

LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TENSIONES Y CONCILIACIÓN ENTRE “EL PROGRAMA VIEJO Y EL PROGRAMA NUEVO”¹

Mariangela Leal Cherchiglia²

1. INTRODUCCIÓN

La reforma del sector sanitario es parte de la reforma del Estado, después de los cambios en las relaciones sociales (políticas, económicas y normativas) existentes entre el Estado, la población y los agentes o autores de la producción de los servicios sanitarios (financiadores, productores y proveedores) (QUINTANA, CAMPOS y NOVIK 1996).

Las posibilidades de éxito de las reformas sectoriales que tienden a aumentar la eficiencia, el poder de resolución, la equidad y el acceso a los servicios de salud se vinculan, inexorablemente, a la capacidad de regulación de la gestión de las relaciones profesionales y las de trabajo en el campo de la salud, dado el uso intensivo de la mano de obra y la dependencia extrema de la profesionalización, además de las dificultades para la adopción de otras opciones tecnológicas que fomenten la fuerza laboral en este sector.

Por lo tanto, la regulación de las relaciones laborales y los mecanismos de gestión en los servicios públicos de salud ocupan un lugar estratégico en la serie de políticas de recursos humanos que tratan de aumentar el control social del sector.

El presente estudio trata de las tendencias de la gestión del trabajo en el sector público de la salud, tomando como base las experiencias de los países de América Latina y el Caribe³. Estas experiencias representan una tentativa de

¹ Documento elaborado por encargo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, para el Seminario de América Latina y del Caribe sobre Gestión del Trabajo en el Campo de la Salud, Brasilia, julio de 2004.

² Doctora en Salud Pública, Médica, Profesora Adjunta de la Facultad de Medicina de la UFMG (Universidad Federal de Minas Gerais).

³ Las informaciones sobre las propuestas del sistema de gestión del trabajo, incluso las relativas a las carreras en los países de América Latina y del Caribe se refieren, exclusivamente, a los documentos mencionados (propuestas o proyectos de ley, decretos). No se incluye la contextualización política, económica y social del procedimiento de formulación de estas propuestas en cada país, ni en las vías que se tomaron para su formalización.

proteger el derecho de los trabajadores, al mismo tiempo que tratan de reducir los conflictos con las instituciones y los usuarios, en un ámbito de inestabilidad cada vez mayor. Se parte del análisis de la forma en que los cambios de la relación entre el Estado, la sociedad y la economía en los años noventa impusieron en la gestión del trabajo en la salud áreas de intersección de tres programas: el primero, o programa “antiguo”, tiene que ver con las cuestiones producto de un sistema de gestión del trabajo “tradicional” o “weberiano”, basado en un modelo estable de relación y protección del trabajo. El segundo, programa “nuevo” o programa flexible, corresponde al modelo reglamentario que se caracteriza por la flexibilidad de las relaciones de trabajo y empleo. El tercer programa representaría las cuestiones que ha acarreado la globalización, por ejemplo, la inmigración profesional y los acuerdos internacionales de certificación profesional. El programa actual acrecentaría, así, los antiguos problemas de gestión del trabajo en el campo de la salud, los nuevos problemas que han sobrevenido a causa de la globalización y las reformas sectoriales.

2. LA GLOBALIZACIÓN Y LA REFORMA DEL ESTADO

Según HIRSCH (1996), la globalización sería la estrategia decisiva del capital como solución a la crisis del fordismo. La liberación radical del tránsito de mercancías, servicios, dinero y capital debe ser la condición previa de la racionalización renovada del proceso de trabajo en la producción capitalista, y esto, a la vez, está vinculado a la destrucción del compromiso fordista de clases y de sus bases institucionales⁴.

Para KURZ (1998), el nuevo carácter cualitativo de la crisis que ha surgido de la globalización obligará a cambiar el paradigma social, que se puede describir en diferentes niveles. Socialmente, es consecuencia de la tercera revolución

⁴ Fordismo: modo de acumulación y regulación, que prevalece después de la Segunda Guerra Mundial hasta el decenio de 1970, relacionado con una producción *taylorista* de masa, con fuerte expansión del trabajo asalariado y del consumo. En el plano sociopolítico está organizado dentro del Estado Nacional; relacionado con un alto grado de orientación económica, con expansión de la política estatal de crecimiento, institucionalización de la política de compromiso de clase, dentro de estructuras corporativistas, con una expansión paulatina del Estado providente (Hirsch, 1996). Según Harvey (1989), si una palabra pudiese definir el fordismo esa sería “rigidez”: de inversión, del mercado de trabajo, de los compromisos del Estado.

industrial provocada por la microelectrónica⁵, es decir, la crisis mundial en el mercado laboral que parece ser irreversible, por ser indicio del cambio de carácter del desempleo en masa, pasando de cíclico (temporal) a estructural (duradero), con un nivel mínimo que aumenta de un ciclo a otro. Desde el punto de vista económico, se presenta como un estancamiento relativo de las inversiones reales en función del aumento drástico de la productividad; el aumento adicional de las capacidades de producción ya no se considera rentable. En la medida en que el capital fijo en las industrias pierde valor, el capital sin utilizar desemboca en los mercados financieros y se vuelve independiente. Al desempleo en masa estructural corresponde una liberación estructural del capital financiero de la economía real; es lo que se llama “capitalismo de casino”. Desde el punto de vista político, equivale a socavar la soberanía del Estado, que se presenta de dos formas: por una parte, las dificultades de pago de la deuda interna y externa, ya que los ingresos en concepto de impuestos han ido mermando debido a la crisis en el mercado laboral. De esta forma, el Estado también pierde su legitimidad. Por otra parte, la globalización del capital vinculado a la microelectrónica hace ineficaces los mecanismos estatales de reglamentación, lo cual dificulta el mantenimiento y la coherencia de las políticas económicas y sociales a largo plazo. En el sentido cultural, surge como una disolución de las formas de vida colectivas del período histórico industrial, dando lugar a una “individualización” de las decisiones sociales, un proceso de “desocialización” y “desolidarización” de los hombres. Por último, desde el punto de vista ecológico, la nueva calidad de la crisis se puede verificar con la destrucción sucesiva, a nivel mundial, de las bases naturales de la existencia. La globalización, a pesar de que tiene que ver con las explicaciones tecnológicas, políticas y culturales, sería esencialmente un proceso económico (HIRSCH, 1996).

Por consiguiente, las transformaciones de la relación entre el Estado, la sociedad y la economía en los años noventa ha exigido una reestructuración de la organización política y económica de los países con repercusiones en la función del Estado y, por consiguiente, en el sector sanitario. El enfoque centrado en el Estado pretendía escapar de los efectos perjudiciales de la hipertrofia de las

⁵ Entretanto, para Hirsch (1996: 89), “...la imposición de nuevas tecnologías no es de ninguna manera el

funciones de este, proponiendo reducir al mínimo el sector público y, cuando fuera posible, sustituir el control burocrático por los mecanismos de mercado y por las relaciones contractuales (PZREWORSKY, 1996; 1998).

3. LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN Y DE LA REFORMA DEL ESTADO

Las doctrinas administrativas que dominaban el programa de reformas burocráticas en algunos países del mundo en desarrollo a finales del siglo pasado se agruparon en la expresión “nueva administración pública” o simplemente “gerencialismo”. El gerencialismo une las reflexiones de la nueva economía política sobre el Estado a la defensa ideológica del modelo de gestión característico del sector privado (BRESSER PEREIRA 1998; POLLIT 1994 en BORGES 2000).

La reforma democrática de la administración pública estaría en la propuesta del Estado empresario, así como la noción de contractualización de las relaciones institucionales. Por lo tanto, la reconceptualización del gobierno y del servicio público en cuanto a formas empresariales implicaría la redefinición de lo social como una forma de lo económico. Así, el gobierno debe ser una empresa que promueve la competencia entre los servicios públicos, centrado en objetivos y resultados, y debe preocuparse no tanto del acatamiento de las reglas, como de la obtención de los recursos en vez de gastarlos; debe transformar a los ciudadanos en consumidores, descentralizando el poder según los mecanismos de mercado y no los mecanismos burocráticos. El modelo burocrático se considera inadecuado en la era de la información, del mercado mundial, de la economía basada en los conocimientos y es, además de eso, demasiado lento e impersonal en el logro de sus objetivos (SANTOS 1999). La glorificación del papel del gerente que actúa estrictamente en busca de la eficiencia económica, sin las presiones “irracionales” de la política, de manera análoga, es la gran idea y la fuerza detrás de la doctrina gerencialista. Se niega, de esa forma, el carácter esencialmente político de la administración pública y las implicaciones de distribución de las acciones del administrador público, que llegan a obedecer al raciocinio supuestamente superior del mercado.

Lo que tendría de particular la crítica que se hace a la burocracia, según SANTOS (1999), sería no reconocer que muchos de sus defectos se debieron a decisiones que trataban de obtener objetivos políticos democráticos, tales como la neutralización de los poderes fácticos, la equidad, la probidad y el carácter previsible de las decisiones, la accesibilidad y la independencia de los

servicios, etc. No reconocer estos objetivos exime a la crítica de planteárselos y, consecuentemente, de investigar la capacidad de la gestión empresarial para lograrlos. En esas condiciones, la crítica de la burocracia, en vez de coincidir con el análisis de los mecanismos que desviarán a la administración pública de esos objetivos, corre el riesgo de transformarlos en costos de transacción que es preciso minimizar o incluso eliminar en nombre de la eficiencia, convertida en criterio último o único de gestión del Estado.

Según BORGES (2000), parece que el problema del Estado, de acuerdo con los términos de la nueva economía política, se reduciría al establecimiento de formas institucionales capaces de garantizar la máxima eficiencia económica. Se vislumbra la reducción de las formas tradicionales de organización burocrática del sector público a un núcleo de actividades “mínimas”, como la correspondiente tercerización y privatización de la mayor parte de las actividades restantes o transferencia al llamado sector terciario.

La gestión del trabajo se va a ver influida por la ruptura de la estabilidad, por la reducción de los efectivos del sector público, por la descentralización, por las relaciones contractuales y por la evaluación del desempeño. De la misma forma en que en la reestructuración del Estado se instituye la separación entre formulación y suministro de bienes y servicios, en la organización del trabajo se va a producir una misma polarización entre concepción y ejecución. De este modo, tendríamos un “núcleo sólido” o “meollo” en carreras bien estructuradas, estables y bien remuneradas, con trabajadores muy cualificados y asalariados. Por otra parte, tendríamos una fuerza laboral más inestable, con una variedad de derechos laborales, con contratos por un tiempo determinado, a tiempo parcial, e incluso sin ningún vínculo, como los terciarios. Sería la introducción, en la administración pública, del mismo dualismo del mercado laboral y de la sociedad en tiempos de globalización, reformas del Estado y flexibilidad de las relaciones laborales (PIORE y SABEL 1984). Sin embargo, para los dos extremos es esencial una misma perspectiva gerencial: la necesidad de evaluar la producción de cada uno, su cantidad y calidad. Como observa NOGUEIRA (1999), la evaluación del desempeño (con su correspondiente escala de remuneración adicional) se incorpora notablemente a los instrumentos disponibles de desarrollo de los recursos humanos, con el fin de establecer un

ambiente de competencia entre los funcionarios. Los países de la OCDE introdujeron, desde principios de los años noventa, cierta flexibilidad en la legislación que rige el estatuto del empleo público, atenuando las diferencias con el sector privado, como se puede observar en el cuadro 1, que aparece a continuación:

CUADRO 1 Análisis comparativo de los estatutos del empleo público en varios países de la OCDE

Temas	Normas	Países
Estatuto jurídico del empleo (reglamentos diferentes para los sectores público y privado)	Sí	Australia, Canadá, Finlandia, Francia, Hungría, Japón, Holanda, Polonia, Suiza y Estados Unidos
	No	Nueva Zelandia
Seguridad del empleo (en relación con el sector privado)	Garantía del empleo	Japón
	Dimisión difícil, pero posible	Francia y Polonia
	Dimisión posible en condiciones especiales	Canadá, Finlandia, Hungría, Holanda, Noruega y Estados Unidos
	Concordancia con las prácticas del sector privado	Australia, Nueva Zelandia, Suiza
Empleador	Ministerios y organismos administrativos	Australia, Finlandia, Hungría, Nueva Zelandia, Holanda, Noruega, Polonia y Estados Unidos
	Órgano central	Canadá, Francia, Japón, Suiza
Tipos de empleo	Empleo vitalicio, con duración determinada	Francia, Japón y Polonia
	Permanente, con duración determinada	Australia, Canadá, Finlandia, Hungría, Nueva Zelandia, Holanda, Noruega, Polonia y Estados Unidos
	Con duración determinada	Suiza

Fuente: OCDE. 2001. Información reciente sobre la gestión de los recursos humanos en los países miembros de la OCDE. *Revista do Serviço Público*. 52:2, 49-67.

BORGES (2000) argumenta que la inseguridad generada por las formas flexibles de trabajo (precarización de contratos, fin de las carreras tradicionales, etc.) acaba por socavar los valores de confianza, compromiso y lealtad que caracterizaban las relaciones entre empresas y empleados durante la era fordista. La impresión de que “no hay largo plazo” en el contexto del nuevo

capitalismo impide que las personas logren estructurar sus vidas como una narrativa coherente, alentando el comportamiento hacia el corto plazo y desprovisto de valores éticos sólidos que se supone es característico del emprendedor de éxito actual. Las reformas gerenciales al sustentar la ruptura de la estabilidad en el empleo, los contratos a corto plazo y las formas institucionales flexibles, corren así el riesgo de socavar el sentido de misión y compromiso que debería caracterizar a las instituciones públicas.

En el análisis sobre la experiencia relativa a la aplicación de la nueva administración pública en Nueva Zelandia, Noruega y Australia, CHRISTENSEN y LOEGREID (2001) afirman que la introducción en gran escala del “contractualismo” tomado como modelo en la rendición de cuentas, junto con la imposición de disciplina por la gran reducción de personal y por los cambios en la forma de contratación normal en el sector público darán lugar, en principio, a un sector público más responsable y acatador de las órdenes. Entretanto, parece también que estaría surgiendo una nueva cultura de carrera, caracterizada por la búsqueda oportunista de recompensas pecuniarias —“si no está especificado, no es mi responsabilidad”—, lo que acrecienta el “riesgo moral” que la economía de las organizaciones trata de evitar. Esta constatación apenas refuerza la tesis de que la eficacia de acción de la burocracia depende de un *ethos* del sector público basado en la idea de confianza y solidaridad. La ética utilitarista de los liberales no sería suficiente por sí sola para resolver el problema moral del Estado.

Según DEVINE (2004), en un estudio reciente que se realizó con la participación de empleados públicos federales de los Estados Unidos de América, cerca de 60% dijeron que recibir su sueldo era más importante que hacer algo de mérito para el país, y 65%, que mantener su empleo era más importante que ayudar a las personas o mantener el buen nombre de la institución. Este autor concluyó que el futuro de las relaciones laborales en el gobierno federal estadounidense ya no se basaría en el ideal del sector público. En nombre de la búsqueda de la eficiencia, existiría la posibilidad de subvertir el carácter particular de las organizaciones enfrascadas en una cultura donde

rigen los lazos personales y la cooperación voluntaria, frente al carácter impersonal de los mercados y las burocracias (GOODIN 2000).

Desde esta perspectiva y preocupados por elaborar la deontología en la función pública, algunos países de la OCDE (OCDE 2001) reformularon los valores fundamentales del sector público, a finales de los años noventa. En esta reformulación se subrayó la importancia de los valores “tradicionales”, tales como la imparcialidad, legalidad e integridad; pero, al mismo tiempo, les dio un significado moderno y agregó “nuevos” valores como la transparencia y la eficiencia, y puso de manifiesto una cultura del sector público basada, cada vez más, en la calidad de los resultados.

Otro punto también sobresaliente es la reducción del contingente de empleados públicos en algunos países integrantes de la OCDE (OCDE 2001). Por ejemplo, hubo una reducción de 16% en la fuerza laboral del sector público central en los Estados Unidos, 34% en Gran Bretaña y 14% en Australia. Según SANTANA y NOGUEIRA (2003), no se dispone de datos para los países de América Latina, pero el caso de Brasil podría ser ejemplar, ya que hubo una reducción de 15% del número de empleados públicos federales entre 1991 y 1998. El cuadro siguiente permite visualizar la evolución decreciente del número de empleados activos en comparación con los inactivos del total de empleados federales entre los años de 1988 y 2003.

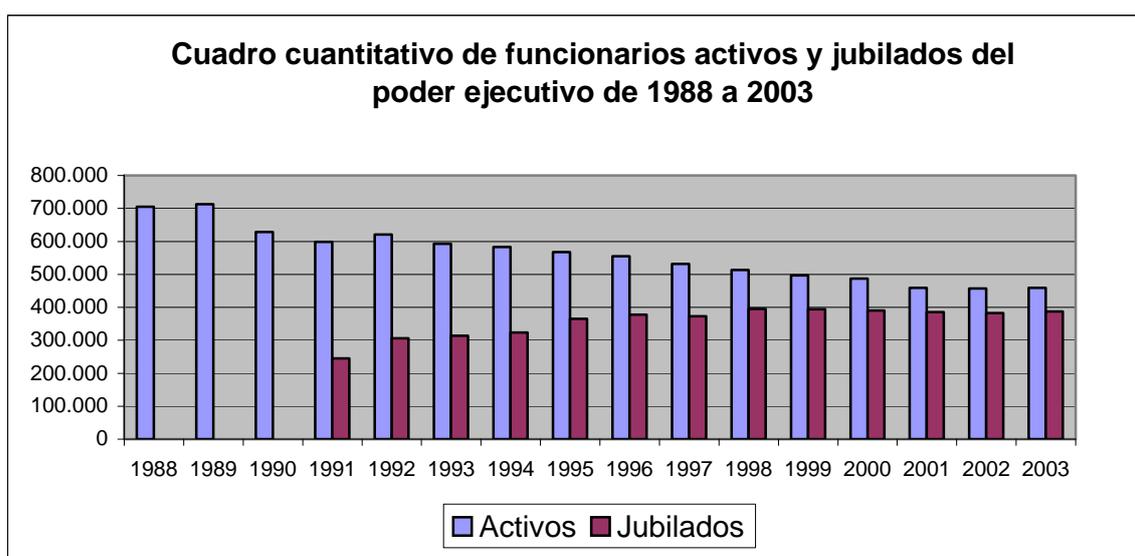


Gráfico 1: *Boletim Estatístico de Pessoal*, MP, N. 91, Noviembre 2003

Para TROSA (2001), en este nuevo Estado, las nuevas capacidades exigidas de su funcionario serán múltiples, tales como: a) trabajo en redes; b) capacidad de controlar y negociar contratos; c) conocimiento de los mercados; d) conocimiento y dominio de las culturas y lógica de actuación de los socios; e) toma de conciencia de sus propios límites, del momento en que es preciso recurrir a competencias externas; f) movilidad y saber escuchar, y g) conocimiento del cliente (ciudadano) y capacidad de ponerse en su lugar para convencerlo (el cliente puede ser el ministro).

Conforme a esta perspectiva, el problema del Estado se reduce a crear condiciones que permitan a los administradores hacer lo que mejor saben; es decir, administrar. Así, se supone que la existencia de reglas burocráticas excesivamente rígidas en el sector público y el énfasis en los controles de los procesos (por oposición a los controles de los resultados) acaben por imposibilitar una gestión eficiente, como la que se practica en el sector privado, donde los administradores tienen mucha más autonomía para contratar y movilizar recursos. Por lo tanto, la solución es dar más poder discrecional a los administradores públicos, sometiéndolos, mientras tanto, al control de los resultados (OSBORNE y GAEBLER, 1995).

4. LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: la encrucijada de los programas

El sector de la salud no está al margen de las transformaciones del mundo laboral. En los últimos decenios, el sistema sanitario ha sido blanco privilegiado de iniciativas nacionales de reformulación de la administración pública ya sea debido a la magnitud de sus gastos o al número de personas que emplea (NARASIMHAN y cols. 2004; DUSSUALT y DUBOIS 2003; NOGUEIRA y SANTANA 2003; RIGLOLI y DUSSUALT 2003). Entretanto, la atención de los gobiernos, de los medios de información y de los consumidores se ha centrado en las cuestiones de financiamiento y de la estructura de la prestación de los servicios sanitarios, y se ha prestado poca atención a la regulación profesional y a la gestión del trabajo en el campo de la salud.

A su vez, la reforma del sector sanitario y las reformas administrativas (reformas de la administración pública), dirigidas por los organismos de financiamiento multilaterales modificaron el ambiente de trabajo mediante la expansión del sector privado, teniendo en cuenta la importancia de la atención primaria y la reducción y descentralización en el sector público. En vez de un servicio público único, los trabajadores de la salud se incorporan actualmente a un mercado laboral pluralista (público, privado lucrativo e instituciones no lucrativas) y con diversos arreglos laborales —formales e informales, tradicionales y modernos— (NARASIMHAN y cols. 2004).

Según NOGUEIRA y SANTANA (2000), en general y al contrario de lo que ocurre en otras esferas del sector público, hay indicios de que toda la fuerza laboral de los sistemas públicos de salud se mantiene estable o está creciendo. El número de puestos de trabajo en los hospitales puede disminuir, debido al efecto combinado de las nuevas tecnologías de diagnóstico y de tratamiento quirúrgico, el menor tiempo de hospitalización y el énfasis en la asistencia ambulatoria. En cambio, el número de puestos de trabajo en la red de atención básica tiende a aumentar. El carácter de trabajo intensivo del sector sigue prevaleciendo a pesar de los avances tecnológicos y las innovaciones institucionales. Siendo así, el gran efecto de las reformas del sector de la salud no ha sido una reducción del sector, sino una flexibilidad de las formas de vincular los recursos humanos que se produce al mismo tiempo que se adoptan otras formas de subcontratación de los servicios, con la participación de empresas privadas, cooperativas de trabajadores, organizaciones no gubernamentales y diversos grupos de trabajadores en condiciones de precariedad (PAHO, 2001).

Por otra parte, las profesiones en el campo de la salud han cambiado de varias formas y por diferentes influencias. Entre ellas, el desequilibrio entre la oferta y la demanda, la creación de nuevas funciones, ocupaciones y profesiones en respuesta a los cambios de las enfermedades comunes y el surgimiento de nuevas tecnologías; el cambio en las expectativas profesionales, que refleja un cambio en la estructura de género de la fuerza laboral y un cambio en las expectativas de los usuarios, debido a un mejor nivel de información.

Por lo tanto, la índole intensiva en el trabajo del sector y la importancia de las profesiones autorreguladas en la prestación de estos servicios condicionan el éxito de las políticas de salud —que tratan de aumentar la eficiencia, la accesibilidad y la capacidad resolutive de los servicios— a la existencia de una doble función: la capacidad de gestionar la relación laboral y de reglamentar el ejercicio de la profesión (DUSSUALT y DUBOIS 2003; GIRARDI 2000; BUCHAN 2000). De esta forma, los medios en los que los profesionales de la salud se forman, son recompensados, son disciplinados y se capacitan, dado que su práctica está regida por una licencia, se vuelven elementos esenciales, no solo para la gestión sectorial adecuada sino también para la protección de los consumidores. Por consiguiente, se ha reconocido la estrecha relación entre la calificación, la motivación y el compromiso de los trabajadores con el desempeño del sistema de salud (BUCHAN 2004).

Así, se destaca la importancia de reestructurar los sistemas normativos y de gestión laboral con la intención de lograr que los recursos humanos estén preparados para las transformaciones que están ocurriendo en los sistemas de salud.

Para RIGOLI y DUSSUALT (2003), en este momento hay dos programas que se imponen en la gestión del trabajo. El primero, o programa “antiguo”, tiene que ver con cuestiones producto de un sistema de gestión del trabajo “tradicional” o “weberiano”, basado en un modelo estable de relación y protección del trabajo, o sea en una carrera estable. El segundo, o programa “nuevo” o “flexible” corresponde al nuevo modelo normativo caracterizado por la flexibilidad de las relaciones de trabajo y de empleo. A estos dos programas se suma un tercero derivado del proceso de globalización que ofrece una mayor movilidad laboral y requiere nuevos marcos normativos profesionales entre los países. El nuevo programa agregaría, a los antiguos problemas de gestión del trabajo, los problemas derivados de las reformas sectoriales y de la globalización.

Por lo tanto, se hace apremiante, la elaboración de un programa integral que combine las nuevas prácticas de gestión del trabajo, perfeccionada con los preceptos de las reformas y la necesidad de un ambiente laboral adecuado que proteja los intereses del trabajador y de los usuarios de los servicios de

atención de salud. Para RIGLOLI y DUSSUALT (2003), un programa integral exige un concepto integrado de la función de las prácticas de recursos humanos en el sistema de salud; o sea, la forma en que la configuración de esos servicios puede verse afectada por los desequilibrios de sus recursos humanos y lo que debe hacerse para corregirlos.

5. UN PROGRAMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL TRABAJO EN EL CAMPO DE LA SALUD

La gestión del trabajo se refiere al conjunto de acciones intencionales y conexas que permiten organizar el trabajo en el campo de la salud y distribuir el talento humano conforme a las necesidades del sistema sanitario, usando para ello instrumentos de reglamentación legal (leyes, normas); financieros (sueldos, incentivos); administrativos (clasificación de los puestos y categorías de cargos) en un marco de negociación permanente y gerencia compartida (Padilla 2004). Se puede decir que la gestión del trabajo en materia de salud es un sistema institucional que incorpora actividades para movilizar y motivar a las personas y que les permite desarrollarse y lograr, plenamente mediante el trabajo, la obtención de las metas de salud (OMS 1989).

Según FRANCO y cols. (2002), la gestión del trabajo cuenta con numerosos instrumentos que facilitan la comprensión de lo “que se puede hacer” y de lo “que se debe hacer”. Por medio de la descripción y definición del trabajo (cargos) se puede lograr que los trabajadores sean conscientes de las metas de la organización y de la función que deben desempeñar para alcanzar estas metas. Además de eso, por medio de diversos paquetes de incentivos —por ejemplo, sueldos, bonos, promoción, pagos basados en el desempeño y oportunidades de capacitación— la gestión del trabajo puede unir los resultados a las recompensas.

Mientras tanto, la gestión del trabajo en el campo de la salud es una función en un sector de características singulares. Sus recursos humanos son numerosos, diversos y abarcan ocupaciones separadas que, frecuentemente, están representadas por poderosas asociaciones profesionales o sindicatos. Algunas ocupaciones son propias del sector sanitario, mientras que otras se

pueden desempeñar fácilmente en un sector u otro. La lealtad de los que tienen habilidades especiales se debe, más bien, a sus asociaciones profesionales y a sus pacientes que a sus empleadores. En varios países, el acceso a la capacitación profesional y al empleo lo autorizan y controlan patrones y requisitos establecidos por las profesiones, como también la reglamentación de varios aspectos de la vida profesional. Además, el sector de la salud se caracteriza por el trabajo intensivo; y la proporción del gasto total respecto a sus recursos humanos es mayor que la del sector industrial o de servicios.

Según BUCHAN (2004), en años recientes se ha reconocido que la unión de la política y la práctica correcta de la gestión del trabajo sería el centro de cualquier solución sostenible para el desempeño del sistema de salud. Los métodos actuales que se emplean en la gestión del trabajo en el campo de la salud pueden ser el factor que dificulte o facilite el alcance de los objetivos propugnados por la reforma del sector.

A pesar de varios estudios que demuestran, en un macronivel, el potencial y el impacto actual de las reformas sectoriales en materia de salud en su fuerza laboral (Brito 2000; BUCHAN 2000; MARTINEZ y MARTINEAU 1998; OIT 1998), como también de algunos análisis de micronivel (RIGOLI y DUSSUALT 2003; FRANCO y cols. 2002), hay poca información y pruebas de la relación y de las repercusiones de la gestión del trabajo en la reforma de los sistemas de salud (NARASIMHAN y cols. 2004; Van LERBERGHE y FERRINHO 2002).

En un artículo reciente, BUCHAN (2004) estudia las implicaciones de las “buenas” prácticas de gestión del trabajo para el desempeño institucional en el sector de la salud, que se examinan y manifiestan más en otros sectores de la economía, especialmente el privado lucrativo.

PFEFFER (en BUCHAN 2004) resumió siete características de las prácticas de gestión del trabajo que más contribuyen al desempeño institucional:

- Énfasis en ofrecer un empleo seguro
- Equipos autoadministrados
- Descentralización de las decisiones y existencia de capacitación

- Selectividad salarial para los nuevos trabajadores
- Reducción de la categoría, distinciones y niveles jerárquicos
- Amplia capacitación
- Remuneración vinculada al desempeño.

El principal mensaje del estudio parece relacionar las “buenas prácticas” de la gestión del trabajo con la mejora de la calidad de la atención. Algunos organismos de salud, hospitalarios principalmente, han tenido éxito en sus prácticas de gestión del trabajo —contratación, retención y motivación de sus trabajadores, en especial las enfermeras— y correlacionan esta práctica con una mejora de sus resultados (tasa de mortalidad, infección, reducción del ausentismo y rotación profesional, etc.). Estos centros se conocen como “hospitales imán”.

De esta manera, parece que la ejecución sostenible de un campo de intervenciones de gestión del trabajo que se ajuste a las prioridades institucionales estaría relacionada con el estilo de gestión participativa y de apoyo, la estructura institucional descentralizada, la oportunidad de carreras y el énfasis en la educación permanente y en el servicio (BUCHAN 2004).

En un concepto renovado, NOGUEIRA y SANTANA (2003) describen la gestión de recursos humanos como algo que forma parte de una labor de mediación entre el carácter inevitablemente burocrático de las organizaciones y la misión que estas han de cumplir, con responsabilidad y transparencia, en una sociedad democrática. La gestión de recursos humanos aparece, por consiguiente, como un proceso que, al regular los componentes del sistema de personal (carreras, desempeño, formación y otros), procura dirigirlos para que sean no solo compatibles con la misión, sino también facilitadores de su cumplimiento a plazos medio y largo. Por lo tanto, esa forma de gestión debe ser “desarraigada” y “desespecializada” en el seno de la organización; es decir, debe proyectarse hacia el exterior de un departamento dado. De acuerdo con esta formulación, la gestión de recursos humanos no compete a un grupo exclusivo de profesionales, pero sí es algo que se comparte con todos los niveles de dirección, comenzando por el dirigente principal.

Se utilizan dos métodos principales para hacer compatible el sistema de recursos humanos con los componentes de la misión: a) procesos de cooperación, en los que se destaca la cooperación para el trabajo en grupo (*teamwork*), que ayuda a determinar problemas, y proponer y ejecutar acciones correctivas, y b) procesos de resolución de conflictos (*brokering*), para poder establecer acuerdos en función de los intereses colectivos de los trabajadores (sindicales o de otro tipo) (NOGUEIRA y SANTANA 2003).

En este sentido, DUSSUALT y DUBOIS (2003) proponen una gestión del trabajo integral, es decir, esta debe ir más allá de la administración del personal e incorporar todos los aspectos. Así pues, se debe reconocer como una serie de actividades transectoriales que ocurren a nivel mundial, en un sistema de gestión en el que la fuerza laboral se utiliza eficazmente para satisfacer las necesidades de la población. Por otra parte, también seguirá ejerciendo las funciones tradicionales como la de contratación de personal, control de asistencia y pago, además de la introducción de otras funciones como la negociación con grupos profesionales y sindicatos, puesto que las reformas han producido cambios en las condiciones de trabajo, en la atribución de responsabilidades y en los programas de capacitación. Además de mantener relaciones estrechas con varios ministerios, tales como el de educación en cuestiones de capacitación y formación y el de hacienda en asuntos relativos a la remuneración y planes de incentivos. El desafío principal es, entretanto, hacer que participen los administradores y gerentes en todas las decisiones relativas a la fuerza laboral; y el desarrollo coordinado entre política y gestión del trabajo (DUSSUALT y DUBOIS 2003).

MARTINEZ y MARTINEAU (1998) determinaron cuatro dimensiones que se deben tratar conjuntamente en una gestión del trabajo dirigida a obtener recursos humanos apropiados y sumamente motivados, en un lugar dado, en un momento dado y con la preparación necesaria.

- a) **Planificación de la fuerza laboral:** El objetivo principal de la planificación de la fuerza laboral es la dotación suficiente de personal, con una preparación adecuada que satisfaga las necesidades de servicios de la población y garantice la disponibilidad y la distribución equitativa y coherente entre regiones geográficas, establecimientos y

niveles de atención. La política de acción puede incluir lo siguiente: análisis de la proyección del suministro de fuerza laboral, elaboración de estrategias para satisfacer las necesidades o proporcionar formación y mecanismos para facilitar la redistribución de personal existente donde y cuando sea necesario. En este sentido, se destacan las cuestiones siguientes: la movilidad (entre regiones o países) de los trabajadores sanitarios, la tendencia a la superespecialización y el papel que desempeñan los generalistas.

- b) **Gestión del desempeño:** Garantizar una fuerza laboral capacitada es solamente el primer paso. Es necesario garantizar que tales recursos clave se utilicen para lograr resultados de salud óptimos. Ello requiere encontrar el mejor camino para reforzar las capacidades de los trabajadores sanitarios al objeto de lograr el mejor resultado posible en la forma más eficiente. La gestión del desempeño requiere y supone una serie de cuestiones que incluyen la organización y la división del trabajo, modalidades de ejercicio profesional, métodos de pago, intercambio de información y mecanismos de evaluación y de toma de responsabilidad.
- c) **Condiciones de trabajo:** Para lograr cambios en la prestación de cuidados de salud habrá que realizar innovaciones en las condiciones de trabajo y cultura, que generalmente se consideran factores determinantes clave de la motivación de los trabajadores. Cada vez hay más indicios en varios países de que los trabajadores sanitarios están perdiendo motivación y que ha aumentado la tasa de dimisión. Por lo tanto, se pueden requerir innovaciones considerables para mejorar los métodos de contratación y retención de personal y los mecanismos de gestión de carreras, y principalmente promover la motivación de los trabajadores.
- d) **Educación y capacitación:** Se debe tener un suministro adecuado de categorías profesionales con la preparación necesaria. Para ello, el sistema de salud debe ser capaz de ejercer presión sobre los programas educativos para que formen a un profesional que pueda comunicarse mejor; sea capaz de obtener nueva preparación en una búsqueda constante de conocimientos, y sea capaz de trabajar en equipo, con lo

cual se optimizan las oportunidades que ofrece el trabajo en grupo. Además, la mayor complejidad de los sistemas de salud requerirá un mayor énfasis en la capacidad gerencial para lograr que los insumos necesarios estén presentes en un momento y en un lugar dados. El desarrollo de esas capacidades supone un cambio en la forma en que se imparte la capacitación y un cambio en los programas de estudios y en la reglamentación de las profesiones sanitarias; por lo tanto, esto tiene consecuencias que van más allá del sistema sanitario, ya que influyen en el sistema educativo y de investigación.

Aunque haya varias definiciones del concepto de motivación en el contexto de los servicios sanitarios, MARTINEZ y MARTINEAU (1998) aducen que “hay motivación del trabajo cuando coinciden las metas de las personas y las de la organización, y cuando los trabajadores perciben que pueden desempeñar su labor”. Por otra parte, VROOM (1994) presenta la teoría de la expectativa, en la cual la motivación depende de dos factores, el valor de los resultados y la expectativa del esfuerzo requerido. El valor de los resultados se relaciona con una preferencia individual en cuanto a los resultados posibles que pueden obtenerse de una tarea realizada. La expectativa del esfuerzo y el resultado se relaciona con la percepción acerca del esfuerzo requerido para lograr un resultado particular. La motivación será baja cuando el resultado obtenido por una persona tiene un valor bajo y cuando las posibilidades de lograrlo son pocas. Una consecuencia importante de la teoría de la expectativa es que subraya que la motivación no es simplemente una cuestión de recompensas financieras, sino que incluye además la dimensión de incentivos no financieros en el trabajo en el campo de la salud.

Por otra parte, sería importante distinguir entre el compromiso y la satisfacción en el trabajo. El compromiso se considera como un concepto global, que denota una adhesión individual efectiva a la organización como un todo, mientras que la satisfacción en el trabajo es más especial por ser un estado emocional positivo producto de la evaluación de experiencias en el trabajo. Por lo tanto, el compromiso es estable en el tiempo, mientras que ciertos sucesos transitorios pueden influir positiva o negativamente en la satisfacción individual en el trabajo, pero no en su vínculo con la organización (GOULD-WILLIAMS

2003). Sin embargo, según GOULD-WILLIAMS (2003), las pruebas empíricas demuestran que existe una relación leve, pero positiva, entre el compromiso de los trabajadores y la reducción de la rotación, de la intención de dimitir y del ausentismo, y por otro lado el mayor rendimiento en el trabajo.

A las cuatro dimensiones descritas por MARTINEZ y MARTINEAU (1998) podemos añadir un elemento esencial en la ejecución y la evaluación de las políticas y la gestión del trabajo: la gobernanza, o sea, la movilización de todos los actores y agentes interesados en este proceso. Hay muchos que influyen o que podrían influir en la gestión de la fuerza laboral ya que ejercen control o influencia en una o varias de las siguientes funciones clave: los que definen y negocian condiciones de trabajo (ministros de salud, hacienda, administración pública, sindicatos, etc.); los que definen parámetros de la práctica profesional (consejos profesionales, organismos gubernamentales de reglamentación); los que se ocupan de formar y capacitar, como el ministro de educación; los que prestan servicios de salud (en los sectores público o privado); los que financian los servicios, el gobierno, los ciudadanos, los seguros privados, etc. (DUSSUALT y DUBOIS 2003). Según QUINTANA (2000:44), “la existencia de actores sociales e intereses corporativos múltiples y dinámicos requiere un proceso complejo para llegar a un consenso y a un acuerdo, como base para las políticas relativas a la gestión del trabajo”.

Al final, lo que se puede decir es que no existe una fórmula universal de gestión eficaz del trabajo en el campo de la salud. Esto no es sorprendente, ya que es un campo complejo y dinámico que no admite soluciones simplistas ni monolíticas.

6. LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN EL CAMPO DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Según GIRARDI (2000), la rigidez excesiva de las normas que rigen las relaciones laborales (especialmente las normas de contratación, cancelación de contratos, remuneración y ascenso) es un fenómeno común señalado en todos los estudios de los países de América Latina y el Caribe.

Asimismo, según este autor, en el entorno de rigidez vigente en el sector público los dirigentes son "rehenes" de los reglamentos que limitan rigurosamente, en el plano formal, su autonomía respecto a la contratación, la cancelación de contratos y la negociación local de los términos de los contratos de trabajo, la flexibilidad de las remuneraciones o el establecimiento de mecanismos de incentivo o de sanción que estén condicionados a metas cuantitativas o cualitativas. Estas situaciones, particularmente en contextos de restricción presupuestaria, han generado una proliferación de opciones de contratación de servicios y de trabajo que son semiformales pero "flexibles", y frecuentemente se sitúan en el límite de la ilegalidad. En tales circunstancias, no son raras las situaciones en las que falta gobernanza institucional, lo cual acarrea perjuicios evidentes para los usuarios de los servicios".

Así pues, el efecto importante de las reformas del sector sanitario no ha sido una reducción del sector, sino la flexibilización de las formas de vinculación de los recursos humanos que se hace al mismo tiempo en que se adoptan las opciones de subcontratación de servicios, con la participación de empresas privadas, cooperativas de trabajadores, organizaciones no gubernamentales y grupos diversos de trabajadores que se hallan en condiciones de precariedad. El uso intensivo de la mano de obra del sector sigue prevaleciendo, a pesar de los progresos tecnológicos y las innovaciones institucionales (NOGUEIRA y SANTANA 2003).

Por consiguiente, una de las repercusiones principales de las medidas reformistas en este sector ha sido la de favorecer la flexibilidad de las relaciones de trabajo que en su mayor parte adopta la forma de precarización del empleo. La precarización del trabajo en el campo de la salud en América Latina y el Caribe es un fenómeno bastante complejo, ya que una de las características que la diferencian consiste en que es el Estado el que la produce directamente; a saber, la temporalidad del contrato y la reducción del tiempo contratado, la inestabilidad del vínculo, la falta de garantía de acceso a los beneficios de la seguridad social, la falta de representación sindical, etc. (PAHO, 2001).

Según NOGUEIRA y SANTANA (2003), un efecto que se ha comentado poco en cuanto a la precarización del trabajo en el sector público es que esta rompe

definitivamente con los principios de mérito que ordenan la distribución de los cargos de trabajo asociados con la estructura del Estado. Los procesos selectivos de nuevos empleados “precarios” pueden ser casuísticos y personalistas, y no respetan el principio de la misma oportunidad de acceso a los cargos públicos.

En general, el objetivo de esas formas de precarización es disminuir los costos globales del trabajo mediante la reducción de los costos indirectos procedentes de contribuciones a los fondos sociales de protección del trabajador (GIRARDI 2000). Sin embargo, desde la perspectiva gerencial, pueden representar una flexibilidad que permite atraer a los profesionales más deseados en el mercado laboral al ofrecer una remuneración directa mucho más elevada que el salario medio de los funcionarios corrientes. Esos arreglos institucionales y contractuales “flexibles” mantienen a estos profesionales en una situación periférica e inestable, además de crear grandes desigualdades en los niveles de remuneración y de inserción institucional de la fuerza laboral del sistema público de salud (NOGUEIRA y SANTANA 2000)

Así pues, las transformaciones del mundo laboral se encuentran, hoy por hoy, en el centro de la problemática de la gestión del trabajo en el campo sanitario. Hay una serie de manifestaciones disfuncionales que se presenta a los gerentes de servicios y sistemas sanitarios como proliferación de contratos y de la burocracia para la administración de los mismos; aumento de la competencia y de los conflictos entre grupos; disminución de la disposición a cooperar entre los profesionales y los especialistas y entre el trabajo y la gerencia; mayores dificultades de los directores y gerentes de servicios para gestionar la calidad técnica y la ética del trabajo profesional a causa de la proliferación de núcleos atomizados de mando y decisión; menor participación y pérdida de interés de los trabajadores en la misión de los servicios sanitarios; falta de compromiso con la continuidad y con el carácter integral de los cuidados de salud; y deshumanización de la atención a los usuarios. Todo ello producido, en gran medida, por la relativa escasez de criterios y la desorganización con que se ha estado dirigiendo la flexibilización de las relaciones laborales en el sector sanitario. Estas situaciones dan lugar a una insatisfacción cada vez mayor de

los usuarios respecto a la calidad y al carácter resolutivo de los servicios sanitarios (GIRARDI, CARVALHO y GIRARDI Jr., 2000).

Por consiguiente, el efecto de las reformas del sector de la salud en los recursos humanos y la gestión del trabajo indica una situación compleja y conflictiva con repercusiones en la calidad del servicio que recibe la población (QUINTANA 2000). En el cuadro 2 se puede ver una situación actual de la gestión del trabajo en el campo de la salud en América Latina y el Caribe, en el que se utilizan las dimensiones descritas por MARTINEZ Y MARTINEAU (1998), con la dimensión de gobernanza.

CUADRO 2: Situación actual de la gestión del trabajo en países de América Latina y el Caribe, según varias dimensiones

Categoría	Situación actual
Planificación de la fuerza laboral	Distribución inadecuada e insuficiente del personal de salud; flujos intersectoriales no regulados; tendencia a la flexibilidad del trabajo sin protección; emigración descontrolada; atraso normativo y legal.
Gestión del desempeño	Visión limitada de la gestión de recursos humanos que se ha reducido a la administración de personal (tareas operacionales de contratación, mantenimiento de la disciplina y manejo de la insatisfacción); la gestión de recursos humanos es de baja categoría, sigue aislada dentro de la organización y no trabaja con todos los aspectos de la fuerza laboral; poca información y pocos instrumentos apropiados para la gestión del desempeño del personal y la autoridad (poder) para utilizar los instrumentos de incentivos; insuficiencia en la gestión y la evaluación del desempeño, atraso y rigidez normativa, debilidad técnica, escasa visibilidad y prioridad política; desempeño deficiente sin evaluación adecuada.
Condiciones de trabajo	Ausencia de suministros y equipo, y supervisión inadecuada, inexistencia de acuerdos políticos de gestión participativa; carreras inflexibles y que no tienen en cuenta las particularidades de la gestión del trabajo en salud.
Educación y capacitación	Déficit de educación permanente en los servicios, baja calidad de la educación en materia de salud, falta de mecanismos reguladores para mejorar la calidad y la eficiencia de la educación en materia de salud, antecedentes profesionales inadecuados, necesidad de reconversión de las prácticas.
Gobernanza	Visión de la gestión del trabajo reducida a la administración del personal; la gestión de los recursos humanos es de baja categoría, sigue aislada dentro de la organización y no trabaja con todos los aspectos de la fuerza laboral; conflicto corporativo e institucional persistentes; poca capacidad para el manejo de conflictos; poca capacidad de negociación.

Fuente: Documentos consultados.

Un peligro común que se plantea al examinar las dimensiones relativas a la gestión del trabajo en el campo de la salud es el proceso de regulación. La práctica prevaleciente en la planificación para la dotación de personal, la formación y educación permanente de la fuerza laboral, la gestión del desempeño del personal y las relaciones laborales no podría cambiar

considerablemente sin que se operen cambios en la legislación y la reglamentación. Dado que las organizaciones sanitarias están sumamente profesionalizadas, la gobernanza y la regulación de varias profesiones que forman parte de los sistemas de salud se convertirán en uno de los factores más importantes del éxito o del fracaso de las reformas que se realicen en este sector (MARTINEZ y MARTINEAU 1998). La necesidad de sustituir una forma de reglamentación basada en la profesión por otra que tenga mayor control externo surge debido a la mayor importancia de los sistemas de salud en la economía, la lucha de los gobiernos por contener los costos y hacer más eficientes y eficaces las políticas públicas.

Una alternativa del modelo profesional ha sido la confianza en la competitividad de los mercados como medio de fortalecer la toma de responsabilidad y la eficiencia de los proveedores de servicios de salud. Desde esta perspectiva, los pacientes, en calidad de consumidores y agentes racionales, seleccionarán la mejor opción basándose en la información recogida y en el valor percibido de cada opción (FERLIE y cols. 1999). Otra posibilidad hace hincapié en el contexto político del sistema sanitario y se basa en una democracia representativa y participativa. Esta alternativa hace hincapié en la capacidad de respuesta de los trabajadores de salud a los diversos actores que participan en el proceso, con inclusión de los usuarios, representantes sindicales, gobiernos y otros participantes en las actividades democráticas. Una tercera variante refuerza los procesos burocráticos de regulación, basándose en las reglas y el monitoreo estricto realizado por las jerarquías superiores. De esta manera, ha aumentado el uso de los “sistemas formales de regulación del trabajo en el campo de la salud”, lo que ha acarreado la institucionalización e integración de los profesionales de la salud en la estructura de la organización.

La última variante, es decir, la utilización de “sistemas formales de regulación del trabajo en el campo de la salud” parece ser la que han elegido los gobiernos de algunos países de América Latina y el Caribe. Por consiguiente, se están examinando marcos normativos (leyes, reglamentos, normas administrativas) que tienen como meta colocar las relaciones laborales dentro de un marco más definido. Muchas veces tomaron como referencia los modelos de organización burocrática del Estado del siglo pasado, como

carreras sanitarias, normas básicas de recursos humanos en materia de salud o reglamentos de derechos y obligaciones de los trabajadores sanitarios. De alguna manera, estas propuestas requieren el establecimiento de un sistema generalizado y, a veces, centralizado mediante una serie de reglas estrictas y universales (para contratación, promoción, capacitación, evaluación y jubilación) al mismo tiempo que se introducen algunos componentes o valores considerados más modernos como la evaluación del desempeño, el pago de incentivos y la noción de eficiencia y toma de responsabilidad.

En un análisis de algunas propuestas de países de América Latina y el Caribe se destacan los siguientes componentes tradicionales de la gestión del trabajo:

- Está regida por las normas generales del servicio público, pero se dirige más especialmente a los profesionales sanitarios.
- Incluye a todo el personal profesional, técnico y auxiliar sanitario (personal de bata blanca).
- Presenta una definición genérica de la finalidad del reglamento, de la ley o del decreto.
- Enuncia los derechos y obligaciones de los empleados, a saber:
 - Régimen de asistencia, sistemas de días feriados, procedimientos en caso de conflictos.
 - Prohibición de huelgas, trabajo privado, conflicto de intereses.
- Procedimientos de contratación y selección.
- Procedimientos disciplinarios.
- Procedimientos para ascensos en cuanto a funciones y salarios (antigüedad, mérito y algunos sistemas de evaluación de resultados).

Se señalan los siguientes componentes más modernos de los sistemas de carreras en dichas propuestas:

- Sistemas de evaluación del desempeño
- Sistemas de certificación periódica de la competencia profesional
- Sistemas de incentivos variables según el rendimiento, el individuo y el grupo

- Sistemas de incentivos para la reubicación geográfica
- Mecanismos de movilidad vertical y horizontal más flexibles, basados en la evaluación del desempeño y la capacitación.
- Más “rigidez” en la movilidad entre entidades federales y organizaciones;
- Sistemas de capacitación y desarrollo del capital humano.
- Disposiciones básicas de ética y deontología.
- Códigos o disposiciones de derechos recíprocos entre profesionales y usuarios.
- Disposiciones que rigen la descentralización de la gestión.

De esta forma, la elaboración de un programa integral en un ambiente de tensión entre lo “nuevo” –nuevas prácticas flexibles de gestión del trabajo perfeccionadas con los preceptos de las reformas— y “lo de ver siempre” la necesidad de un ambiente laboral adecuado que proteja los intereses del trabajador y de los usuarios de los servicios y cuidados de salud ha pasado, en diversos países de América Latina y el Caribe, por el establecimiento de “sistemas formales de regulación del trabajo en el campo sanitario” especialmente el análisis de carreras del sector público de la salud.

7. CARRERAS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: oportunidades y desafíos⁶

La estructura de las carreras tiene dos objetivos: proporcionar a la organización, en lo relativo a cubrir vacantes, un mecanismo capaz de formar a personas con los niveles necesarios de preparación y experiencia para que puedan encargarse de las funciones de la organización, y también permitirles

⁶ Este capítulo sobre carreras se presentó en el Seminario Internacional de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud - ALASS en SAMPA São Paulo – Julio de 2004. Autores: Mariangela Leal Cherchiglia; Mónica Padilla; Félix Rigoli; José Paranaguá de Santana y Fúlvio Alves Janones.

satisfacer sus necesidades de progreso y realización personal (BARUCH 2004; DANY 2003; BAGDALLI y cols. 2003; SULLIVAN 1999).

Por consiguiente, la estructura institucional, la cultura y la visión del mundo son insumos esenciales para un sistema de carreras. La carrera es un factor importante de la vida: incluye el mundo del trabajo, y el trabajo es fuente de identidad, creatividad, desafíos, reconocimiento personal, condición y acceso sociales, además de proporcionar beneficios financieros.

Según BECKER y HAUNSCHILD (2003), las carreras representarían el paso de los actores, en el tiempo, por la estructura social y formarían el vínculo entre personas, organizaciones y la sociedad. Por consiguiente, desde el punto de vista de las carreras, la estructura social y la institucional constituyen un marco que delimita la carrera individual al tiempo que cada decisión particular relativa a la carrera reproduce la estructura social.

La definición más moderna ve la carrera como “un proceso de desarrollo del empleado a lo largo de un camino de experiencias y trabajo en una o varias organizaciones” (BARUCH y ROSENSTEIN 1997). Por una parte, las carreras son “propiedad” individual, pero por otra, para las personas empleadas, son las organizaciones las que planifican y gestionan las carreras. En el pasado, se consideraba que la responsabilidad de la carrera estaba en manos de las personas, dado que se relacionaba con la secuencia de las participaciones y experiencias de trabajo a lo largo del tiempo. Más tarde, el centro del desarrollo de la carrera pasó del individuo a la organización. Y por último, actualmente, en el nuevo milenio, el individuo es de nuevo el responsable de su carrera (BARUCH 2004).

Según BARUCH (2004), la sociedad y las organizaciones públicas y privadas han experimentado una mezcla de cambios rápidos en diversas esferas: economía, tecnología, cultura e incluso la falta de definición de los límites en diversos aspectos de la vida. Estos cambios tienen repercusiones amplias para la gestión del trabajo y en particular en la planificación de la gestión de las carreras. Todo este proceso de reestructuración ha puesto en tela de juicio la burocracia tradicional. La ampliación de los límites de las organizaciones hace borrosa la delimitación entre las carreras (*boundaryless careers*) (DeFILLIPPI y ARTHUR 1994), haciéndolas más multidireccionales que lineales. Por otra

parte, SULLIVAN (1999) señala que la carrera tradicional dominó el empleo en el campo industrial porque la mayoría de las organizaciones tenían estructuras que las protegían. La horizontalización de las organizaciones y la eliminación de estructuras enteras de estratos gerenciales hicieron menos claros los límites entre las carreras y fomentaron diferentes tipos de carreras y un significado amplio de lo que sería una carrera de éxito.

Existen varias denominaciones: carreras sin fronteras (DeFILLIPI y ARTHUR 1994), carreras inteligentes (ARTHUR y cols. 1995), carreras de resistencia (WATERMAN y cols. 1994), carrera proteana (HALL 1996) y carrera poscorporativa (PEIPERL y BARUCH 1997), que describen la necesidad del trabajador de ganar “empleabilidad” más que un empleo seguro. Los empleadores ya no garantizan empleos seguros e incluso proponen un compromiso maleable; y al mismo tiempo ayudan a los trabajadores a mejorar sus competencias y capacidades para obtener otro trabajo cuando renuncian o deciden cambiar de trabajo. Resistencia, inteligencia, maleabilidad, empleabilidad, son los instrumentos de supervivencia en un mundo de escasez de empleos y donde las organizaciones, para hacerse más competitivas y ganar mercados, disponen de sus trabajadores en gran escala (BARUCH 2004).

El cambio principal se manifiesta en la transformación de los “contratos psicológicos”. Desde el punto de vista institucional se pasa de una perspectiva de “ofrecer empleo seguro para todos” a una “oportunidad de desarrollo”. Para las personas, sería olvidarse del compromiso tradicional con la organización, lo cual significa que las personas podrían establecer compromisos múltiples en diversos niveles de significado: identificación, asociaciones y relaciones, etc. (BARUCH 2004).

La noción natural y tradicional de carrera se basaba en la jerarquía, en estructuras escalonadas rígidas, en un sentido unidimensional o lineal dirigido al “avance”, es decir, a la promoción. Además, la organización jerárquica era una escalera que había que subir. Como resultado de ello, la carrera de éxito se evaluaba según la movilidad en dicha subida y los indicadores externos de su alcance eran el sueldo y la posición social. La estabilidad de la estructura y

la claridad del camino que debía recorrerse hicieron que la carrera se volviera todavía más lineal (DANY y cols. 2003).

En cambio, a finales del siglo XX, la índole y la noción del concepto de carrera cambió considerablemente. Las carreras se volvieron transitorias y flexibles, y el dinamismo de la reestructuración y de los nuevos arreglos entre las organizaciones restó claridad a los caminos que llevaban al éxito e incluso se redefinió lo que se consideraba éxito. El nuevo modelo de carrera comprende una variedad de opciones y diversas posibilidades de dirección y desarrollo. Las personas experimentan con diferentes caminos para definir lo que significa una carrera de éxito: libertad de movimiento, cambio de dirección, de organización, de aspiración. Las personas toman diferentes caminos y no es uno solo el que conduce al éxito (DANY y cols. 2003).

Entretanto, se puede decir que ambas perspectivas de carrera son bastante idealistas. Por consiguiente, se debe buscar una postura de realismo pluralista en cuanto a lo que se requiere de la índole y la durabilidad del vínculo funcional. La idea principal consiste en que, tanto para las personas como para las organizaciones, se reconozcan las diferencias y se multipliquen las opciones y las oportunidades. Es decir, que haya diversas formas de vinculación y alternativas respecto a la perspectiva o la confianza en la duración de dicho vínculo (DANY 2003; BAGDALLI y cols. 2003; NOGUEIRA 1999).

Actualmente, uno de los grandes desafíos para los sistemas de carreras es el surgimiento de nuevas tendencias de producción y consumo, en particular en el sector de servicios que caracteriza la economía y el mercado laboral de los países desarrollados. Otro elemento que va a influir en el futuro de las carreras es el proceso continuo de las innovaciones tecnológicas; este desarrollo exige nuevas vocaciones, nuevos caminos e incluso una reestructuración de todo el mercado laboral, por ejemplo el sector de la internet. Además, este desarrollo conlleva una fuerte demanda de alta preparación en el trabajo. Así mismo, se observa una diversidad en el mercado laboral que tiene consecuencias para las carreras. Algunas de estas diversidades son tradicionales, por ejemplo, las de género y étnicas, pero han surgido otras más recientemente, como las de orientación sexual (BARUCH 2004).

Así pues, la gestión de las carreras no tendrá que ver solamente con ocupar un cargo vacante sino también con todas las opciones posibles de arreglos de trabajo que puedan incluirse, como planes de tiempo de trabajo, flexibilidad numérica y funcional, así como el teletrabajo y el trabajo virtual.

En el cuadro 3 se presentan algunos aspectos que diferencian la carrera tradicional de la “nueva” carrera.

CUADRO 3. La transición de la carrera tradicional a la nueva carrera en transición: algunos aspectos importantes

Aspecto	Tradicional	En transición
Características del ambiente	Estabilidad	Dinamismo
Cuántas veces se ha escogido la carrera	Una vez, al inicio de la carrera y de la vida profesional	Repetidas veces, algunas veces en ciclos, en diferentes etapas de la vida
Responsable principal de la carrera	Organización	Individuo
Perspectiva de la carrera (lugar de trabajo)	Una organización	Varias organizaciones
Perspectiva de la carrera (tiempo)	Larga	Corta
Alcance del cambio	En incrementos	Con transformación
Expectativa del empleador/ofrecimiento del trabajador	Lealtad y compromiso	Largas horas de trabajo
Ofrecimiento del empleador/expectativa del trabajador	Empleo seguro	Inversión en la empleabilidad
Criterio de progreso	Avances de acuerdo con el cargo	Avances de acuerdo con los resultados y los conocimientos (adquiridos)
Significado del éxito	“Ganador del torneo”, progreso de acuerdo con la escala jerárquica	Sentimiento de realización personal
Capacitación	Programas formales, genéricos	Para el trabajo, la organización o especial
Dirección esencial de la carrera	Lineal	Multidireccional

Fuente: Baruch Y. 2004. Transforming careers: from linear to multidirectional career paths: organizational and individual perspectives. *Career Development International*. 9:1, 58-73.

8. TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LAS CARRERAS EN EL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD: resultados empíricos en países de América Latina y el Caribe

Las carreras del personal de administración pública se han justificado basándose en diversos argumentos que se refieren tanto a la valorización del mérito individual, a la promoción de la lealtad del funcionario, como a la necesidad de continuidad, a plazos medio y largo, de iniciativas y directrices adoptadas por las sucesivas gestiones públicas institucionales (NOGUEIRA 1999). Según ARELIANO-GAULT (2004), las carreras no se crearon para hacer al gobierno más eficaz y ágil, sino para evitar el costo que acarrearía tener políticos que pudieran manipular, impunemente, el programa burocrático en un sistema de poder estratificado.

En efecto, sin la posibilidad de contar con un personal permanente, las organizaciones públicas corren el riesgo de perder no solo lo que se denomina memoria institucional, sino también el sentido de ciertos proyectos que exigen una ejecución a largo plazo. O sea que la carrera sirve directamente para la conservación de las directrices políticas y la persistencia de propósitos que, a su vez, se deberían inspirar en la misión institucional (NOGUEIRA 1999).

Por otra parte, la carrera es un medio moderno de valorización de la fuerza laboral; es parte de una justicia de redistribución necesaria dirigida al reconocimiento del mérito y del esfuerzo personal. No obstante, dada la necesidad de contar con la colaboración de esos diversos grupos de personas, las organizaciones públicas necesitan disponer de distintos mecanismos de vinculación y de remuneración, que sin ellos estarían en total desarmonía con la dinámica del mercado laboral contemporáneo. (NOGUEIRA 1999).

Según RAMOS (1998), sería esencial crear los fundamentos para una política de carreras que ofrezcan simultáneamente condiciones para el establecimiento de una administración pública flexible, eficiente y responsable al mismo tiempo que garantiza la valorización de los funcionarios y el fortalecimiento del capital humano del Estado, sin descuidar al mismo tiempo la lucha contra el corporativismo.

Por otro lado, las innovaciones derivadas de las propuestas de reforma gerencial del sector público (nueva administración pública) que dominó el panorama de los años noventa, aunque tengan el potencial de aumentar la eficiencia de la administración pública, muchas veces tienen una repercusión desorganizadora en la estructura de la burocracia pública. Y una de las grandes repercusiones ocurre en el sistema de las carreras de administración pública, bajo el ataque de las nociones de empleabilidad y de flexibilidad de las relaciones laborales (AZEVEDO y LOUREIRO 2003; RAMOS 1998).

Además de esto, la descentralización, generalmente presente en las reformas, dificulta la cohesión de la función pública y la coherencia de las políticas. También desanima el espíritu de equipo en el servicio público, lo cual conduce a la pérdida de la unidad de un programa que busca el bien común. El establecimiento de un cuerpo homogéneo de funcionarios públicos que compartan los mismos valores y estén comprometidos al logro de la misión institucional se ha convertido en un desafío para el buen funcionamiento del Estado.

NOGUEIRA (1999) presenta un análisis interesante sobre la tensión que existe entre la flexibilidad y la estabilidad (carrera). Según el autor, las soluciones de los problemas emergentes (y para el ciudadano visto como cliente) se deben encontrar mucho más rápidamente y mediante recursos mucho más creativos que los previstos por los esquemas weberianos de normas burocráticas universales. Flexibilizar el empleo y el trabajo en este caso significa encontrar formas de colocar rápidamente a la persona indicada en el lugar indicado para garantizar la satisfacción del cliente y permitir la propia reproducción de la institución frente a las fuerzas del mercado y de las tecnologías modernas. El carácter temporal del contrato, la variedad de las jornadas de trabajo, la multiplicación de incentivos, el aumento de la tasa de dimisión y readmisión se presentan como características imprescindibles para ese ajuste de la administración pública al ritmo de la sociedad contemporánea. No obstante, la flexibilidad obtenida gracias a los contratos temporales (por ejemplo, el regreso de la CLT o de nuevas formas de contratación por períodos determinados), a la tercerización y a la cooperativización no debe excluir la estabilidad funcional de un número mayor o menor de personas que garanticen la continuidad de la

dirección institucional. Por lo tanto, se trata de no escatimar esfuerzos para encontrar reglamentos apropiados para cada uno de los tres componentes del personal: el núcleo permanente de la carrera, el contratado temporalmente y el tercerizado (NOGUEIRA 1999).

En el cuadro 4 se resumen algunas ventajas y desventajas de los tres arreglos de contratación principales que se usan en la administración pública según GAETANI (2002).

CUADRO 4. Ventajas e inconvenientes de los tres tipos de arreglos: contratos, sin vínculos y carreras

	Puntos positivos principales	Puntos negativos principales
Contratos	Individualización de responsabilidades Contractualización de resultados Estructura de incentivos motivadora Tiempo determinado con salvaguardas contra interferencias políticas	Despolitización Especificación y adhesión discutibles Descaracterización del <i>ethos</i> público Flexibilización y mitigación de los controles legales sobre medios y procedimientos
Sin vínculos	Mandato popular y lealtad política Posibilidad de producir innovaciones y cambios Potencial emprendedor Motivación	Inmediatez y superficialidad Desconocimiento de los límites y posibilidades de la estructura. Decisiones arriesgadas (para los superiores y para la organización) Atracción por otros intereses
Carreras	Profesionalismo (habilidades especiales) Conocimiento del gobierno (redes, información y procedimientos) Sentido de preservación Perspectiva a largo plazo	Lealtad y motivación limitadas Asimetría de la información Potencial con sesgo burocrático Compromiso con la "casa" Prácticas corporativas que buscan solo el beneficio (" <i>rent-seeking</i> ")

Fuente: Gaetani F. 2002. Com quem governar? dilemas da montagem de equipe no executivo Federal. In: Brasil. *Balanço da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública*. Brasília: 263-287.

De este modo, aunque las condiciones de empleo en el sector público hasta ahora ofrezcan bastante garantía en comparación con el sector privado, las reestructuraciones importantes que ha experimentado el sector en estos últimos decenios indican que la satisfacción con la seguridad del empleo y de la carrera estarían influyendo de manera negativa en las actitudes y el comportamiento de los trabajadores, especialmente en su compromiso y motivación (MORGAN y ZEFFANE 2003)

Según NOGUEIRA y SANTANA (2003), en los países desarrollados la competencia de los recursos humanos pasó a ser una cuestión vital para el Estado. Los funcionarios públicos se necesitan no solo para realizar adecuadamente las tareas complejas de la regulación social, sino también las tareas comunes de las transacciones económicas, relacionadas con

proveedores y clientes, en una relación en la que cada vez más interviene la tecnología de la información. Una de las consecuencias de esta nueva coyuntura es que se están reavivando los esquemas de mérito y de negociación en el trabajo y se afirman enfáticamente valores de alcance ético y político, con implicaciones económicas.

Entretanto, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe la rigidez excesiva de las normas que regulan las relaciones laborales (especialmente las normas de contratación, cancelación del contrato, remuneración y ascenso) es un fenómeno común que se manifiesta en su sector público (GIRARDI 2000). Así pues, la gestión de las carreras sanitarias —estructura de las carreras, salarios, movilidad y medidas disciplinarias— está regida por las normas que regulan los servicios públicos, incluso cuando estas reglas no consideran las particularidades del sector sanitario.

En el sector público de la salud, especialmente en los países de América Latina y el Caribe, las estructuras de carrera suelen ser rígidas y la movilidad dentro de las distintas categorías profesionales y entre ellas es poca o inexistente. Siempre que existen varios niveles de estructuras de carrera para médicos y enfermeras, suele existir una estructura sencilla para las otras categorías de trabajadores sanitarios. Esto puede favorecer los objetivos de la organización, pero condena a las personas a tener pocas posibilidades, y a veces a no tener ninguna posibilidad de ascensos en toda su vida laboral. Por otra parte, en algunos países es posible entrar con un nivel bajo de formación y la edad mínima para la contratación y llegar al cargo más alto antes de la jubilación. Otro problema es la gestión y la administración de los servicios, porque las perspectivas de carrera son menos atractivas que en las carreras profesionales (clínicas), por lo cual es difícil atraer y retener a personas cualificadas en los diversos campos administrativos (MARTINEZ y MARTINEAU 1998).

Además, si no se consideran los médicos y los enfermeros, existen pocos incentivos y oportunidades para la mayoría de los demás trabajadores sanitarios de obtener preparación adicional que podría conducir a una promoción. Las reglas de promoción basadas en la edad o la antigüedad no proporcionan necesariamente la forma más eficaz de gestión, pero constituyen el procedimiento más flexible que puede recibir apoyo.

No obstante, según MARTINEZ y MARTINEAU (1998), el progreso en la carrera representa un instrumento de gestión tan importante para las personas que se puede utilizar y se ha utilizado como instrumento gerencial que puede mitigar algunos problemas del sistema sanitario. Por ejemplo, en muchos países la permanencia mínima en servicios en zonas rurales o remotas es la condición necesaria para ser candidato a las futuras formas de capacitación o al ingreso en el servicio público.

El cuadro 5 presenta algunos aspectos de la situación actual de las carreras en el sector público de la salud de países de América Latina y el Caribe que viene siendo objeto, en los últimos años, de acalorados debates y de algunos cambios.

CUADRO 5. Situación actual de varios aspectos de las carreras del sector público de la salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.

Aspecto	Situación actual
Estructura	En general, bajo las normas generales del servicio público, con reglas que muchas veces no son pertinentes para el personal de salud; inflexible, con pocos mecanismos de movilidad dentro de los grupos profesionales y entre ellos; varios niveles de estructura de carrera para médicos y enfermeros, pero una estructura sencilla para las demás categorías de trabajadores (poca posibilidad, a veces ninguna, de tener una promoción en toda su vida laboral).
Selección	Poca participación de la organización contratante; los parámetros para la selección corresponden únicamente a los conocimientos y la habilidad técnica especial sin incluir otras habilidades como las de negociación, trabajo en equipo, comunicación, etc.
Contratación	Existen simultáneamente marcos y mecanismos de contratación inflexibles y bastante normativos que conviven con formas flexibles variadas, muchas de ellas inestables y precarias.
Remuneración, evaluación del desempeño, sistemas de incentivos	Bajo salario, generalmente por horas trabajadas (fijo); si hay un sistema de evaluación del desempeño, este es burocrático; y los sistemas de incentivos son poco utilizados o terminan por convertirse en complemento salarial.
Promoción	Es demorada, con pocos niveles y suele estar vinculada a la antigüedad y el mérito y no a la educación, la capacitación y el desempeño en el trabajo

Fuente: Documentos consultados.

Mientras tanto, a principios de este milenio, varios países de América Latina y el Caribe, con la intención de reducir el número y la intensidad de los conflictos generados y de hacer frente a la situación de heterogeneidad sociolaboral en el sector público de la salud, están emprendiendo iniciativas políticas que tienen que ver con procesos de negociación colectiva de mayor formalización de las relaciones laborales.

De esta manera, se están examinando marcos normativos (leyes, reglamentos, normas administrativas) tendentes a una mayor regulación y formalización de las relaciones laborales. Muchas veces han tomado como referencia los modelos de organización burocrática del Estado del siglo pasado, como

carreras sanitarias, normas básicas de recursos humanos en materia de salud o reglamentos de derechos y obligaciones de los trabajadores sanitarios. De alguna forma, estas propuestas requieren el establecimiento de un sistema centralizado (en ciertas ocasiones) mediante una serie de reglas rígidas y universales (para contratación, promoción, capacitación, evaluación y jubilación) al mismo tiempo que se introducen algunos componentes o valores considerados más modernos como la evaluación del desempeño, el pago de incentivos y la noción de eficiencia y de deontología.

Según parece, se está aceptando rápidamente que un sistema formal de carreras, con reglas generales y basado en la evaluación del desempeño transformará, por si mismo, la gestión del trabajo en un sistema más flexible, eficiente, responsable y transparente.

Por consiguiente, los cambios de la gestión del trabajo en el campo de la salud en América Latina y el Caribe impuestos por las transformaciones de la relación entre el Estado, la sociedad y la economía en los años noventa parecen haberse superpuesto a los tres programas, como se puede observar en el cuadro 6.

CUADRO 6. Algunos aspectos de las propuestas de carreras en el sector público de la salud en países de América Latina y el Caribe

Aspecto	Propuestas
Estructura	<p>Bajo normas generales del servicio público, pero dirigida especialmente a los profesionales sanitarios. Abarca todo el personal profesional, técnico y auxiliar de salud (personal de bata blanca). Normas generales, pero una selección descentralizada. Mecanismos de movilidad vertical y horizontal más flexibles, por la evaluación del desempeño y la capacitación. Movilidad entre entidades federativas y organizaciones más "rígida". Unidireccional y lineal</p>
Selección	<p>Participación del contratante y de los trabajadores en el proceso selectivo; Concurso público, interno o externo. El proceso de selección procura evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • competencias, habilidades, experiencia y destrezas especiales del cargo que se va a ocupar • cualidades personales y otros requisitos de gestión y organización propias del servicio; <p>Modalidad de evaluación: pruebas escritas, pruebas prácticas, entrevistas, verificación de referencias de empleo, u otras que se juzguen necesarias.</p>
Contratación	<p>En la contratación, garantía del ejercicio de los tres derechos: del trabajador, de la institución y del paciente. Contratos: estatutarios (nombramiento) por producto Temporales (tiempo fijo) También los contratos temporales deben incluir los beneficios previstos en la ley</p>
Remuneración, evaluación del desempeño, sistemas de incentivos	<p>Evaluación del desempeño: Vinculación con la educación permanente y con la carrera. Evaluación individual y colectiva. Criterios: recertificación, participación en la educación permanente y actividades científicas, productividad y calidad de la atención prestada. Desempeño insuficiente: monitoreo y sanciones para los reincidentes (generalmente en la segunda evaluación negativa). Remuneración e incentivos: una fracción fija y variable. Fracción variable: (individual y colectiva), reconoce el resultado, la productividad y la calidad medidos con la evaluación del desempeño. Incentivos: financieros y no financieros</p>
Promoción	<p>Niveles de progreso individual establecidos previamente para carreras profesionales según los conocimientos, habilidades y compromiso institucional, con metas de producción y calidad. Ascenso (movilidad) vertical: a puestos de trabajo cualificados, como jefatura de servicio o unidades, y a puestos directivos. Evaluación de la movilidad horizontal con los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cumplimiento de objetivos: productividad y calidad de la atención prestada (compromiso de gestión); • participación en investigación o trabajos científicos; • participación con el cuerpo docente en programas de educación permanente, etc.; • compromiso con las metas de la organización; • es un sistema voluntario y reversible. <p>Por tiempo de servicio</p>

Fuente: Documentos consultados.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Las reformas del estado, y también las del sector sanitario, en los diferentes países del mundo en los años noventa, centraron su atención en los cambios estructurales, en la contención de costos, en la introducción de mecanismos de mercado y en la ampliación de las opciones de los consumidores, pero se prestó poca atención a los aspectos de la gestión laboral.

El desafío que afrontan los países de América Latina y el Caribe para contar con sistemas de salud equitativos, eficientes, eficaces, sostenibles y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de sus poblaciones, señala la gestión laboral como una condición esencial para su capacidad institucional. Entretanto, en general, la combinación de un mercado laboral desregulado con una fuerte restricción de gastos por parte de los gobiernos sigue siendo la tendencia dominante y favorece en todos los sentidos la precarización del trabajo en el sector público de dichos países.

En este contexto, el desarrollo institucional de la gestión del trabajo —con todos sus matices jurídicos, éticos, económicos y políticos— es uno de los factores principales para el desempeño adecuado de los sistemas sanitarios.

Así, varios países de América Latina y el Caribe, desde ese primer momento, han revisado sus marcos normativos y han propuesto una legislación (leyes, reglamentos, normas administrativas) que procura establecer estas relaciones de forma más definida e institucionalizada. En esta reformulación han subrayado la importancia de valores “tradicionales”, como la imparcialidad, la legalidad y la integridad, pero, al mismo tiempo, dándoles un significado moderno y añadiendo “nuevos” valores como la transparencia y la eficiencia, poniendo de manifiesto una cultura del servicio público basada, cada vez más, en la calidad de los resultados.

A partir del análisis de las propuestas de nuevos marcos reguladores en los países mencionados, y también de los estudios presentados en la bibliografía, podemos determinar algunos componentes, en cada una de las cinco dimensiones de la gestión del trabajo anteriormente descritas, que se pueden considerar como puntos clave de la estructuración de sistemas sanitarios

equitativos, universales y de calidad. De este modo, se señalan algunos mecanismos o estrategias de acción que pueden acompañar estos cambios de la gestión del trabajo, experimentada por estos países, en la que se busca pasar de sistemas rígidos a sistemas negociados y flexibles, manteniendo un ambiente laboral adecuado que proteja los intereses del trabajador, del usuario y de los servicios y cuidados de salud de la institución y el sistema de salud.

DIMENSIÓN 1. Planificación de la fuerza laboral: Suficiente dotación de personal, con una preparación adecuada que satisfaga las necesidades de servicios de la población y garantice la disponibilidad y la distribución equitativa y coherente entre regiones geográficas, establecimientos y niveles de atención.

Componentes

1.1 Métodos para determinar la necesidad de recursos humanos en número, categorías y preparación y capacidades necesarias en cada nivel.

- a) Recopilación de datos, análisis y definición de la situación global de la fuerza laboral (disponibilidad, composición de los recursos humanos; oferta de recursos humanos procedentes de centros docentes);
- b) comparación con patrones o parámetros para tratar de determinar las necesidades y la adaptación a las características del sistema sanitario;
- c) determinación de problemas y necesidades cuantitativas y cualitativas de recursos humanos;
- d) estructuración del Observatorio de Recursos Humanos en Salud: información fidedigna de la situación actual de recursos humanos;
- e) coordinación entre oferta y demanda del sector sanitario;
- f) definición de un plan para obtener los recursos humanos necesarios más adecuados conforme a las necesidades determinadas.

1.2 Mecanismos eficaces para asignar personal en zonas remotas.

- a) Incentivos financieros y en la carrera para una mejor distribución de la fuerza laboral;

- b) compensación salarial por trabajos en lugares de difícil acceso y alto riesgo, trabajo peligroso;
- c) movilidad intersectorial más regulada;
- d) movilidad entre países: elaboración de nuevos marcos de regulación profesional.

DIMENSIÓN 2. Gestión del desempeño: Optimizar la productividad y la calidad del desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud. Esto incluye intervenciones para la gestión del desempeño propiamente dicho (formas de organización del trabajo, gestión de la tecnología, establecimiento de equipos de trabajo, uso de sistemas de incentivos y de evaluación del desempeño). Es necesario garantizar que esos recursos clave se utilicen para obtener resultados de salud óptimos.

Componentes

2.1 Información e instrumentos apropiados para la gestión del desempeño del personal así como la autoridad para el uso de estos instrumentos.

2.2 Ofrecer recompensas atractivas, con conocimiento de la percepción del valor de diferentes formas y condiciones de pago.

- a) Remuneración e incentivos: fracción fija y variable;
- b) fracción variable: (individual y colectiva), reconocimiento del resultado, medición de la productividad y la calidad mediante la evaluación del desempeño;
- c) incentivos: financieros y no financieros;
- d) arreglos de contratación y vinculación más flexibles.

DIMENSIÓN 3. Condiciones de trabajo: Manejo adecuado de los contratos de trabajo, los sistemas de remuneración, las condiciones de protección social de los trabajadores (carrera, sistemas de incentivos, relación entre la institución empleadora y los empleados y las relaciones colectivas laborales,

sindicalización y negociación colectiva) y la búsqueda de modalidades eficaces de comunicación entre la dirección y los trabajadores como forma de participación en las decisiones clave del desempeño y en los resultados para la población.

Componentes

3.1. Mecanismos de negociación colectiva laboral.

- a) Permanente (mesa de negociación);
- b) eventual.

3.2 Mecanismos de participación de los trabajadores.

- a) Comités de selección y de evaluación del desempeño;
- b) en la toma de decisiones y en la planificación de actividades.

3.3 Desarrollo de carreras especiales para el sector de la salud.

DIMENSIÓN 4. Educación y capacitación: Garantizan el suministro adecuado de categorías profesionales con la preparación y las capacidades necesarias y que sean capaces de obtener nuevos conocimientos continuamente. Abarcan intervenciones que van desde la determinación continua de necesidades educativas, la definición de competencias laborales, la elaboración de programas de estudio, el diseño institucional, la adopción de medidas educativas que sean más eficaces y adecuadas para los objetivos que se quieren lograr, hasta la evaluación de las competencias adquiridas.

Componentes

4.1 Características básicas de la educación de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos, personal auxiliar, etc.).

4.2 Estrategias y mecanismos de articulación con el sistema educativo para adaptar, satisfactoriamente, los programas de estudio y procesos de aprendizaje a fin de lograr los objetivos del sistema de salud.

4.3 Mecanismos diseñados para lograr la calidad de la educación y la capacitación.

4.4 Mecanismos de evaluación continua de programas de educación para mantener los conocimientos y las capacidades de la fuerza laboral conforme a las “buenas prácticas”.

4.5 Información necesaria para la planificación y el monitoreo del proceso.

4.6 Hincapié en la capacitación permanente basada en competencias y capacidades.

DIMENSIÓN 5. Gobernanza: Fomento de la capacidad institucional con la estructuración de foros y ámbitos de negociación, debate y formación de consenso en el sistema de salud para determinar necesidades y establecer medidas prioritarias; y también el papel fuera del sector relativo a la ampliación de las relaciones en foros ajenos al sector sanitario que pueden influir en la definición de políticas que tienen que ver con la gestión del trabajo.

Componentes

5.1 Cambio del enfoque conceptual: El trabajador sanitario como protagonista de procesos sociales e institucionales complejos que constituyen la atención de salud, en busca del acceso universal a los servicios sanitarios y de la extensión de la protección social. Hay que aunar los esfuerzos y dirigirlos hacia el objetivo de la salud como un bien público. De esta manera, la gestión del trabajo sería un proceso de mediación entre la misión institucional y los componentes del sistema de gestión del trabajo.

5.2 Creación de la capacidad institucional

- a) Mecanismos de articulación entre los diferentes actores externos que participan en la gestión del trabajo en el campo de la salud: educación, práctica profesional y mercado laboral. En el cuadro 7 se presentan algunos actores institucionales que podrían influir en las diversas dimensiones de la gestión del trabajo.

- b)** Mecanismos de articulación y solución de conflictos dentro del sistema de salud (participación de los usuarios, trabajadores y representantes de grupos y sindicatos).

CUADRO 7. Actores institucionales que pueden influir en la gestión del trabajo en el campo de la salud

Actores institucionales	Ejemplos
Estado	Ministerios, secretarías y departamentos Salud (federal o central; estados o provincias, municipios) Administración pública Gobierno local Redes de información sanitaria (observatorio de salud) Finanzas Trabajo Asistencia social Ministerio público (controlaría) Auditores independientes Comisiones públicas Poder legislativo Organismos de regulación; públicos y privados.
Empleadores	Gobierno federal (central) Gobierno estatal (provincia) Gobierno municipal (local) Organismos de regulación Compañías privadas Organizaciones no gubernamentales Trabajadores independientes.
Productores	Instituciones de formación superior Escuelas técnicas Escuelas de formación vocacional Organismos de subcontratación (por el Estado) Otros organismos públicos y privados de formación Ministerio, secretarías y departamentos de educación.
Reguladores profesionales	Consejos profesionales (organismos estatutarios) Asociaciones profesionales Autoridades educativas.
Proveedores de servicios	Trabajadores sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos y personal auxiliar, fisioterapeutas, odontólogos, etc.) Personal sanitario: otros profesionales auxiliares (administradores, abogados, contadores, etc.)
Representantes	Sindicatos Consejo profesional Asociación profesional
Consumidores	Usuarios individuales Grupos de usuarios (asociaciones de pacientes, hospitales, etc.) Consejos de salud (paritarios: usuarios, trabajadores, empleadores y gobierno).
Financiadores externos	Bancos de desarrollo Organismos multilaterales y bilaterales. Organizaciones no gubernamentales.

FUENTE: Adaptado de Martínez, J., & Martineau, T. (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13, 345-358

Respecto a la creación de carreras sanitarias en el sector público de la salud, algunos componentes deberían ser objeto de debate y negociación amplios para que en las propuestas, en los países de América Latina y el Caribe, se incluyan condiciones de eficacia y sostenibilidad económica, social y política. Algunos componentes figuran en el cuadro 8.

CUADRO 8. Componentes de un plan de carreras, cargos y salarios

Componentes	Aspecto
Estructura	
Alcance	Bajo normas generales del servicio público o contempla las normas particulares de los profesionales de la salud. Regulación centralizada o con diferentes niveles de descentralización.
Cobertura	Abarca todo el personal profesional, técnico y auxiliar de salud o solamente el personal de bata blanca.
Mecanismos de movilidad	Movilidad vertical y horizontal por antigüedad, por evaluación de desempeño y capacitación. Movilidad entre entidades federativas y organizaciones más "rígida" o poco controlada (intereses del trabajador).
Selección	
Ingreso	Concurso (selección) público, interno o externo Participación del contratante y de los trabajadores en el proceso de selección.
Competencias y habilidades exigidas	Competencias, habilidades, experiencia y destrezas especiales del cargo que se va a ocupar. Cualidades personales y otros requisitos de gestión y organización propios del servicio; Competencias en la atención de los usuarios: atención, cortesía y benevolencia.
Modalidad de evaluación:	Pruebas de conocimientos especiales, pruebas prácticas, entrevistas, verificación de referencias de empleo.
Contratación	
Vinculación	Contratos formales: estatutarios (nombramiento) por producto Temporales (tiempo fijo) Contratos Informales: tercerización, precarizaciones diversas
Mecanismos de protección o desprecarización	También los contratos temporales y tercerizados con cobertura de los beneficios previstos en la ley o en acuerdos con representantes legales
Deontología	Especificación de la garantía del ejercicio de los tres derechos: del trabajador, de la institución y del paciente.
Remuneración	
Remuneración e incentivos:	Una fracción fija y variable. Fracción variable: (individual y colectiva), reconoce el resultado, la productividad y la calidad medidos con la evaluación del desempeño.

continúa

Componentes	Aspecto
Evaluación del desempeño, sistemas de incentivos	
Vinculación:	Vinculación con la educación permanente y con la carrera. Evaluación individual y colectiva.
Incentivos	Financieros y no financieros
Criterios	Recertificación, participación en la educación permanente y actividades científicas, productividad y calidad de la atención prestada
Sanciones	Desempeño insuficiente: monitoreo y sanciones para los reincidentes (generalmente en la segunda evaluación negativa).
Promoción	
Tipo	Niveles de progreso individual establecidos previamente para carreras profesionales según los conocimientos, habilidades y compromiso institucional, con metas de producción y calidad. Por tiempo de servicio
Ascenso (movilidad) vertical:	A puestos de trabajo cualificados, como jefatura de servicio o unidades, y a puestos directivos.
Ascenso (movilidad) horizontal	Evaluación de la movilidad horizontal con los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • cumplimiento de objetivos: productividad y calidad de la atención prestada (compromiso de gestión); • participación en investigación o trabajos científicos; • participación con el cuerpo docente en programas de educación permanente, etc.; • compromiso con las metas de la organización;

10. BIBLIOGRAFÍA

Arellano-Gault D. 2004. Hacia un servicio civil de carrera en México: ventajas y peligros de la propuesta actualmente en discusión. *ASPA Online Columns*. November 15.

Arthur MB, Claman PH, DeFillipi RJ. 1995. Intelligent enterprise, intelligent careers. *Academy of Management Executive*. 8:4, 7-22.

Azevedo CB e Loureiro MR. 2003. Carreiras públicas em uma ordem democrática: entre os modelos burocrático e gerencial. *Revista do Serviço Público*. 54:1, 45-59.

Bagdadli S. et al. 2003. The emergence of career boundaries in unbounded industries: career odysseys in the Italian new economy. *Int. J. of Human Resource Management*. 14:5, 788-808.

Baruch Y e Rosentein E. 1992. Career planning and managing in high tech organizations. *Int. J. of Human Resource Management*. 3:3, 477-96.

Baruch Y. 2004. Transforming careers: from linear to multidirectional career paths: organizational and individual perspectives. *Career Development International*. 9:1, 58-73.

Becker KH e Haunschild A. 2003. The impact of boundaryless careers on organizational decision making: an analysis from the perspective of Luhmann's theory of social systems. *Int. J. of Human Resource Management*. 14:5, 713-27.

Borges A. 2000. Ética Burocrática, Mercado e Ideologia Administrativa: Contradições da Resposta Conservadora à "Crise de Caráter" do Estado*
Dados, 43(1):119-151.

Brasil. Ministério da Saúde. 2003. Boletim Estatístico de Pessoal, MP, N. 91, Novembro 2003

Bresser Pereira LC. 1998. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34, 368p.

Buchan, J. 2000. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*, 15, 319-325.

Buchan, J. 2004. What differences does ("good") HRM make? *Human Resources for Health*. 2:6.

CLAD/Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento. 1999. Uma nova gestão pública para a América Latina. *RSP* 50(1):123-147.

Christensen T, Loegreid P. 2001. La nueva administración pública: el equilibrio entre la gobernanza y la autonomía administrativa. *RSP* 52(2):69-110.

Dany F. 2003. "Free actors" and organizations: critical remarks about the new career literature, based on French insights. *Int. J. of Human Resource Management*. 14:5, 821-838.

DeFillipi RJ. E Arthur MB. 1994. *The boundaryless career: a competency-based prospective*. *Journal of Organizational Behavior*. 15:4, 307-24.

Devine JD. 2004. The future of labor relations in the federal public sector. *Journal of Labor Research*. 25:1, 9-18.

Dussault G, Dubois C: Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health* 2003 1:1

Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. 1999. *A nova administração pública em ação*. Brasília: UNB/ENAP, 468p.

Franco LM; Bennet S. E Kanfer R. 2002. Health sector reform and public sector health force motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine* 54. 1255-66.

Gaetani F. 2002. Com quem governar? dilemas da montagem de equipe no executivo Federal. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Gestão. *Balanço da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública*, Brasília, 6 a 8 de agosto de 2002. – Brasília: MP, SEGES, 2002. 263-287.

Girardi SN. 2000. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina, (mimeo).

Girardi, SN; Carvalho, C.L. & Girardi Jr, J.B. 2000. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório “3 Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo”, Buenos Aires, Argentina, 17-20/05/2000 (Trabalho Completo, CD-ROM).

Goodin RE. 2000. Trusting individuals versus trusting institutional: generalizing the case of contract. *Rationality and Society*. 12(4):381-95.

Gould-Williamms J 2003. The importance of HR practices and workplace trust in achieving superior performance: a study of public-sector organizations. *International Journal of Human Resource Management*. 14:1, 28-54.

Hall DT. 1996. The career is dead – long live the career. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Hirsch J 1996. *Globalización, capital y Estado*. México: Universidade Autónoma Metropolitana. 132p.

International Labour Organization: 1998. Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Report for discussion at the Joint meeting on terms of employment and working in health sector reforms. Geneva.ILO.

Kurz R. 1998. O futuro é diferente: uma visão da sociedade no século 21. In: *Sociedade e Estado: superando fronteiras*. São Paulo: FUNDAP, p.15-34.

Martínez, J., & Martineau, T. (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13, 345-358

Morgan ED e Zeffane R. 2003. Employee involvement, organizational change and trust in management. *International Journal of Human Resource Management*. 14:1, 55-75.

Narasimham V. et al. 2004. Responding to the global human resources crisis. *The Lancet*. 363:1, 1469-72.

Nogueira RP e Santana JP 2003. Human Resource Management and Public Sector Reforms: Trends and Bases of a New Approach. In: Ferrinho P. e Dal Poz M. (eds) *Towards a global health workforce strategy*. ITGPress. Bélgica

Nogueira RP. 1999. Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: Lima, JC & Santana, JP (Org) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU* Natal:OPS/OMS. p. 65-81.

Nogueira, R.P 1999. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: Lima, JC & Santana, JP (orgs) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU* Natal:OPS/OMS. 443-450.

Nunes F e Reid U. 1997. Health infrastructure: human resource. In: Pan-American Health Organization. *Health conditions in the Caribbean*. Washington: PAHO.

OCDE. 2001. Desenvolvimentos recentes na gestão dos recursos humanos nos países-membros da OCDE. *Revista do Serviço Público*. 52:2, 49-67.

Osborne D, Gaebler T. 1995. *Reinventando o Governo: Como o Espírito Empreendedor Está Transformando o Setor Público*. Brasília, MH Comunicação.

Padilla M. 2004. Gestión Del Trabajo. Reunión de Consulta Regional. Resumen de los trabajos de grupo y plenaria. Brasilia Julio, 7 del 2004

Pan American Health Organization (PAHO) 2001. *Development and strengthening of human resources management in the health sector*. Washington D.C: 128th Session of the Executive Committee

Pan American Health Organization (PAHO). 2001. *Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector salud*. 43º Consejo Directivo, 53ª Sesión del Comité Regional. Washington, 24-28 setembro

Peiperl MA e Baruch Y. 1997. Back to square zero: the post-corporate career. *Organizational Dynamics*. 25, 50-9.

Piore M, Sabel C. 1984. *The Second industrial divide*. New York: Basic Books.

Pollit C. 1994. *Managerialism and the Public Services*. Oxford, Blackwell.

Przeworski A. 1996. Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. *RBCS* 32:18-40.

Przeworski A. 1998. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agent x principal*. In: Bresser Pereira LC, Spink PK. (Org) Rio de Janeiro: FGV, 39-73.

Quintana PB 2000. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Pan Am J. Public Health*. 8:1/2, 43-53.

Quintana PB, Campos F, Novik M. (Org) 1996. *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Organización Panamericana de la Salud. Washington: p.23-52.

Ramos MM. 1998. Fundamentos para uma política de carreiras no contexto da reforma gerencial. *Revista do Serviço Público*. 49:3, 29-57.

Rigoli F e Dussault G. 2003. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*. 1:9.

Santos BS. 1999. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 348p.

Sullivan SE. 1999. The changing nature of careers: a review and research agenda. *Journal of Management*. 25:3, 457-84.

Trosa S. 2001 *Gestão pública por resultado: quando o Estado se compromete*. Brasília: ENAP 320p

Vroom VH.1994. Work and motivation. Chichester: Wiley.

Waterman RH Jr, Waterman JA e Collard BA. 1994. Toward a career-resilient workforce. *Harvard Business Review*. 72:4, 87-95.

6. DOCUMENTOS CONSULTADOS

Bolivia. Ministerio de Salud Y Prevision Social. Direccion General de Planificación, Proyectos Y Gestión Social. Unidad de Capacitación Y Acreditacion Profesional. *REGLAMENTO DE LA CARRERA SANITARIA*. Documento Borrador. La Paz, Junio de 2001.

Colombia. El Congreso de Colombia. 2003. *PROYECTO DE LEY Nº 17* de XX de 2003 “Por la cual se establecen los criterios generales que regulan el ejercicio, entrenamiento y empleabilidad del recurso humano para la atención en salud.”

Ecuador. Consejo Nacional de Salud. Comisión Nacional de Recursos Humanos, CONARHUS. 2002. *CARRERA SANITARIA*. Tercer Borrador Inicial de Trabajo (26 de agosto de 2002).

Paraguay. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social 2004.Taller de Definición de Carrera Sanitaria. Marzo 2004.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública Y Asistencia Social - SESPAS- Consejo Nacional de Salud - -CNS- 2003. *REGLAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Versión final. Santo Domingo. Julio de 2003.