita la supresión de puestos y limita considerablemente la capacidad de los gerentes para modificar las prácticas laborales. Se está prestando más atención a la administración interna de los hospitales públicos para mejorar la comunicación y participación, a fin de facilitar la reestructuración. Es más, las reformas sanitarias recientes, al permitir que el Parlamento intervenga más directamente en el manejo del sistema de salud y al reglamentar más firmemente el ejercicio de la medicina, pueden conducir a más cambios de gran alcance en el sistema de salud. Esto es sin duda lo que piensan los sindicatos, que han predicho que se perderán 9.000 puestos de trabajo en los hospitales públicos debido a las mayores limitaciones presupuestarias (International Healthcare News, marzo de 1997). No obstante, en los últimos años los cambios más importantes en las condiciones de trabajo, en particular para el personal de enfermería, han sido consecuencia de conflictos laborales, independientemente de los sindicatos oficiales, que han llevado a concesiones del gobierno en cuanto a las remuneraciones y el horario de trabajo.

Alemania

El sistema de salud alemán tiene una estructura compleja, que refleja los principios del federalismo y corporativismo que han caracterizado la economía política alemana de posguerra. En un país federal dividido en 16 estados (Lander), es difícil para el gobierno federal innovar en materia de política sin el acuerdo del Lander. Muchas de las instituciones clave de los seguros y los hospitales del sistema de atención de salud se organizan al nivel de Land. El Estado ha delegado facultades legales en relación con los aspectos decisivos de la atención de salud a instituciones autónomas: los fondos de seguro de enfermedad en el lado adquisitivo y las asociaciones de médicos en el lado de los proveedores.

Se han tomado numerosas medidas para contener los gastos de atención de salud, con grandes reformas en 1989 y 1993 para evitar aumentos de las contribuciones al sistema de seguro de enfermedad obligatorio. Estas iniciativas fueron bien recibidas como importantes reformas, pero llevaron solamente a reducciones a corto plazo en el gasto en atención de salud y es bien sabido que se necesitan reformas de mayor alcance para estabilizar los grandes gastos en salud (OECD, 1997b). Con la tradición de la normativa basada en el consenso y la existencia de numerosos intereses opuestos ha resultado difícil realizar reformas fundamentales del sistema de salud.

El número de actores en el sistema de atención de salud y la delegación de atribuciones mediante un sistema de autorregulación han dificultado las reformas de la atención de salud a pesar de numerosas reformas increméntales (Schneider, 1994). El gasto en atención de salud ha subido de forma marcada durante los años noventa, alrededor del 10% del PIB, y aunque la incorporación del nuevo Lander explica en parte el aumento del gasto, no presenta el panorama completo y, por lo tanto, los intentos de contener el gasto siguen revistiendo suma importancia (OECD, 1997b).

A fines de 1992 se aprobó la Ley de reforma estructural de la atención de salud, que entró en vigor casi de inmediato. Esta ley introdujo cambios sustanciales en el financiamiento de los hospitales, introdu-

ciendo por primera vez presupuestos globales para cada hospital. En 1996 estos presupuestos fueron reemplazados por un sistema de financiamiento basado en la combinación de casos, que vincula el financiamiento más estrechamente al desempeño. Las reformas llevaron a restricciones presupuestarias para el sector ambulatorio, al eliminar la discreción de los fondos de seguro de enfermedad y las asociaciones de médicos para negociar el presupuesto regional, y limitaron el número de médicos que podían afiliarse a los fondos de seguro de enfermedad en cada especialidad. En vista de ello, muchos médicos se afiliaron a los fondos de seguro de enfermedad antes que esta medida se convirtiera en ley, lo cual redujo aún más los reembolsos de los servicios de los médicos. Finalmente, se propuso que, a partir de 1996, las personas aseguradas por los fondos tuvieran la oportunidad de cambiar el fondo al cual estaban afiliadas, a fin de estimular la competencia entre los fondos de seguro de enfermedad y aumentar su eficiencia (Schwartz and Busse, 1996).

Se han hecho intentos adicionales para estabilizar y bajar las tasas de contribución. El objetivo fundamental ha sido transformar la función pasiva de los fondos de seguro de enfermedad en entidades adquisitivas activas con incentivos para promover la eficiencia de los proveedores. Eso está resultando difícil. Otras medidas para reducir los costos de atención de salud, entre ellas que los médicos paguen los gastos en medicamentos que excedan de su presupuesto, han suscitado protestas de los médicos generales (Cooper-Makhorn, 1999).

El sistema de salud alemán ha pasado por numerosas reformas para contener costos, pero el sistema difuso de formulación de políticas y la estructura fragmentada han dificultado las reformas. Al suscitarse para la economía alemana los costos de la reunificación, preocupaciones por la competitividad y un desempleo creciente, se ha intensificado la urgencia de la necesidad de reformar aún más el sistema de atención de salud, y especialmente de reducir los cargos que pagan los empleadores. Sin embargo, ha resultado difícil ejecutar las reformas debido a los desacuerdos entre el Lander, el gobierno federal y los fondos de seguro de enfermedad y las diferencias entre los principales partidos gober-

nantes acerca de la mejor manera de reducir el gasto en atención de salud. Ha habido cambios limitados en las prácticas laborales, pero se está cuestionando cada vez más la posición relativamente privilegiada de los médicos, y la cantidad excesiva de médicos está erosionando su posición en el mercado laboral. Finalmente, con la introducción de los reembolsos vinculados al desempeño para los hospitales, se hace hincapié en una mejor contabilidad de costos y se presta más atención a la duración de la hospitalización, notándose el comienzo de un cambio hacia sistemas de remuneración de los proveedores basados en el mercado. No obstante, muchos sugieren que hasta que haya competencia entre los fondos de seguro de enfermedad y se conviertan en compradores genuinos de atención de salud, los cambios en el sistema de salud alemán seguirán siendo incrementales y desiguales.

Suecia

El sistema de atención de salud sueco se financia por medio de la tributación. Eso significa que su financiamiento, control e instalaciones están en manos del sector público. La atención de salud privada existe solo en medida limitada. La responsabilidad de los servicios de hospitalización y ambulatorios se ha descentralizado progresivamente y corresponde a los consejos locales de condado. La mayor parte del gasto se financia mediante los impuestos que cobran los consejos de condado. El resto del financiamiento proviene principalmente del gobierno central y se asigna con una fórmula basada en la población. Los honorarios que pagan los pacientes son un componente menor, de alrededor del 2%, aunque este elemento ha aumentado considerablemente durante los años noventa (Calltorp, 1996).

Los empleados del sector de la salud aumentaron junto con el crecimiento general en el gasto en atención de salud. El empleo en el sector pasó del 6,2% del total del empleo en 1970 al 9,9% en 1980, y debido a la crisis política y económica de la economía sueca la proporción permaneció prácticamente invariable hasta 1992 (Oxley and MacFarlan, 1995). Los empleados del sector de la salud aumentaron de 215.000 en 1970 a 387.000 en 1980 y luego aumentaron lentamente

hasta llegar a 420.000, para 1991. Más del 85% del personal de salud es femenino. Los datos más recientes indican que el personal de salud ha comenzado a estabilizarse y que en ciertos grupos, como los auxiliares de enfermería, ha disminuido (Swedish Association of Health Officers, 1997).

En los años ochenta, el sistema de salud sueco atravesó numerosas dificultades. El crecimiento económico más lento, combinado con el gasto médico ascendente, condujo a presiones para contener los gastos. Se intentó reducir el gasto en salud como porcentaje del PIB. Una forma obvia de reducir los costos ha sido reducir el personal, especialmente en el caso del personal auxiliar de enfermería en las localidades más importantes (Garpenby, 1995).

Se estaba presionando a los consejos de condado para que mejoraran su desempeño con respecto a los largos períodos de espera. Con ese fin dividieron las funciones de adquisición y suministro de atención de salud, aunque hay diferencias importantes en los arreglos realizados en cada consejo de condado como consecuencia del carácter sumamente descentralizado del sistema de salud. Una iniciativa de reforma bien conocida, el "modelo Dala", consiste en el establecimiento de un sistema de adquisición de servicios de atención primaria que se asemeja, en ciertos sentidos, al sistema de los médicos generales del Reino Unido con fondos a su cargo. También ha recibido mucha publicidad el modelo establecido por el Consejo del Condado de Estocolmo. Desde 1982, en vez de los presupuestos globales para los hospitales, se han encauzado recursos a las autoridades sanitarias locales que adquieren servicios de salud en nombre de su población, y todos están de acuerdo en que la productividad ha aumentado con la eliminación virtual de las listas de espera (Anell, 1995; Garpenby, 1995; Hakannson, 1994). Sin embargo, la medición de la productividad de los servicios de salud es compleja y varios factores pueden explicar este cambio, entre ellos la modificación de los incentivos económicos como resultado de las reformas, la presión sobre el personal para que trabaje mas en condiciones laborales desfavorables y las reducciones del personal.

El debate acerca de la atención de salud en Suecia ha conducido a muchos cambios en el sistema de atención de salud en años recientes, incluida la experimentación con sistemas de "mercados internos". En contraposición a las decisiones sumamente centralizadas, impuestas desde arriba, de países como Gran Bretaña, las iniciativas de reforma han sido diversas y "de abajo hacia arriba", y reflejan el programa de política de cada consejo de condado. Suecia ha logrado contener el gasto en atención de salud más eficazmente que muchos otros países europeos, pero es evidente que el personal de salud ha tenido que hacer frente a presiones presupuestarias y de eficiencia resultantes de la reestructuración de los servicios de salud suecos. Los grupos de personal bien organizados, como los médicos y el personal de enfermería, han tomado medidas laborales en respuesta a un ataque percibido contra sus condiciones de empleo, y la escasez periódica de personal médico y de enfermería ilustra los problemas de contratación, retención y desmoralización en el sistema de salud sueco. Es evidente, sin embargo, que las reformas orientadas al mercado no pueden abordar muchos de los problemas fundamentales del sistema de salud, como la necesidad de racionalizar la atención hospitalaria y las dificultades financieras continuas de muchos hospitales. Si estos temas se abordan por medio del mercado o, como parece más probable, mediante mecanismos de planificación, los resultados para el personal serán, en el mejor de los casos, inciertos.

La privatización

La reestructuración mundial y las presiones fiscales asociadas a la integración europea, sumadas a las presiones al alza del gasto del sector público, han llevado a los encargados de formular las políticas a iniciar importantes programas de reestructuración institucional y financiera. Una respuesta cada vez más común de los gobiernos ha sido usar formas de privatización para frenar el gasto y aumentar la eficiencia. La privatización consistía originalmente en la venta de activos estatales,

pero cada vez más significa la alineación del empleo y las prácticas de gestión con las prácticas del sector privado como consecuencia de la prestación privada de servicios públicos (Ferner, 1991; Rondinelli e Iacono, 1996).

Ha habido grandes diferencias entre los países en el alcance y el ritmo de la privatización. Gran Bretaña se sitúa en un extremo de la gama, y los partidarios de la privatización han recalcado la ideología del mercado más que en otros países. En Francia y Alemania ha habido una respuesta más limitada y pragmática a la privatización. En Suecia, las inquietudes por la carga tributaria creciente resultante de la ampliación del sector público llevó a una alianza implícita contra el sector público que fomentó experimentos con iniciativas de privatización (Ferner, 1994). Uno de los principales argumentos utilizados para justificar la privatización ha sido que las organizaciones públicas son inmunes a las presiones del mercado, lo cual conduce inevitablemente a un servicio ineficiente. Muchas reformas de servicios públicos se han centrado en la delegación de responsabilidades financieras a unidades empresariales más independientes a fin de que pueda medirse el desempeño y aumentar la responsabilidad (OECD, 1995b; Walsh, 1995).

La privatización ha resultado interesante para los gobiernos como medio para obtener ingresos adicionales y reducir el gasto público. En algunos países, como Gran Bretaña, la privatización ha sido apoyada por los gobiernos como un medio para abrir grandes mercados nuevos al sector privado. Muchas iniciativas de privatización partieron de la creencia de que el monopolio en la prestación de servicios ha dado demasiado poder a los sindicatos de empleados de servicios públicos. En el sector de la salud, la influencia de los médicos ha inhibido las iniciativas de privatización en la mayoría de los países, disminuyendo el margen para las reducciones de gastos. En consecuencia, el fortalecimiento de la función gerencial vinculada a los incentivos competitivos que fuerzan a los gerentes a administrar ha sido un aspecto importante del proceso de privatización.

Tres formas principales de privatización son particularmente pertinentes al sector de la salud. El primer enfoque incluye el apoyo del go-

bierno al crecimiento de los servicios de salud del sector privado. Este sector puede estar dividido entre la industria del seguro de enfermedad privado y la atención hospitalaria privada. La función del sector privado en la atención de salud varía mucho de un país a otro, pero ha habido una tendencia a un aumento de la atención privada (Van de Ven, 1996; WHO, 1996a). El crecimiento del sector privado puede conducir a diferentes condiciones de empleo entre los hospitales públicos y privados y tiene implicaciones para las prácticas laborales en los hospitales públicos.

Un segundo enfoque incluye la prestación privada de servicios públicos. La tercerización de los servicios por el Estado a empresas privadas es bien conocida y se ha considerado como parte integrante de la "Reinvención del Estado", en la cual las organizaciones públicas de servicios se concentran en su "actividad central" y tercerizan otras partes de su actividad (Osborne and Gaebler, 1992). Una variación en este enfoque consiste en que las organizaciones públicas de servicios prueben el mercado mediante un proceso de licitaciones públicas. Esto puede dar lugar a que los servicios se tercericen o sigan proporcionándose en la institución y a que los gerentes adopten el enfoque más eficaz en función de los costos. Finalmente, entre la tercerización y las licitaciones públicas hay una gama de posibilidades para alianzas entre los sectores público y privado.

Una tercera forma es el financiamiento privado de los servicios de salud. Se puede reducir el gasto público impulsando al sector privado a que financie proyectos de inversión del sector público. Desde el punto de vista de los ingresos, se puede lograr que las organizaciones de servicios de salud generen más ingresos propios aumentando la proporción de pacientes que pagan honorarios (aunque esto generalmente se reglamenta cuidadosamente) o diversificando sus actividades. En el plano individual se pueden privatizar los costos de los servicios de salud incrementando la parte de los costos que pagan los pacientes mediante un aumento en los cargos y la imposición de pagos nuevos.

El crecimiento de la atención hospitalaria privada

En los últimos años se ha modificado el carácter de los hospitales privados, con fusiones y adquisiciones que aumentan la prominencia de las empresas multinacionales de servicios de salud. La función del sector privado varía mucho de un país a otro. Los países con sistemas de salud nacionales, como Gran Bretaña y Suecia, por lo general tienen un sector privado relativamente pequeño, aunque eso no ocurre en Italia. En los países con sistemas de seguro de enfermedad, el sector privado ha sido más prominente, especialmente en el caso de Francia.

En Gran Bretaña, el sector de los hospitales privados creció rápidamente durante los años ochenta. Entre 1979 y 1996, el número de hospitales de agudos independientes en el Reino Unido aumentó de 150 (6.700 camas) a 224 (11.200 camas) (Laing and Buisson, 1996). El gobierno conservador promovió este crecimiento liberalizando las normas de planificación y dando instrucciones a los gerentes del NHS para que usaran los hospitales privados a fin de acortar la espera. Las reformas de los servicios de salud de 1990 y 1991 facilitaron el financiamiento público de los hospitales privados, ya que se permitió a las autoridades sanitarias que contrataran servicios privados para pacientes del NHS, aunque esta posibilidad se usó rara vez. Sin embargo, al permitir que las entidades autónomas del NHS actúen de una manera más comercial, estas reformas las impulsaron a ampliar sus actividades con pacientes particulares. Las entidades autónomas del NHS han creado unidades dedicadas exclusivamente a la atención privada que no solo generan ingresos adicionales, sino que también plantean una considerable amenaza para el sector independiente, que perdió una parte de su participación en el mercado frente al NHS (Laing and Buisson, 1996). Para fines de los años noventa, muchos hospitales privados atravesaban dificultades financieras debido al costo elevado del seguro médico privado, que alcanzó su punto máximo en el mercado en 1990 con unos 6,6 millones de afiliados (cerca del 10% de la población), y la promesa del gobierno laborista de reducir las listas de espera y eliminar el alivio tributario de las primas del seguro de enfermedad privado, ha exacerbado los problemas del sector privado (Timmins, 1998).

En Francia, los hospitales privados pueden operar sin fines de lucro o con fines de lucro. Algunos participan en el sistema de salud pública y están comprendidos en los presupuestos globales. Las limitaciones del financiamiento público de los hospitales con el sistema de presupuestos globales, que no existían en los hospitales privados con fines de lucro, permitieron la ampliación continua de este sector en los años ochenta (Huard et al., 1995). Esta situación cambió con las reformas hospitalarias de 1991. Las ganancias de este sector han sido decepcionantes y algunos establecimientos cerraron.

En Alemania también hay un sector importante de hospitales privados que representa casi la mitad de toda la atención hospitalaria. Este sector está formado por hospitales privados sin fines de lucro y una proporción más pequeña de hospitales con fines de lucro, a menudo pertenecientes a médicos. Ha habido una tendencia entre las autoridades locales a crear empresas privadas que son propietarias directas de hospitales públicos. Esto ha dado más flexibilidad en lo que se refiere al entorno salarial para los gerentes y algunos médicos clínicos. Los gerentes tienen nombramientos temporeros, en lugar de contratos de duración ilimitada (Hoffmeyer, 1994).

En Suecia hay relativamente pocos hospitales privados concentrados en las ciudades principales (Hort and Cohn, 1995). Igual que en Gran Bretaña, el sistema de competencia administrada ha permitido a los consejos de condado hacer mayor uso de establecimientos privados, tendencia que quizá haya sido reforzada por la garantía a los pacientes de que, para ciertos trastornos, serán atendidos en el plazo de tres meses (WHO, 1996b).

Aunque es difícil generalizar entre los países donde el tamaño y las funciones del sector hospitalario privado varían notablemente, cabe destacar dos temas. Primero, el crecimiento de los servicios de salud privados puede exacerbar las dificultades de la contratación y retención de personal en el sector de la salud pública. A pesar de las diferencias significativas entre países, grupos ocupacionales y ubicación geográfica, en toda evaluación de la escasez de personal se reconoce ampliamente que el sector de la salud es vulnerable a la escasez de personal calificado, como las enfermeras (véase Birhaye, 1994).

El crecimiento de la atención privada, que depende de la contratación de personal calificado y formado en el campo de la salud pública, representa una filtración de recursos de salud del sector público. Segundo, esta filtración puede intensificarse si el trabajo en el sector de la salud privado resulta más interesante para el personal profesional que el empleo en el sector público. En ciertos casos, eso se debe a la oportunidad de ganar sueldos más altos en el sector privado, pero aunque los sueldos de los sectores público y privado sean equivalentes, como en Gran Bretaña, los hospitales privados compiten por el personal profesional ofreciendo condiciones más flexibles de empleo, mejores establecimientos y un trabajo menos intensivo (Laing and Buisson, 1996).

La tercerización y las licitaciones públicas

Otra forma de privatización ha sido la tercerización de servicios de salud, a veces en combinación con un proceso de licitaciones públicas. En el sector de la salud, la tercerización de servicios hospitalarios, entre ellos limpieza, comidas y lavandería, se ha generalizado en Gran Bretaña y más recientemente en Francia, notándose cierto interés en Alemania (Fajertag, 1988; Mossé and Tchobanian, 1999). Otros servicios que se tercerizan son los de ambulancia y transporte, pruebas de patología y tecnología de la información.

El uso más sistemático de licitaciones públicas y tercerización se ha producido en Gran Bretaña. En 1983, las autoridades sanitarias recibieron instrucciones de poner a prueba la rentabilidad de sus servicios domésticos (de limpieza), de comidas y de lavandería mediante el uso de licitaciones públicas con contratos generalmente de tres años. Se dio instrucciones a las autoridades para que aceptaran la oferta más baja a menos que tuvieran “razones imperiosas” para proceder de otro modo. En el informe oficial Working for Patients (Department of Health, 1989), el gobierno conservador propuso la extensión de las licitaciones públicas a servicios clínicos tales como radiología y patología, pero no llegó a hacerlo obligatorio.

Ha habido grandes diferencias entre servicios y regiones geográficas en el grado de tercerización de servicios. Para los servicios domés-

ticos, 20% de los contratos han sido adjudicados al sector privado. Para los servicios de lavandería, 17% de los contratos han sido otorgados a contratistas, y en cuanto a los servicios de comidas, menos de 5% de los contratos han sido adjudicados a compañías privadas (Treasury, 1991).

La relativa escasez de servicios privados no ha reducido el impacto de la iniciativa de las licitaciones públicas. La amenaza de la tercerización ha demostrado ser suficientemente grande para la fuerza laboral como para conducir a cambios en las prácticas laborales y a una reducción sustancial del empleo en el NHS. Este proceso ha sido polémico: los críticos afirman que la mayoría de las reducciones de costos fueron producto de la pérdida de empleos, el deterioro de las remuneraciones y de las condiciones de trabajo y la intensificación del trabajo, especialmente, pero no solamente, cuando se adjudicaron contratos a organizaciones del sector privado. Aun en los casos en que se protegieron las escalas básicas de remuneraciones, el horario de trabajo a menudo se redujo, igual que las bonificaciones, los días feriados pagos y los días pagos de licencia por enfermedad. Estos resultados afectaron de forma desproporcionada a las trabajadoras; los contratistas privados rara vez aplican la política de igualdad de oportunidades que generalmente rige en el sector público (Winchester and Bach, 1999).

A pesar de los problemas emanados de la explotación de los empleados y la incertidumbre legal acerca de la aplicabilidad de las normas en materia de transferencia de compromisos (protección del empleo) (TUPE), las licitaciones públicas obligatorias tuvieron muchos partidarios entre los gerentes de servicios de instituciones públicas, quienes argumentaron que dichas licitaciones habían contribuido significativamente a la reforma de los métodos gerenciales y a la medición y el control del trabajo: algunos ahorros se debían a una auténtica mejora de la eficiencia, las normas de servicio eran más claras y se vigilaban, y se lograron mejoras en la calidad de los servicios (IRS, 1998). Sin embargo, persistieron ciertas ambivalencias. En particular, los gerentes de hospitales no apoyaban las licitaciones públicas ni la tercerización de servicios clínicos (IHG and Salomons Centre, 1995). Desde su triunfo electoral, el gobierno laborista ha revocado la obligatoriedad

de las licitaciones para servicios específicos y ha propuesto que todos los servicios estén sujetos a un examen periódico para asegurar su rentabilidad; o sea, deben fijarse metas para el desempeño, basadas en comparaciones con servicios similares privados y públicos, y vigilar su cumplimiento (IRS, 1998).

En la experiencia de otros países se destacan muchos de los mismos temas. En Alemania, ÖTV afirma que la tercerización ha resultado en pérdidas sustanciales de trabajos y una reducción del 30% en los ingresos. Lo mismo señalan los sindicatos franceses, y agregan que la tercerización de servicios socava la solidaridad sindical, ya que hay personas que trabajan codo a codo con diferentes condiciones de trabajo (Fajertag, 1988). En Suecia, la privatización del servicio de ambulancias en un consejo de condado condujo a reducciones de sueldos del 10 al 15% y a reducciones en los pagos de primas (Saltman and Van Otter, 1995).

Una tercera forma de privatizar los costos de los servicios de salud es el intento de los gobiernos de privatizar los costos de los establecimientos de salud. Este proceso está más avanzado en Gran Bretaña, con la iniciativa de financiamiento privado (PFI) lanzada por el gobierno conservador en 1992. Las entidades autónomas del NHS deben buscar financiamiento privado para grandes proyectos de capital, y varias compañías de construcción y administración de instalaciones han formado consorcios a fin de participar en licitaciones para la construcción de hospitales nuevos, que arriendan al NHS. Los consorcios del sector privado administran los servicios y contratan personal directamente, excepto el personal clínico, sistema que, en la práctica, extiende la tercerización de servicios a grandes sectores nuevos del sector público.

La iniciativa de PFI ha estado plagada de dificultades, pero el gobierno laborista apoya el principio del uso de fondos privados para financiar proyectos de servicios de salud, asegurando su continuación con una forma modificada. Los sindicatos han expresado su oposición al esquema de PFI debido a la preocupación por la posibilidad de que menoscabe las condiciones de trabajo y el carácter distintivo del servicio público al introducir valores del sector privado en la prestación de

servicios de salud (Suzman, 1995). Se teme que reduzca la representación sindical en el NHS, ya que muchas de las principales compañías de construcción y servicios se oponen al reconocimiento de los sindicatos en las negociaciones (Whitfield, 1996).

Análisis

En los últimos veinte años ha aumentado el papel del sector privado en los servicios y el financiamiento de los sistemas de salud. Eso refleja la preocupación por la "crisis fiscal" de los gobiernos y el peso de las críticas del derroche de los servicios de salud. Durante los años ochenta, la privatización se convirtió en la nueva ortodoxia. A pesar de que la aplicación de formas de privatización al sector de la salud es un asunto políticamente delicado, las iniciativas de privatización se han extendido a la mayoría de los países de Europa occidental, aunque el alcance y el ritmo de la privatización han variado considerablemente de un país a otro. A fines de los años noventa se intensificó el cuestionamiento de la utilidad de la privatización y se reconoció que la retórica de la privatización ha sobrepasado la realidad en cuanto a las iniciativas de política.

Cabe destacar dos aspectos. Primero, en los casos en que los servicios se han trasladado al sector privado, esto ha tenido repercusiones significativas en las condiciones de trabajo del personal, generalmente en menoscabo, aunque debemos reconocer que se trata de una generalización porque hay diferencias en la experiencia de diferentes grupos ocupacionales (y, desde luego, entre países). Aun cuando el servicio se ofrezca internamente, la iniciativa de las licitaciones públicas ha conducido a pérdidas sustanciales de empleos, la intensificación del trabajo y menos seguridad laboral para aquellos que conservan su trabajo, independientemente de si son empleados del sector público o del sector privado. Asimismo, en Gran Bretaña está cundiendo la preocupación, expresada más firmemente por el personal profesional, por la influencia de los valores comerciales en el sector de la atención de salud, que lleva a asignar prioridad a los indicadores financieros en detrimento de la atención del paciente. Paradójicamente, si las prácticas laborales re-

flejan en medida creciente las prácticas del sector privado, este proceso puede erosionar el compromiso de los trabajadores con el servicio público: a los trabajadores les dará igual si trabajan en el sector público o en el privado, lo cual tiene implicaciones importantes para la organización sindical y las prácticas gerenciales.

Segundo, no es evidente que la ampliación de los servicios privados conduzca a servicios de salud más rentables. A los gobiernos les conviene ampliar los servicios privados si sustituyen la atención pública y si los usuarios los pagan de forma directa o indirecta. Sin embargo, la ampliación de la atención privada tiene considerables implicaciones para los servicios públicos. La formación de profesionales de salud representa un costo considerable para el sector público, y la transferencia de este personal al sector privado implica un costo para el Estado y lleva a gastos de capacitación adicionales.

Prácticas laborales y condiciones de trabajo

El sector de la salud es importante en los países europeos y comprende cerca del 6% del empleo en estos países. En Suecia, la cifra llega al 10%. En todos estos países ha habido un aumento sustancial de la proporción de las personas empleadas en el sector de la salud desde los años setenta.

El sector de la salud es una fuente de trabajo muy importante para las mujeres, que a menudo trabajan a tiempo parcial y se concentran en los niveles inferiores de la jerarquía laboral, incluso en las ocupaciones en las cuales las mujeres son la mayoría de los empleados, como la enfermería. En consecuencia, hay un problema agudo de bajas remuneraciones. No obstante, el sector público también emplea una cantidad considerable de mujeres en puestos profesionales y gerenciales. Eso tiene importantes repercusiones en los sindicatos del sector público, entre cuyos afiliados hay muchas mujeres. En términos más generales, a pesar de que los sindicatos se encuentran en un período de reducción en la mayoría de los países, la cantidad de afiliados en los servicios de sa-

lud siguió siendo mucho mayor que en el sector privado y no ha estado sujeta al mismo grado de disminución.

Determinación de las remuneraciones

En toda Europa hay una extraordinaria diversidad en los sistemas de determinación de las remuneraciones del personal de servicios de salud. A menudo se aplican diferentes sistemas a distintos grupos ocupacionales, especialmente el personal médico. Con frecuencia, en los sistemas de determinación de las remuneraciones del personal de servicios de salud influyen en gran medida los arreglos que predominan en el sector privado. En consecuencia, en los países donde las negociaciones colectivas están arraigadas en el sector privado, son el modelo que predomina en el sector público. Más recientemente se han elogiado las técnicas asociadas al sector privado, como las remuneraciones vinculadas al desempeño, señalándose su aplicabilidad al sector público. Este panorama se complica con la importancia del sector privado de la salud en muchos países europeos, aunque también existe una fuerte influencia de los mecanismos de remuneraciones del sector público y en algunos casos se aplican las mismas convenciones que en el sector de los hospitales públicos.

Las negociaciones colectivas son el método predominante de determinación de las remuneraciones en el sector de la salud y están sumamente centralizadas en la mayoría de los países. Es menos común que los empleadores decidan unilateralmente las remuneraciones, aunque en Alemania la situación especial del Beamte le impide participar en un sistema formal de negociaciones colectivas, en tanto que en Francia la situación de las negociaciones colectivas es incierta debido al alcance de la reglamentación unilateral por el gobierno central. Las opciones frente a las negociaciones colectivas incluyen el uso del examen de terceros, como existe en Gran Bretaña para las enfermeras y los médicos.

Los gobiernos han tenido que hacer frente a las complejidades de la determinación de las remuneraciones en el sector de la salud, donde una fuerza laboral muy grande y diversa ha estado geográficamente dispersa en diferentes condiciones laborales de mercado y con diversos tipos

de contratos. Los sistemas centralizados e inflexibles de determinación de las remuneraciones en muchos países han sido insuficientemente sensibles a las reivindicaciones de determinados grupos ocupacionales, como las enfermeras, debido a efectos sustanciales en el costo que puede tener la escala de remuneraciones en el sector de la salud. Como las remuneraciones representan una proporción muy alta del gasto en servicios de salud, los gobiernos se han mostrado renuentes a aprobar aumentos generales de sueldos. En verdad, lo contrario ha sido más prevalente, y los intentos de limitar el gasto en salud han estado estrechamente relacionados con los intentos de los gobiernos de reducir el crecimiento de la nómina.

Frente a estas presiones contrarias, muchos países han realizado reformas sustanciales de la determinación de las remuneraciones en el sector de la salud, aunque esto se ha hecho de una manera poco sistemática y en respuesta a crisis políticas. Otra respuesta ha sido descentralizar la determinación de las remuneraciones a nivel regional o de empresa, dando mayor discreción a los gerentes con respecto a las remuneraciones en este nivel. También se ha experimentado con remuneraciones relacionadas al desempeño para promover el buen desenvolvimiento. Se ha recurrido también a suplementos especiales para facilitar el reclutamiento y la retención en un intento de evitar reformas generalizadas de los mecanismos de determinación de las remuneraciones.

Remuneraciones relacionadas con el mercado y con el mérito

Los intentos de controlar los costos generales de las remuneraciones se han sumado a las medidas para flexibilizar la nómina, a fin de orientar los aumentos de sueldo a las ocupaciones en las cuales escasea el personal: remuneraciones relacionadas con el mercado o con el desempeño (el mérito). Al individualizar la relación laboral, la introducción de las remuneraciones relacionadas con el mérito forma parte del proceso de delegar responsabilidades a los gerentes y apoyar su autoridad frente al personal profesional. Es más, cuando las remuneraciones de los gerentes están relacionadas con el mérito, los gerentes se muestran más receptivos a los sistemas de mando y control de gerentes de nivel más alto.

La proliferación de bonificaciones y suplementos especiales en el sector de la salud ha sido un mecanismo generalizado con al fin de:

> ...eludir los reglamentos estrictos de las remuneraciones en la administración pública, que han llevado a una escala de sueldos comparativamente baja y, por lo tanto, han provocado una grave escasez de personal. Las asignaciones de este tipo ofrecen una escapatoria con la cual los sueldos del sector público pueden ser más competitivos (ILO, 1992a: 45).

En Suecia se ha considerado como un mecanismo para superar la rigidez en el mercado laboral que ha dado lugar a pequeñas diferencias de sueldos entre las distintas ocupaciones, a pesar de las distintas condiciones laborales de oferta y demanda (Wise, 1993).

En la adopción de las remuneraciones relacionadas con el mercado tienen una fuerte influencia las condiciones predominantes del mercado laboral. En Gran Bretaña, a fines de los años ochenta, el Ministerio de Salud introdujo un esquema piloto de suplementos flexibles para los puestos difíciles de llenar. El órgano de examen de las remuneraciones del personal de enfermería expresó dudas acerca de la utilidad de los suplementos basados en el mercado, argumentando que redistribuirían el escaso personal en lugar de compensar la escasez general en el lado de la oferta y podrían convertirse en una opción fácil para una gestión deficiente (Thornley and Winchester, 1994). Posteriormente, debido a reformas más radicales de la determinación de las remuneraciones del personal de servicios de salud, se eliminó el sistema y los gerentes han estado ansiosos por simplificar el complejo sistema de adelantos y asignaciones que han proliferado en los servicios de salud.

En Francia, el sistema de hospitales públicos es una de las tres divisiones de la administración pública y está comprendido en la clasificación única de remuneraciones que abarca la totalidad de la administración pública. Existe el riesgo para el gobierno de que el cambio en la situación de un grupo ocupacional lleve a otros grupos a plantear reivindicaciones debido a que el sistema de clasificación laboral está interconectado. En consecuencia, el gobierno ha usado otras medidas para reforzar los niveles de sueldos, recurriendo a numerosas bonificacio-

nes, muchas de las cuales no están incluidas en las estadísticas oficiales (Meurs, 1996).

Se ha criticado con frecuencia la ausencia de una conexión entre las remuneraciones y el desempeño en los arreglos salariales de los servicios de salud y la falta consiguiente de incentivos para mejorar el desempeño. Se afirma que la introducción de un elemento de mérito impulsa al personal a mejorar el desempeño si se establece un nexo directo entre remuneraciones y desempeño, ofrece mayor flexibilidad en el uso de la nómina, complementa el uso de otras técnicas nuevas de gestión pública con la delegación de facultades gerenciales y una mayor rendición de cuentas por el desempeño, y contribuye al proceso de cambio institucional que se requiere frente a la privatización y las iniciativas de adopción de mecanismos de mercado.

Las remuneraciones relacionadas con el mérito se han extendido más en Gran Bretaña, aunque todavía se limitan casi exclusivamente al personal gerencial. Los gerentes fueron excluidos del sistema nacional de negociaciones colectivas, se abolió su sistema de aumentos anuales basados en la antigüedad y pasaron a trabajar con contratos de corto plazo (Seifert, 1992). Como parte de las reformas de los servicios de salud se crearon entidades autónomas del NHS, que podían establecer sus propias condiciones laborales, y algunas de ellas ofrecieron remuneraciones relacionadas con el mérito a los gerentes con una formación clínica. En estos esquemas se realizaban evaluaciones individuales sobre la base de los objetivos establecidos y se otorgaban aumentos por desempeño de hasta un 6% según la clasificación obtenida.

La Asociación Médica Británica se ha opuesto firmemente a un sistema de remuneraciones basadas en el mérito controlado por la gerencia, que considera como un medio para aumentar el control por la gerencia y subordinar el personal médico a un programa dominado por consideraciones financieras. No obstante, el personal médico superior (consultores de hospitales) tiene un sistema de premios para la “capacidad profesional sobresaliente”. Estos premios, agrupados en cuatro categorías, son adjudicados por un comité integrado en su mayoría por representantes de la profesión. Cerca de un tercio del personal médico

recibe un premio en algún momento de su carrera, y para los pocos que reciben el premio más alto, esto puede duplicar su sueldo (Moran and Wood, 1993). Desde 1990, después de grandes presiones, se incluye a gerentes en los comités de premios, y el sistema ha sido objeto de reformas adicionales.

En otros países ha habido cierto interés en el uso de las remuneraciones según el mérito en el sector de la salud, pero su aplicación ha sido aún más limitada. En Suecia, el sistema descentralizado de negociaciones para los servicios de salud ha brindado oportunidades para experimentar con sistemas de remuneraciones basadas en el mérito, pero su uso no se ha generalizado debido a las dificultades para medir objetivamente el desempeño y la renuencia a aplicar al sector de la salud los principios de las remuneraciones basadas en el mérito (Wise, 1993). En Francia ha habido más énfasis en las bonificaciones que en las remuneraciones basadas en el mérito, y en Alemania ha habido pocos cambios.

En Gran Bretaña se ha debatido ampliamente la eficacia de las remuneraciones basadas en el mérito. Primero, de acuerdo con los resultados de estudios realizados en otros servicios públicos (Marsden and Richardson, 1994), hay pocas pruebas de que las remuneraciones basadas en el mérito actúen como incentivo para el personal, y con frecuencia son un desincentivo. Eso se debe a la falta de un sistema de evaluación objetiva del desempeño que acompañe a la determinación de las remuneraciones según el mérito, lo cual lleva a juicios subjetivos y a la distribución de las remuneraciones de una manera injusta y arbitraria que puede reforzar los prejuicios de género (Staff Side, 1996).

Esta situación refleja un problema fundamental del uso de sistemas de remuneraciones basadas en el mérito en el sector de la salud: la falta de indicadores objetivos y cuantificables de la producción. En el NHS se han establecido indicadores del desempeño, pero se concentran casi exclusivamente en resultados cuantificables y descuidan los aspectos cualitativos, en particular la calidad del servicio. En un contexto de limitaciones presupuestarias, para las entidades autónomas del NHS ha sido difícil liberar suficientes recursos para recompensar debidamente el buen desempeño. Los recursos disponibles para aumentos por méri-

to se distribuyen entre un número considerable de empleados y representan una proporción pequeña de las remuneraciones individuales. Con frecuencia se realizan distribuciones forzadas, que frustran a los empleados que creen que merecen una clasificación más alta. Por consiguiente, no es sorprendente que muchos gerentes estén desilusionados con las remuneraciones basadas en el mérito y hayan criticado en particular la incapacidad de los sistemas de remuneraciones basadas en el mérito individual para recompensar el trabajo en equipo y el éxito institucional (Dawson et al., 1996). A pesar de su efecto limitado en el desempeño individual, para un hospital de una entidad autónoma el presupuesto para las remuneraciones por mérito representa un costo adicional sustancial. En vista de estas dificultades, muchas entidades autónomas han discontinuado su sistema de remuneraciones basadas en el mérito individual (Institute of Health Services Management, 1997).

A pesar de los problemas de las remuneraciones basadas en el mérito que existen en el NHS y que reflejan muchas de las dificultades notificadas en otros ámbitos del sector público (OECD, 1993), se sigue preconizando su uso, especialmente con el gobierno laborista entrante. Según Ferner (Ferner, 1991), esto refleja su valor simbólico al enviar la señal de que las organizaciones públicas pueden cambiar y emular las "prácticas óptimas" del sector privado.

Reforma de las negociaciones colectivas

Las negociaciones colectivas siguen siendo el método predominante de determinación de las remuneraciones en el sector de la salud, pero el nivel en el cual se realizan varía de un país a otro. En Gran Bretaña y Suecia ha habido una tendencia marcada hacia la negociación descentralizada de las remuneraciones, pero esto es mucho menos evidente en Francia y Alemania. Los cambios más radicales han ocurrido en Gran Bretaña con el establecimiento de las entidades autónomas del NHS, acompañadas de una tendencia a las negociaciones a nivel de entidades autónomas. Este cambio entrañaba la posibilidad de suprimir el sistema de convenios colectivos nacionales y socavó el papel de los órganos de examen para el personal de enfermería y los médicos. Las po-

líticas del gobierno ensalzaban las virtudes de un modelo diverso de remuneraciones y paquetes laborales por establecimiento que sería más sensible a las condiciones del mercado laboral local y a las necesidades institucionales. No obstante, a pesar del entusiasmo y el apoyo retórico de algunos gerentes con respecto a un cambio radical, el progreso hacia la determinación descentralizada de las remuneraciones ha sido lento y desigual (Bach and Winchester, 1994; Thornley, 1998).

Esta situación se explica en parte por las intervenciones de política inconsecuentes del gobierno central. Aunque había un énfasis en la delegación de las negociaciones sobre remuneraciones a las entidades autónomas, tropezaba con los límites del gasto público, y la sensibilidad política de las reformas sanitarias del gobierno conservador llevó a instrucciones ocultas del gobierno central acerca de los arreglos esperados con respecto a las remuneraciones. Es más, el control gubernamental de las remuneraciones en los servicios de salud se fortaleció a mediados de los años noventa con la congelación de sueldos y el requisito de que los gerentes de entidades autónomas financiaran los aumentos de sueldos mediante aumentos en la eficiencia.

Los requisitos institucionales para promover las negociaciones locales en materia de remuneraciones han estado en gran medida ausentes. Los gerentes del NHS han dado baja prioridad a la determinación local de las remuneraciones, frente a los urgentes problemas financieros y un programa complejo de cambio asociado a las reformas orientadas al mercado. Las entidades autónomas hospitalarias son organizaciones complejas que abarcan diversos grupos ocupacionales, a menudo en diferentes lugares de trabajo y con prácticas de relaciones laborales diferentes. Fruto de ello, los gerentes se enfrentan con una tarea formidable al tratar de determinar eficazmente las remuneraciones a nivel local.

La creación de entidades autónomas dio lugar a nuevas exigencias para el personal, en particular en lo que concierne a las remuneraciones y recompensas. El legado de las negociaciones nacionales significó que la pericia necesaria para la formulación de estrategias para las remuneraciones y recompensas estaba ausente a nivel local. Otro obstáculo pa-

ra los departamentos de personal era la falta de recursos y su incapacidad para asegurar que los temas de recursos humanos tuvieran relieve en las entidades autónomas del NHS (Bach, 1995).

Otro conjunto de obstáculos surge de la identidad ocupacional y las características del mercado laboral de las enfermeras y los médicos. Las asociaciones profesionales y los sindicatos han asignado máxima prioridad al mantenimiento de las estructuras nacionales de clasificación y remuneraciones. En su opinión, no solo definen las condiciones de empleo, sino que también crean expectativas con respecto a la carrera, influyen en los esquemas de movilidad y salvaguardan las normas profesionales del servicio. Brown y Rowthorne están de acuerdo:

> cabe prever que las negociaciones fragmentadas en cada servicio público lleve a una falta de uniformidad creciente en la calidad del servicio en toda la nación (1990:13).

El personal médico y de enfermería llevó a cabo campañas de gran relieve contra la determinación local de las remuneraciones en el NHS que han contribuido a la renuencia de los gerentes y ministros de gobierno locales a presionar para que las remuneraciones se determinen localmente. El personal médico en particular ha logrado persuadir al órgano de examen de las remuneraciones de que la determinación local de las remuneraciones no es apropiada para el personal médico.

La posición de las enfermeras y los médicos en el mercado de trabajo también es distintiva: se forman y trabajan predominantemente en el sector público, la demanda efectiva global depende de la asignación de recursos a los servicios de salud, y el poder casi monopsónico de los servicios de salud dicta en la práctica el “tipo de mercado” de las remuneraciones del personal de enfermería.

A pesar de estas dificultades, las entidades autónomas del NHS, previendo la desaparición del sistema nacional de negociaciones colectivas y ansiosas por mejorar la competitividad, perseveraron con las medidas para establecer las bases de un sistema de negociaciones de tipo empresarial. La mayoría de las entidades autónomas comenzaron a establecer una maquinaria local para las negociaciones colectivas: se han firmado nuevos convenios de reconocimiento, se han entablado

consultas y mecanismos de negociación, y se han reformado los procedimientos disciplinarios. Se llevaron a cabo intensas negociaciones a nivel de entidades autónomas, menos orientadas a las remuneraciones que a la negociación de cambios en las prácticas laborales y el examen de las condiciones de trabajo no vinculadas a las remuneraciones (IDS, 1996; IRS, 1996; Bach, 1998).

El gobierno laborista de 1997 se ha distanciado del compromiso ideológico de sus antecesores con la determinación de las remuneraciones a nivel de entidades autónomas, pero rechaza también un retorno a un sistema sumamente centralizado de determinación nacional de las remuneraciones. En cambio, procura establecer un nuevo marco nacional con margen para un alto grado de flexibilidad local (Department of Health, 1999).

El desarrollo desigual de las negociaciones descentralizadas sobre remuneraciones en el sector de la salud ilustra la complejidad de este proceso. Para los gobiernos hay una tensión entre la delegación de responsabilidad a los gerentes locales a fin de promover prácticas laborales flexibles y la ansiedad por mantener un control central estricto del gasto público. Los resultados han sido mixtos. En algunos países, como Dinamarca y Suecia, la descentralización ha redundado en beneficios en cuanto a remuneraciones y condiciones de trabajo para grupos tales como las enfermeras. En cambio, las evaluaciones de las remuneraciones locales en Gran Bretaña han sido en general negativas, en gran medida debido a los costos de transacción conexos. En vez de aplicar convenios nacionales sobre remuneraciones, cada entidad autónoma del NHS tuvo que establecer mecanismos locales para las remuneraciones y realizar negociaciones con respecto al elemento local. Algunas entidades autónomas fueron más allá y establecieron un escala de remuneraciones única para sus empleados. Eso requirió invariablemente una evaluación compleja, lenta y costosa. Los sindicalistas y muchos gerentes de entidades autónomas compartían la convicción de que las negociaciones locales sobre remuneraciones requerían un gasto sustancial y llevaban a pocos resultados tangibles (Staff Side, 1996).

Los sistemas de salud pública se basan en los valores de la solidaridad y la equidad, y los ministros de salud han reafirmado que estos principios deben guiar las reformas de los servicios de salud (WHO, 1996c). Las negociaciones descentralizadas sobre remuneraciones podrían amenazar estos principios, al promover remuneraciones y condiciones de trabajo diferentes entre entidades autónomas del NHS y grupos ocupacionales. Hay ganadores y perdedores (Elliot and Duffus, 1996). Para algunos grupos que tienen una influencia decisiva en el éxito de las entidades autónomas hospitalarias, como los médicos consultores, se han ofrecido incentivos económicos a fin de atraer al personal clave. Además de los peligros de los grandes saltos en las remuneraciones, estas prácticas refuerzan la jerarquía entre las entidades autónomas "con éxito" y "sin éxito", con la perspectiva de una espiral descendente para las segundas.

Para los sindicatos, la negociación descentralizada de las remuneraciones plantea un reto para las estructuras institucionales centralizadas propias del sistema nacional de determinación de las remuneraciones. Los sindicatos de los servicios de salud tienen poca experiencia con la negociación local de las remuneraciones y han invertido en gran medida en la capacitación de sindicalistas a tiempo completo y representantes que no son sindicalistas para esta tarea. Estos representantes tienen conflictos más frecuentes con los gerentes locales y tienen que hacer frente a una carga de trabajo mayor que podría desalentar la participación local de los sindicatos. Más importantes aún, a largo plazo, son las implicaciones de un paso del nivel nacional al nivel local en las relaciones laborales. La capacidad para influir en la política nacional se debilitaría con la descentralización de las negociaciones, que separa el nivel en el cual se formulan políticas del nivel en el cual se llevan a cabo las negociaciones.

Arreglos de trabajo flexibles

En un contexto de restricción del gasto público y reformas limitadas de los sistemas de determinación de las remuneraciones, muchos países han presenciado cambios de mucho mayor alcance en la compo-

sición de la fuerza laboral y en las prácticas laborales. Estos cambios reflejan la preocupación general de aumentar la eficiencia de la fuerza laboral, usar la mano de obra más eficazmente y reclutar y retener una mano de obra escasa.

El sector de la salud es una fuente de trabajo muy importante para las mujeres, que suelen trabajar a tiempo parcial. El crecimiento del empleo a tiempo parcial está vinculado a la participación creciente de las mujeres y, en términos generales, ha sido más rápido que el crecimiento del empleo a tiempo completo. La profesión de la enfermería tiene una proporción particularmente alta de mujeres que trabajan a tiempo parcial, aunque las definiciones de trabajo a tiempo parcial varían y pueden incluir una gran variedad de arreglos con respecto a las horas de trabajo. En Francia, el trabajo a tiempo parcial del personal de enfermería ha crecido rápidamente y ha habido un aumento significativo del personal que trabaja cuatro quintos del horario de tiempo completo, aumento que ha superado el de otras formas de trabajo a tiempo parcial (Piotet, 1994). En Gran Bretaña aproximadamente la mitad del personal enfermería trabaja a tiempo parcial.

Para las mujeres que tienen grandes dificultades para conciliar los compromisos domésticos y laborales, el trabajo a tiempo parcial puede ser, en el mejor de los casos, una opción atractiva o, en el peor de los casos, la opción menos mala. Sin embargo, los empleadores se muestran reacios a permitir que las mujeres, en particular las que ocupan cargos más altos, trabajen a tiempo parcial. Los datos de Gran Bretaña y Suecia indican que hay relativamente pocas oportunidades para las mujeres que quieran trabajar a tiempo parcial en altos cargos directivos y en la profesión médica (Dixon, 1996). Es más, los empleados posiblemente crean que el trabajo a tiempo parcial les perjudica profesionalmente. Aunque se están tomando medidas para tratar de mejorar la posición de las mujeres en los servicios de salud y promover políticas favorables para la familia, la existencia de una política oficial de igualdad de oportunidades no corresponde a la experiencia de las mujeres en los servicios de salud (Equal Opportunities Review, 1998).

Ha habido aumentos significativos del personal empleado con for-

mas más precarias de contratos laborales, especialmente contratos de plazo fijo y temporales, aunque las razones de estos aumentos varían de un país a otro. En Francia, desde 1986 el sector de los hospitales públicos está comprendido en la administración pública, lo cual impone grandes limitaciones a los empleadores en cuanto a la contratación, la selección, la remuneración y el despido de personal. Para superar la falta de flexibilidad de este sistema, los empleadores de hospitales públicos han estado contratando una proporción mayor de trabajadores que no son empleados públicos. Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados empleados con condiciones contractuales menos favorables que en algunos casos reciben un sueldo inferior al mínimo. Se calcula que hasta 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos están ocupados por trabajadores con una situación precaria (Meurs, 1996; Mossé and Tchobanian, 1999).

En Gran Bretaña, el personal temporal se ha usado tradicionalmente para dos finalidades principales. Primero, la mayoría de las entidades autónomas del NHS tienen un sistema de "bancos" de enfermeras para cubrir las ausencias o las vacantes. Segundo, se emplea personal de agencias del sector privado para las mismas finalidades. En años recientes ha surgido un mecanismo novedoso: los gerentes de entidades autónomas están usando más personal con contrato a corto plazo (Buchan, 1994). Lloyd y Seifert (1995) señalan que el mayor uso de personal de agencias y temporero está dando un carácter casual al trabajo. Eso podría reflejar la respuesta gerencial a las incertidumbres del financiamiento asociadas al sistema de contratos del mercado interno. Buchan no está de acuerdo con esta interpretación y argumenta que, para el personal de enfermería de las entidades autónomas de sus estudios de casos, las justificaciones principales señaladas por los gerentes para el uso de personal temporero eran las razones tradicionales de cubrir ausencias, reducir los costos de personal y manejar las fluctuaciones de corto plazo en la demanda de personal.

Reorganización del trabajo

Otra forma de flexibilidad se manifiesta en el cuestionamiento de las prácticas laborales actuales y de los límites entre grupos ocupacionales. En el sector de la salud se ha ido produciendo una división compleja del trabajo con un grado alto de especialización. Frente a las limitaciones presupuestarias y la escasez de personal en grupos ocupacionales específicos, los gerentes están empujando estos límites. Muchos de estos cambios toman como modelo prácticas laborales flexibles del sector privado. Por ejemplo, los consultores de gerencia de toda Europa han preconizado activamente formas de "atención centrada en el paciente", semejantes a la reconfiguración de procesos empresariales, en las cuales se insta a empleados con múltiples calificaciones a que realicen una amplia gama de tareas (Hurst, 1995; Rosleff and Lister, 1995).

Para los gerentes que reorganizan y reasignan las tareas del personal, es una opción atractiva reducir los costos de sueldos. En los servicios de salud de Gran Bretaña, los gerentes han buscado ahorros de costos mediante el "reperfilado" o combinación de grados, eufemismo frecuente que se refiere a la dilución de especialidades. La atención se ha centrado en la enfermería, donde los gerentes están alterando la composición y el despliegue de la fuerza laboral. Esto se promovió mediante la creación de un nuevo grado de "asistente de atención de salud" y la insistencia simbólicamente importante del órgano ejecutivo del NHS en que las remuneraciones y las condiciones de trabajo del nuevo grado deben excluirse de cualquiera de los arreglos nacionales en materia de remuneraciones y deben determinarse a nivel local.

El reperfilado es una opción atractiva, ya que permitió a los gerentes crear puestos fuera de los arreglos de demarcación tradicionales y de las condiciones de trabajo vigentes a nivel nacional. Los profesionales del NHS han sido relativamente inmunes a los cambios en el contenido y los límites del trabajo durante los últimos cuarenta años a pesar de los cambios importantes en la práctica médica. Las entidades autónomas del NHS, por consiguiente, están experimentando con la introducción de una gama de trabajadores "genéricos" que combinan varias

funciones que anteriormente estaban separadas, no solo en los pabellones de hospitales, sino también en las áreas de laboratorio y paramédicas.

Varios factores están influyendo en el grado y el ritmo del cambio. Primero, hay variaciones que dependen en parte en la postura de los empleadores y los sindicatos locales, en la medida en que los gerentes están sustituyendo el personal actual con asistentes de atención de salud y otros tipos de trabajadores de salud genéricos. Para los gerentes existe evidentemente el peligro de que los nuevos grados de personal complementen las categorías de personal actuales en lugar de reemplazarlas, como consecuencia del intento de los grupos profesionales de controlar el reperfilado. Segundo, los gerentes en Gran Bretaña, como en la mayoría de los países, están presionados para mejorar la calidad de los servicios públicos y reconocer explícitamente los derechos de los pacientes (WHO, 1996b). El reperfilado puede amenazar la calidad de la atención con el uso de personal menos calificado (Bagust, 1992), mensaje incómodo para los gerentes, que son conscientes de la necesidad tanto de mejorar la calidad de la atención como de reducir la nómina. Por consiguiente, no puede suponerse que la tendencia reciente a aumentar las enfermeras no tituladas en relación con las tituladas continuará con la misma fuerza. Por un lado, la escasez de personal puede promover el mayor uso de enfermeras no tituladas; por el otro, esta misma escasez podría ser exacerbada por las responsabilidades y el estrés adicional asociados al trabajo con enfermeras no tituladas.

Los gerentes no son los únicos que están cuestionando los límites ocupacionales y los modelos actuales de organización del trabajo. Las medidas laborales tomadas por el personal de enfermería de Gran Bretaña, Francia y Suecia indican que el personal de enfermería está descontento con su categoría baja y remuneración deficiente. Los cambios tecnológicos han aumentado las responsabilidades del personal de enfermería, pero su remuneración se ha quedado a la zaga. En Francia, las medidas laborales de las enfermeras en 1988 fueron desencadenadas por las propuestas de diluir las normas de ingreso a la profesión. Esto habría permitido a candidatos sin título de bachillerato presentarse a

exámenes para vacantes en las escuelas de enfermería. Este decreto, que fue rescindido, puso de relieve las inquietudes de las enfermeras con respecto a su situación, condiciones de trabajo y remuneraciones (Piotet, 1994). En Alemania se debate si se debe permitir que las enfermeras reciban capacitación en medicina suprimiendo el Abitur como requisito para los estudios de medicina (Karcher, 1995). Asimismo, existe una preocupación general por mejorar el ambiente de trabajo para el personal de enfermería.

Condiciones de trabajo

El ambiente de trabajo del sector de la salud se caracteriza por varios factores de riesgo. La Fundación Europea para el Mejoramiento de las Condiciones de Vida y de Trabajo (EFILWC) identificó tres factores principales de riesgo físico asociados al trabajo en los hospitales (EFILWC, 1995).

En primer lugar, figura la carga musculoesquelética. Los trabajadores de los hospitales están expuestos a posturas de trabajo difíciles, como torcerse, doblarse y arrodillarse, y tienen que cargar grandes pesos, como los pacientes, con frecuencia. Aunque se dispone de dispositivos para levantar objetos pesados, no siempre se usan, debido a su incomodidad o la renuencia de los pacientes y miembros del personal a usarlos. Resultado de ello, el dolor de espalda es común en el personal, y en particular, aunque no exclusivamente, en el personal de enfermería. Por ejemplo, La Fundación Europea cita un estudio de Francia en el cual 48% de las enfermeras se quejaron de dolor de espalda en un período de 12 meses, mientras que en un estudio realizado en Gran Bretaña el sindicato de servicios públicos Unison señaló que 26% de las enfermeras habían sufrido una lesión de la espalda en los 12 meses anteriores. En general se calcula que 80.000 padecen lesiones de la espalda cada año y 750 se ven obligadas a jubilarse anticipadamente (Labour Research, 1996a).

Otro factor de riesgo es los agentes biológicos. Este riesgo existe cuando los trabajadores de salud tienen contacto con pacientes y con sangre, generalmente por pinchazos accidentales y cortaduras con ob-

jetos filosos. De esta forma, los trabajadores pueden contraer infecciones por medio de sangre contaminada u otros microorganismos que pueden causar hepatitis B y otras enfermedades infecciosas. En muchos países los trabajadores de salud se vacunan contra la hepatitis B para reducir este factor de riesgo.

Un tercer riesgo surge de la gran variedad de sustancias químicas que se usan en los hospitales. Estas sustancias acarrean diversos riesgos para la salud. En particular, varias sustancias son carcinogénicas, mientras que otras son nocivas para la piel o el aparato respiratorio.

Otro conjunto de factores de riesgo surge de las características del ambiente de trabajo, especialmente el horario de trabajo prolongado y antisocial. Debido a la necesidad de proporcionar un servicio continuo, los hospitales recurren a diversos turnos que abarcan la mayor parte del personal de enfermería. Además, una proporción más pequeña del personal de enfermería trabaja permanentemente en turnos nocturnos: según la Fundación Europea, se trata del 10% de los trabajadores de los hospitales en Francia, 13% en Gran Bretaña y 38% en Alemania. Aunque en países como Francia las horas de trabajo se reducen a 35 por semana cuando se trabaja de noche, hay escepticismo acerca de la capacidad de los hospitales para cumplir este convenio, ya que el Ministerio de Salud ha dado instrucciones a los hospitales para que logren estas reducciones sin crear puestos nuevos.

Horas de trabajo

La intensificación del trabajo y el horario de trabajo prolongado pueden exacerbar las dificultades asociadas a un horario de trabajo antisocial. Aunque en la mayoría de los países una semana de trabajo estándar para el personal de servicios de salud comprende entre 35 y 39 horas (véase ILO, 1992a), estas cifras no reflejan las horas reales trabajadas, que varían según la ocupación y el grado. Hay razones para creer que la intensidad del trabajo del personal de los servicios de salud está aumentando. Primero, se está reduciendo la estadía de los pacientes en los hospitales y se están realizando más procedimientos sin hospitalización (Rosleff and Lister, 1995). Eso implica que los pacientes hospita-

lizados están más enfermos y más dependientes, lo cual crea presiones adicionales sobre el personal que los atiende. Segundo, en la mayoría de los países escasea el personal como consecuencia de una combinación de la escasez en el lado de la oferta y las dificultades de financiamiento, debido a las cuales se dejan puestos vacantes o se los suprime, intensificando el trabajo del personal restante. En Gran Bretaña, las encuestas anuales de enfermeras calificadas indican que el volumen de trabajo ha aumentado, el número de horas de sobretiempo no remunerado ha subido y al mismo tiempo el número de empleados permanece invariable (Seccombe and Patch, 1995; Nurses' Pay Review Body, 1996: para. 63). Lo mismo ocurre con los médicos principiantes (British Medical Association, 1996).

Un corolario de todo esto es la incidencia creciente de enfermedades relacionadas con el estrés en el personal de servicios de salud (EFILWC, 1995). En Gran Bretaña, el estrés era un importante motivo de preocupación para 71% de los representantes de seguridad del NHS encuestados y parecía ser especialmente prevalente en las personas que cuidan enfermos (Labour Research, 1996b). Muchas horas de trabajo y un volumen de trabajo pesado contribuyen al estrés en el lugar de trabajo y a problemas de salud. Aunque el trabajo de sobretiempo se reglamenta de diversas maneras, en muchos países se trabajan muchas horas de sobretiempo que tal vez excedan los límites reglamentarios. En Alemania, el Sindicato de Empleados Asalariados afirma que el sobretiempo trabajado por el personal de atención de salud equivale a 20.000 empleados adicionales a tiempo completo (ILO, 1992a). Los médicos principiantes son particularmente vulnerables a los largos períodos de sobretiempo. En Gran Bretaña, tras la preocupación creciente por la cantidad de horas trabajadas por los médicos principiantes se celebró un convenio en 1991, "El nuevo trato", a fin de reducir las horas de trabajo de los médicos principiantes a 83 horas por semana inicialmente y luego a 72 horas. Aunque las horas se han reducido, una encuesta realizada por la Asociación Médica Británica en noviembre de 1994 indicó que 23% de los médicos principiantes que fueron contratados trabajan más de 72 horas por semana (la meta de diciembre de

1994) y que 60% de los médicos estaban trabajando más horas que las contractuales, situación que persistió posteriormente (BMA, 1996). Las dificultades para reducir las horas de trabajo de los médicos principiantes se manifiestan en las dificultades para equipararlos con la directiva de la Unión Europea sobre horas de trabajo, que establece un máximo de 48 horas por semana para la mayoría de los empleados (Buckby, 1999). A los gobiernos europeos se les han dado trece años más para cumplir los reglamentos, para consternación del personal médico.

Conclusiones

En el período de posguerra, los sistemas de salud de toda Europa experimentaron un crecimiento rápido y la cantidad de personas empleadas en el sector de la salud sobrepasó el crecimiento de la población en la mayoría de los países. Las relaciones laborales compartieron muchas de las características del empleo en la administración pública: gran seguridad laboral, sistemas nacionales de determinación de las remuneraciones, función gerencial subdesarrollada, densidad sindical relativamente alta y pocas medidas de fuerza laborales. Esta situación comenzó a cambiar en los años setenta. No transcurrió mucho tiempo hasta que un clima económico más severo amenazara el consenso acerca de la contribución del Estado de bienestar al crecimiento económico y la solidaridad social. Estas inquietudes han llevado a los encargados de formular las políticas a pedir grandes reducciones del gasto de los sectores públicos, en particular de los servicios que hacen uso intensivo de mano de obra, como la atención de salud, que han eludido continuamente los intentos de frenar los costos.

En los años noventa se ha vuelto un axioma reconocer que la mayoría de los países están tratando de reformar sus sistemas de salud para contener los costos (Altenstetter and Bjorkman, 1997; Saltman et al., 1998), pero hay diferencias entre los países en cuanto a las estrategias de reforma que utilizan y en el desenlace que estas medidas están teniendo en el personal de salud. En la bibliografía creciente sobre la re-

forma de los servicios de salud se presta poca atención al desenvolvimiento de estas políticas en la fuerza laboral. Esto constituye una grave omisión que podría reflejar las preocupaciones fiscales y normativas de los gobiernos y de los especialistas en economía sanitaria que los asesoran. A pesar de las diferencias entre países, es indiscutible que en un sector que hace uso intensivo de mano de obra como la atención de salud, los empleados son quienes se han visto más afectados por las iniciativas de reestructuración y se enfrentan con una variedad de presiones contrarias. Los pacientes esperan recibir servicios de calidad cada vez mejor y los gobiernos esperan una mayor eficacia en función de los costos. En muchos países, esto ha llevado a los gerentes a cuestionar las prácticas y la autonomía profesional del personal de servicios de salud.

Las repercusiones en los empleados han sido predominantemente negativas, aunque hay grandes diferencias entre países y dentro de ellos en lo que concierne al alcance en la fuerza laboral. Gran Bretaña se encuentra en un extremo de la gama de políticas, con cambios radicales en el financiamiento y la organización de la atención de salud y formas de privatización, aunque los componentes más ideológicos de estas reformas están siendo modificados por el gobierno laborista elegido en 1997. Los empleados de servicios de salud se han enfrentado una reestructuración continua deducida de las reformas orientadas al mercado y con la intensificación de su trabajo, así como una situación laboral más precaria y pérdida de puestos de trabajo. En muchos otros países se están produciendo algunos desenlaces, y cabe prever que, a medida que se intensifique el ritmo de la reestructuración, estos efectos se volverán más generalizados.

El personal de los servicios de salud ha respondido a estas amenazas a las condiciones de trabajo, aunque sus acciones han sido esencialmente defensivas, puesto que los sindicatos han tratado de limitar las restricciones presupuestarias en sus afiliados. El personal del sector de la salud de muchos países ha amenazado con tomar medidas laborales. En Gran Bretaña, el descontento con la reforma del NHS y la insistencia del gobierno en que los gerentes de las entidades autónomas negocien las remuneraciones localmente llevaron a varios sindicatos profe-

sionales, en particular el Real Colegio de Enfermería, a actuar para que se suprimiera la prohibición de las medidas de fuerza, y en varias entidades autónomas se han tomado medidas localizadas en respuesta a iniciativas específicas en materia de supresión de puestos y privatización. Durante los últimos años, en Francia y Alemania el personal médico se ha opuesto a las limitaciones presupuestarias y se ha unido para combatir el racionamiento de atención de salud. En Suecia, las grandes reducciones de costos han desencadenado medidas de fuerza, principalmente por el personal de enfermería.

Las medidas laborales han demorado las restricciones presupuestarias, en vez de suprimirlas, pero plantean desafíos a más largo plazo para el sector de la salud. En un sector que ha enfrentado continuamente la escasez en la contratación y retención de personal profesional, los enfrentamientos públicos con el personal médico y de enfermería podrían exacerbar la escasez de personal profesional. La reestructuración de servicios de salud ha agudizado la desmoralización que prevalece en gran parte del sector de la salud, que podría tener consecuencias perjudiciales para la calidad de la atención de los pacientes. Es necesario lograr el equilibrio entre la reglamentación necesaria y la responsabilización del personal profesional a fin de proporcionar servicios eficaces en función de los costos y tener en cuenta las inquietudes legítimas de los profesionales de la salud con respecto a la erosión de sus condiciones de trabajo y autonomía profesional.

Estos cambios han traído aparejada una erosión del carácter distintivo del servicio al público con la introducción de valores comerciales en el sector de la salud derivadas de la privatización y las iniciativas de orientación al mercado. Este proceso tiene consecuencias impredecibles, y los gerentes responden a las señales del mercado de una manera contraria a las finalidades de la atención de salud con una orientación social. En un estudio de la OMS se formulan estas observaciones:

> Las desventajas de la privatización son, considerables. La gestión privada y las inversiones de capital requieren retornos financieros compatibles con aquellos que se pueden obtener en

> los mercados en otros sectores de la economía. Las presiones para lograr estos retornos pueden llevar a un abandono del carácter social de los servicios de salud y a la discriminación intencional contra los enfermos y otros grupos vulnerables que requieren atención (WHO, 1996a:12).

Aunque para los gobiernos algunas de estas políticas tal vez hayan sido útiles como catalizadoras para cambiar las prácticas laborales y de remuneración, hay dudas acerca de la medida en que la orientación al mercado y un mayor papel del sector privado facilitarán una reestructuración eficaz de los servicios de salud. Los complejos sistemas de competencia administrada como los que existen en Gran Bretaña han aumentado los costos administrativos de la atención de salud y han conducido a un aumento masivo del número de gerentes y su remuneración. En Francia se considera que la función del extenso sector privado de atención de salud y el modelo fragmentado han contribuido al alto gasto.

En una reunión de ministros de salud de Europa auspiciada por la Organización Mundial de la Salud se llegó a un acuerdo sobre varios principios para la reforma de los servicios de salud, entre ellos el énfasis en la calidad, el financiamiento sólido y la reorientación de los recursos humanos en los sistemas de salud (WHO, 1996a). En este documento se ha mostrado que todavía queda mucho por hacer para aplicar estos principios en la práctica y que es más probable que el ritmo de la reestructuración de los sistemas de salud se intensifique durante los años noventa, desplazando a muchos empleados de los servicios de salud en un proceso acelerado de reestructuración.

Anexo 1

Organización Panamericana de la Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Ministerio de Salud de Chile
División de Desarrollo de Recursos Humanos

Observatorio de Recursos Humanos
en las reformas sectoriales de Salud

Reunión de Constitución
Santiago, 9-11 de junio, 1999
Hotel El Director, Vitacura 3600, Santiago

1- INTRODUCCION

Las reformas sectoriales que vienen implementándose casi todos los países de América Latina y el Caribe están generando rápidos e importantes cambios en el desarrollo de los recursos humanos de Salud, con implicaciones que afectan las relaciones sociales y laborales al interior de los servicios, el desempeño del personal y la calidad de los servicios que se entregan a la población. Sin embargo, muchos de estos cambios no son bien conocidos o comprendidos, Sucede que las decisiones de política o de gestión de los procesos educacionales, laborales o los modos de intervención que se asumen, por lo común, no se basan en adecuadas y oportunas informaciones y conocimientos de la situación a enfrentar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han identificado esta situación como una de las áreas críticas para el logro de objetivos trascendentes de las reformas como la equidad en la atención, la calidad del servicio o la eficiencia de las prestaciones, asi como para la generación de condiciones de viabilidad y sostenibilidad de las propias reformas. A partir de la reunión regional sobre "El recurso humano, factor crítico de las reformas de Salud" realizada en Costa Rica (diciembre, 1997), se propuso construir una red institucional de estudio, colaboración y diseminación de inteligencia para apoyar las decisiones de politica de recursos humanos en las reformas, que se denomina Observatorio de Recursos Humanos.

Con el apoyo del Ministerio de Salud de Chile, de la Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID) y la entusiasta participación de ocho países de la región que adhieren inicialmente al Observatorio, se celebrará en Santiago de Chile, del 9 al 11 de junio de 1999, la reunión de constitución de esta importante iniciativa.

2- OBJETIVOS

- Constituir la Red internacional e interinstitucional de soporte al Observatorio de recursos humanos en las RSS
- Analizar la situación del desarrollo de los recursos humanos en el marco de las RSS en los ocho países que inician el Observatorio
- Formulación de un plan de acción para el periodo 1999-2000 en cada país y a nivel regional

3- PARTICIPANTES

- Funcionarios de Ministerios de Salud, instituciones de Seguridad Social, instituciones académicas , representantes de asociaciones profesionales y gremiales y de diversos actores colectivos de los ocho países participantes
- Expertos internacionales invitados
- Funcionarios de organismos internacionales invitados
- Consultores de la OPS/OMS, CEPAL y OIT

4- PROGRAMA

Miércoles 9 de junio

8.30 Inauguración, por autoridades nacionales y de OPS/OMS
9.00 Objetivos, organización y dinámica de la reunión
9.15 *Presentación*
Tendencias de las reformas sectoriales y situación de las políticas de desarrollo de Recursos Humanos en América Latina y el Caribe
Daniel López Acuña
Comentarios
Dra. María Soledad Barría (Chile)
Dr. Augusto Meloni (Perú)
Dra. Xinia Carbajal (Costa Rica)
10.45 Receso

11.00 *Panel:* **Una perspectiva internacional de la situación de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud**
Coordina: Dr. Rodrigo A. Barahona
Panelistas:
Dr. Stephen Bach (U. de Warwick, Gran Bretaña) y
Dra. Dominique Egger (OMS-Ginebra)
Discusión

12.30 Receso

14.30 *Mesa redonda*:
El observatorio de Recursos Humanos en las RSS
Presentación de la propuesta y contribución institucional
Dr. Pedro Brito (OPS),
Lic. Francisco León (CEPAL),
Lic. Daniel Martínez (OIT)
Discusión

16.00 Receso

16.30 *Panel.***La Red de soporte al Observatorio: aspectos organizacionales y condiciones de su desarrollo**
Coordina:
Dra. Reina Roa
Dr. Luiz Cordoni Jr. (Brasil)
Dr. Rodrigo Carabantes (Chile)
Dra. Mónica Padilla (Ecuador)
Dr. José E. San Esteban (México)
Discusión

18.30 Cierre de la jornada

Jueves 10 de junio

8.30 **Análisis de la situación de los Recursos Humanos en las RSS en 8 países de América Latina y el Caribe**
Panel 1:
Brasil, Costa Rica, Chile y Ecuador
Discusión

10.30 Receso
11.00 *Panel 2:* Jamaica, Panamá Perú y México
Discusión
13.00 Receso
14.30 *Panel:* La experiencia del Observatorio en Chile
(toda la tarde)
Dra. María S. Barria y equipo
17.30 Cierre de la jornada

Viernes 11 de junio

8.30 *Mesa redonda:* **Presentación de una contribución del Observatorio: tres instrumentos de apoyo al análisis de la situación de los Recursos Humanos**
Coordina: Dr. Pedro Brito
Marco referencial: principales problemas de los recursos humanos en las RRSS , según presentación de los ocho países, y contribución de los instrumentos
Dra. Marta Novick
Dr. Pedro Galín
Dr. Mario Dal Poz
Discusión
10.30 Receso
11.00 *Trabajo de grupos nacionales:*
Elaboración de planes de acción nacionales y propuesta regional del Observatorio: 1999-2000
12.30 Receso
14.30 **Reunión grupo de consolidación de un plan regional (un representante por país, OPS, CEPAL y OIT)**
16.00 Receso
16.30 **Presentación de Plan de Trabajo 1999-2000 del Observatorio**
17.30 *Plenaria final:*
Constitución del Observatorio y cierre de la reunión

Anexo 2

LISTA DE PARTICIPANTES INVITADOS A LA REUNIÓN DEL OBSERVATORIO

SANTIAGO, CHILE 9-11 JUNIO 1999

ARGENTINA

Dr. Pedro Galín
Consultor OPS/OMS
Salguero 2549-3-C 1425
Bs. Aires, Argentina
Teléfono fax: (541) 4802-5776
e-mail: ipgalin@mail.retina.ar

BRASIL

Dr. Francisco Campos
Coordinador NESCON/UFMG
Av. Alfredo Balena, 190
Mato Grosso
Teléfono: (55-31) 2716664
Fax: (55-31) 2736309
e-mail:
camposfr@medicina.ufmg.br

Dr. Luiz Cordoni Jr.
Coordinador de Desenvolvimiento de RR.HH.
Ministerio de Salud de Brasil
Esplanada dos Ministérios, Blanco G, Sala 326
Brasilia, Brasil
Teléfono (55-61) 3152308
Fax: (55-61) 3152862
e-mail: rhsus@saude.gov.br

Dr. Mario Roberto Dal Poz
Vice Director
Instituto Medicina Social.
Universidad Do Estado do Rio de Janeiro
Rua Sâo Francisco Xavier, 524/3001-D
Río de Janeiro- RJ
Teléfono (55-21) 5877303
Fax: (55-21) 2641142
e-mail: dalpozm@uerj.br

Dr. Sábado Nicolau Girardi
Pesquisador NESCON/UFMG
Responsable técnico del proyecto: Estacao de Captacao de Sinais Dos Mercados de Trabalho em Saude
Av. Carandaí 344/301
Funcionarios-BHTE
Mato Grosso
Teléfono: (55-21) 27166644
e-mail: girardis@metalink.com.br

Dr. José Paranaguá de Santana
Consultor de DRH,OPS/OMS
SEN Lote 19
Teléfono (55-61) 3126540
Fax: (55-61) 3211922
e-mail:
paranagua@bra.ops-oms.org

Dra. Thereza Chistina Varella
Profesora Asistente
Universidade do Estado do Río de Janeiro
Maraacaná, Rio de Janeiro, R. São Francisco Xavier
524/BLD 7° andar
Teléfono: (55-21) 5877303
Fax: (55-21) 2641142
e-mail: varella@ims.uerj.br

COSTA RICA

Dra.Xinia Carvajal
Vice-Ministro de Salud
Ministro de Salud
Despacho Nivel Central San José
Teléfono: (506) 2224018
Fax: (506) 2237411
e-mail: xcarvaja@netsalud.sa.cr

Carlos Rosales
Consultor HSR, OPS/OMS
Teléfono: (506) 2338878
Fax: (506) 2338061
e-mail: rosalesc@cor.ops-oms.org

Dr. Orlando Urroz Torres
Coordinador-Asesor programa
Sectorial Calidad
Ministerio de Salud
Frente Emergencias Hospital de
Niños – P.4°
Edificio Julia
Teléfono: (506) 22188382
Fax: (506) 2237411
e-mail: xcarvaja@netsalud.sa.cr

ECUADOR

Dr. Edison Aguilar
División de Atención Médica y
Odontológica
Instituto Ecuatoriano Seguridad
Social (IESS0
Ed.Parque Mayo Estrada y Av. 10
Agosto Piso 6
Quito, Ecuador
Teléfono: (593-2) 528955
e-mail: labaxxis@uio.satnet.net

Dr. Edmundo Granda
Profesional Nacional RR.HH.,
OPS/OMS
San Javier N° 295 y Orellana
Teléfono: (593-2) 222330
Fax: (593-2) 502830
e-mail: sgranda@ibm.net

Dra. Mónica Padilla
Directora Nacional de
C omportamiento Organizacional,
Ministerio de Salud
Juan Larrea N° 444
Teléfono-Fax: (593-2) 528883
e-mil: modersa@msp-modersa.com

Dr. Julio Suárez
Asesor en Desarrollo de Sistemas y
Servicios de Salud, OPS/OMS
San Javier N° 296 y Orellana
Teléfono: (593-2) 222330
Fax: (593-2) 502830
e-mail: jsuarez@opsecu.org.ec

CHILE

Silvia Aguilar Torres
Presidenta Nacional Colegio
Técnicos Paramédicos Chile, A. G.
Huerfanos 1492, of. 22
Teléfono: 6952820
Fax: 6996032
e-mail: ctpdechile@maxmail

Ana María Albornoz
Gerente Asociación Clínicas
Privadas
Don Carlos 3187, of. D, Las
Condes
Teléfono Fax: 2466541
e-mail: aquaclin@entelchile.net

Maria Isabel Aldunce Ide
Docente Escuela Enfermería
Pontificia Universidad Catolica
Vicuña Mackenna 4686, Macul
Teléfono: 6865831
Fax: 6865843
e-mail: marisaldunce@yahoo.com

Juan Carlos Alfaro Torres
Dirigente Nacional
Colegio Técnicos Paramédicos de Chile A.G.
Huérfanos 1492, Oficina 22
Teléfono: 6952820
Fax: 6996032
e-mail: jucats@mixmail.com

Osvaldo Artaza
Secretario Ejecutivo FUNDARED
Antonio Varas 360, Providencia
Teléfono: 09/5335204
Fax: 2360584
e-mail: oartaza@reuna.cl

Paula Barría C.
Docente Escuela Ingenieria Comercial
Univesidad Católica Blas Canas
General Jofré 386
Teléfono: 4601116
Fax: 6351272

Dra. María Soledad Barría I.
Jefe División Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.2
Teléfono: 6300345
Fax: 6333228
e-mail: mbarria@pasteur.minsal.cl

Dr. Francisco Bayo V.
Medico Cirujano
ISAPRES-Municipalidad de Cerrillos
Colina Miravalle 9729, Las Condes
Teléfono: 2204070-09/8202825
Fax: 2204070

Dr. Miguel Bravo
Presidente Salud Pública,
Consejero Nacional
Colegio Cirujano Dentistas
Av. Santa Maria 1990, Providencia
Teléfono: 3660327
Fax: 2321744

Dra. Beatriz Bueno E.
Presidenta
Sociedad Chilena de Administración en Atención Médica y Hospitalaria
J.J. Vallejos l401, C-23
Teléfono: 09/2278466
Fax: 5563211

Dr. Jorge Carabantes
Jefe Depto. Formación, Pefeccionamiento y Regulación
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541
Teléfono: 6300345
e-mail: jcaraban@minsal.cl

Rodrigo Caravantes Fuentes
Jefe Dpto. Desarrollo Laboral
Ministerio de Salud
Monjitas 689, P.5
Teléfono: 6300608
Fax: 6300609
e-mail: jecabeza@minsal.cl

Nydia Contardo G.
Profesional División Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.2
Teléfono: 6300347
Fax: 6333228
e-mail: mbascoli@minsal.cl

Gladys Corral N.
Presidenta Colegio de Enfermeras
Miraflores 563
Teléfono fax: 6398556

Nelly Chang H.
Directora Escuela de Obstetricia,
Facultad
Medicina, Universidad de Chile
Gran Avenida Jose M. Carrera
3100, San Miguel
Teléfono: 5518909
Fax: 5510174
e-mail: esobsces@mail.uchile.cl

Daniel del Río B.
Profesional Universitario
Depto. Formación,
Perfeccionamiento y
Regulacion, Ministerio de Salud
Mac-Iver N° 541, P. 2 of. 208
Teléfono: 6300348
Fax: 6333228
e-mail: ddelrio@minsal.cl

Juan Díaz S.
Presidente Federacón Nacional de
Profesionales de Servicios de Salud
(FENPRUSS)
Agustinas 611, Depto. 74
Teléfono Fax: 6593005_6338707
e-mail: fenpruss@entelchile.net

Dra. Olaya Fernández F.
Jefe Depto. Odontológico
Ministerio de Salud
Mac-Iver 54l
Teléfono: 6300320
Fax: 6300325

Dr. Juan Giaconi G.
Médico Contralor
Asociación Chilena de Seguridad
Av. Vicuña Mackenna 152
Teléfono: 6852259
Fax: 2471117

Miguel Angel Gonzales
Jefe Programa del Adolescente
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.4
Teléfono: 6300477-6300500
e-mail:
mgonzale@pasteur.minsal.cl

Manuel Guerra U.
Asesor Jefatura de División de
Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Mac-iver 541, P2, of. 207
Teléfono: 6300347
Fax: 6333228
e-mail: mguerra@minsal.cl

María Eliana Gutiérrez
Profesional Universitaria
Depto. Gestión y Desarrollo de
Recursos
Humanos, Ministerio de Salud
Monjitas 689, P.5, of. 58
Teléfono: 6300612
Fax: 6300603

Mario Hinostroza M.
Jefe Depto. Gestión y Desarrollo de
Recursos
Humanaos, Ministerio de Salud
Monjitas 689, P. 5, of. 58
Teléfono: 6300618-619
Fax: 6300603

Roberto Inzunza L.
Asesor Depto. Gestión y Desarrollo Recursos Humanos. Ministerio de Salud
Monjitas 689, P.5, of. 58
Teléfono: 6300618
Fax: 6300603
e-mail: rinzunza@cv.cl

Dr. Alfredo Jadresic V.
Profesor Titular de Medicina
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Hospital San Juan de Dios
Teléfono: 2731221
Fax: 2731221

Veronica Jofré B.
Enfermera Jefe Hospital, Mutual de Seguridad
Cámara Chilena de la Construcción
Alameda 4884
Teléfono: 6775287
Fax: 7760743:

Leticia Lorenzetti S.
Presidenta Nacional
Colegio Matronas de Chile
Phillips 15, P.6, Depto. l
Teléfono: 6382900
Fax: 6395300

Luis Antonio Loyola
Consultor OPS/OMS en Chile
Providencia 1017
Teléfono: 2649300
Fax: 2649311
e-mail: loyola@chi.ops-oms.org

Paulina Macaya N.
Jefe Subdepto. Recursos Humanos
Instituto Salud Pública
Av. Maraton 1000, Nunoa
Teléfono: 3507204

Sandra Madrid, Epidemióloga
División Atención Primaria
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.6
Teléfono: 6300627
Fax: 6397862
e-mail: smadrid@pasteur.minsal.cl

Claudio Manríquez C.
Coordinador Atencion Primaria de Salud
Universidad de Chile
Av. 11 Setiembre 1945, Of. 513
Telefono: 2443467
Fax: 2443467
e-mail: gesalud@latinmail.com

Dr. Francisco Mardones Restat
Decano Facultad Cienciaa Médicas
Universidad de Santiago
Alameda 3363
Télefono: 2235206-6811185
Fax: 6819052
e-mail: fmardone@lauca.usach.cl

Ana María Martino B.
Jefe Académica Carrera Enfermería Universitaria
ENAC de Caritas Chile
Alameda 2182
Teléfono: 6985729-6958203-6988714
Fax: 6985729-6988414

Dr. Esteban Maturana
Presidente
Confederación Nacional Funcionarios Salud Municipalizada
Ejército 591
Teléfono fax: 6988908
e-mail: confusam@entelchile.net

Dr. Joaquín Montero
Jefe Dpto. Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile
Marcoleta 347
Teléfono 6863030
Fax: 6339820
e-mail: jmontero@med.puc.cl

Juan Muñoz O.
Coordinador Administrativo Ley Médica
Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.2
Teléfono 6300333
Fax: 6300603

Rosa E. Oyarce
Directora Nacional
Colegio Tecnólogos Médicos
José Miguel De la Barra 380, Dep 405
Tel: 6383032
Fax: 6384752

Víctor Quezada P.
Presidente
Federación Nacional Sindicatos Salud Privada
Vicuña Mackenna 152, Providencia
Teléfono 6852113
Fax: 2471115

Rayen Quiroga
Consultora Externa
Jacarepagua 10188, Vitacura
Teléfono fax: 2151618
e-mail: lurayis@reuna.cl

Vladimir Radovic
Representante
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Pedro de Valdivia 0193
Teléfono 2317986
Fax: 2323494
e-mail: vladimirr@iadb.org

Juan Rapiman S.
Presidente Nacional Federación Nacional de Técnicos Enfermería (FENTESS)
Huérfanos 1492, Of.22
Teléfono: 6952820
Fax: 6996032
e-mail: jrapiman@manquehue.net

Nabor Reyes B.
Consejero Nacional Central Unitaria de Trabajadores de Chile (CUT)
Con con 67, Block B, Depto.63
Teléfono 09/3214794
Fax: 32-685l30

Blanca A. Reyes
Directora Sociedad Chilena Eduación en Enfermería
Condell 303, Providencia
Teléfono: 2047848, anexo 40
Fax: 2047848, anexo 42
e-mail: fareyes@entelchile.net

Jeanette Ruiz P.
Jefe Carrera Area Salud
Instituto Nacional de Capacitación Profesional
((INACAP)
Av. Padre Hurtado 785
Teléfono: 7310469-7310468
Fax: 7310420
e-mail: jruiz@inacap.cl

Miriam Señoret S.
Encargada Oficina Matronería
Ministerio de Salud
Monjitas 689, P5
Teléfono: 6300608
Fax: 6300609
e-mail: jecabeza@minsal.cl

Dr. Patricio Silva Rojas
Vicepresidente Ejecutivo CAPRE-DENA
Av. Bulnes N° 102
Teléfono: 4406605
Fax: 6962856

Ana Sojo
Oficial de Asuntos Sociales, CEPAL
Av. Dag Hammarskjold s/n, Vitacura
Teléfono: 2102533
Fax: 2081946
e-mail: asojo@eclac.cl

Dra. Rosaa A. Tapia C.
Profesora Adjunto
Universidad de Santiago
Nueva York 9, Piso 12
Teléfono: 6987388-6987836
Fax: 6731143
e-mail: foro@ctcreuna.cl

Hilda Toro M.
Profesional Universitaria
Depto. Formación, Perfeccionamiento y Regulación, Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P2, Of. 209
Teléfono: 6300439
Fax: 6333228

Carlos P. Vega S.
Profesional
Servicio Salud Metropolitano Norte
Maruri 272, Independencia
Teléfono: 7375082, anexo 5335
Fax: 7374866

Alejandro Via L.
Profecional Depto. Estudios
Ministerio de Salud
Monjitas 689, P.2, Of. 26
Teléfono: 6300370-371
Fax: 6644221
e-mail: avial@pasteur.minsal.cl

Blanca Vial L.
Tesorera Sociedad Chilena de Administración en Atención Médica y Hospitalaria
Mansillo Poniente 6133
Teléfono: 2427108
e-mail: bvial@mideplan.cl

Dra. Alma Vidales
Directora Hospital de Quillota
Concepción 1050, Quillota
Teléfono 33-310037
Fax: 33-310232
e-mail: hompdir@netup.cl

Rolando Zúñiga V.
Director Unidad Gestión de Servicios. Ministerio de Salud
Mac-Iver 541, P.5
Teléfono: 6300596
e-mail: rzuniga@minsal.cl

Carlos Villarroel
Mesa Diectiva Nacional
Colegio Médico de Chile
Esmeralda 678
Teléfono Fax: 6330881
e-mail: soctenci@rdc.cl

EL SALVADOR

Lic. Margaly Rojas de Melgar
Coordinadora General del GIDRHUS
Fac. Medicina, Universidad El Salvador
San Salvador, El Salvador
Teléfono: (503) 2251500 Ext. 4202

Dr. José L. Ruales
Asesor Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS
73 Av. Sur N° 135, Col. Escalón, San Salvador
Teléfono: (503) 279-4231
Fax: (503) 298-1168
e-mail: jruales@ops.org.sv

INGLATERRA

Dr. Stephen Bach
IROB Group, Warwick Business School
Universidad de Warwick
Coventry CV 47 AL
United Kingdom
Teléfono: (44-1203) 522866
Fax: (44-1203) 524650

JAMAICA

Dr. Guillermo Troya
Asesor en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS
2-5 King Street, Kingston, Jamaica
Teléfono: (876) 967-4626
Fax: (876) 9675189
e-mail: gtroya@jam.paho.org

Ms. Hyacinth Allen
Coordinator Pre-Investment
Ministerio de Salud
2-4 King Street, Kingstom, Ja. WI
Teléfono: (876) 969-1100
e-mail: allen@cwjamaica.com

MEXICO

Dr. Alberto Lifshitz
Coordinador de Educación Médica
Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS)
Av. Cuauhtemoc 330, México, D.F.
Teléfono: (52-5) 7610747
Fax: (52-5) 7610596
e-mail: lifshitz@albec.net.mx

Dr. José Eduardo San Esteban
Director General de Enseñanza
Secretaría de Salud de México
Insurgentes 235, México, D.F.
Teléfono Fax: (52-5-) 2071339-2079514
e-mail: sanes@cenids.ssa.gob.mx

Dra. Zeta Melva Triana de Arreola
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM)
Manuel López Cotilla 754, Colonin del Valle; CP 03100, México, D.F.
Teléfono fax: (52-5) 6829482-6879323
e-mail: ztriana@audem.edu.mx
anfem@servidor.unam.mx

PANAMA

Dr. Federico Hernández Pimentel
Asesor de Desarrollo de Sistemas de Servicios,
OPS/OMS
Av. Cuba y Calle 36
Panamá City, Panamá
Teléfono: (507) 2270082
Fax: (507) 2272270
e-mail: hernandf@pan.ops-oms.org

Dra. Reina Roa
Directora de Recursos Humanos
Ministerio de Salud
830602 Zona 3 (Personal)
Minsa 2048, Panamá, 1 Panamá
Teléfono: (507) 2623343-2623250
Fax: (507) 2624885
e-mail: reinar@sinfo.net

PERU

Dr. Hugo Curotto B.
Jefe Institucional Escuela Salud Pública
Director General Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Av. Brasil 642 Lima 11
Teléfono fax: (51) 3308013

Dr. Giovanni Escalante Guzman
Consultor en Desarrollo y Gestión de RR.HH
Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 – Jesús María, Lima 11
Teléfono fax: (51-14) 4230838
e-mail: gescalante@minsa.gob.pe

Dr. José López Rodas
Asesor en Desarrollo de Recursos Humanos. Escuela Salud Pública, Ministerio de Salud
Av. Central s/n – Surco
Teléfono: (51) 3451035
Fax: (51) 3308013
e-mail: pnsme@solument.sld.pe

Dr. Daniel Martínnez
Asesor Regional
OIT, Lima
Las Flores 295, Apartado 3638
Teléfono: (511) 2212565- 2150300
Fax: (511) 4215292
e-mail: martinez@ilolim.org.pe

Dr. Manuel Nuñez Vergara
Secretario Ejecutivo
Asociación Peruana de Facultades de Medicina
López de Solís 356, Lima 17
Teléfono: (511) 9651206 – 3287404
Fax: (511) 3287404
e-mail: aspefam@colmedi.org.pe

Sra. Gladys Zárate León
Consultora de Recursos Humanos, OPS/OMS
Los Cedros 269 San Isidro, Lima
Teléfono: (511) 4213030 – 340658
Faz: (511) 4424634
e-mail: gzarate@per.ops-oms.org
OPS – WASHINGTON

Dr. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez
Consultor Asociado
Programa Formación Salud Internacional
Teléfono: (202) 974 –3833
Fax: (202) 974-3612
e-mail: alvareza@paho.org

Dr. Rodrigo A. Barahona
Coordinador Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud
Teléfono: (202) 974 – 3805
Fax: (202) 974-3612
e-mail: barahona@paho.org

Dr. Pedro Brito
Asesor Regional en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
525 Twenty-Third St. NW,
Washington D.C.
20037, USA
Teléfono; (202) 974-3295
Fax: (202) 974-3612
e-mail: britoped@paho.org

Dr. Daniel Purcallas
Asesor Regional Desarrollo de Recursos Humanos de Salud
525 Twenty-Third St., N.W,
Washington D.C.
Teléfono: (202) 974- 3824
Fax: (202) 974 –3612
e-mail: purcalld@paho.org