

UNIVERSIDAD DE MONTREAL
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
ESCUELA DE VERANO EN SALUD PÚBLICA

LA GESTIÓN ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Gilles Dussault, PhD, director y profesor titular
Departamento de administracion de la salud, Universidad de
Montreal

Luis Eugenio de Souza, M.Sc, doctorando en salud publica por la
Universidad de Montreal,
profesor de la Universidad Estadual de Feira de Santana, Brasil.

Montreal, Junio de 2000

LA GESTIÓN ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

- 1) Introducción
- 2) ¿Manejar los servicios de salud? Las particularidades de esa tarea
- 3) Organizaciones de salud como organizaciones profesionales
- 4) Criterios y determinantes del desempeño de las organizaciones de salud
- 5) Análisis de la situación de los recursos humanos en salud (RHS)
- 6) Problemas de la gestión de RHS y sus causas típicas
- 7) Estrategias de desarrollo de RHS
- 8) Ingredientes de políticas y prácticas exitosas de gestión de RHS

1) INTRODUCCIÓN

La gestión de recursos humanos en salud (RHS) es un tema central, pero de abordaje difícil. Central, debido al papel fundamental que la fuerza de trabajo lleva a cabo en la producción y en el uso de los servicios de salud. Difícil, porque no es una ciencia exacta y los resultados son dependientes de un gran número de factores.

En cualquier sistema de servicios de salud, son los profesionales de la salud que, en última instancia, definen que servicios serán consumidos, cuando se consumirán, donde, en que cantidad y, por consiguiente, que impacto estos servicios tendrán sobre la condición de salud de las personas.

El éxito de las acciones de salud depende, por tanto, de la organización del trabajo, es decir, de las definiciones sobre la cantidad, la combinación (el *mix*) de competencias, la distribución, el entrenamiento y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

Tenemos un indicador de la importancia de los trabajadores en salud cuando observamos que 75% de los gastos totales del sector salud están directamente con los recursos humanos (formación, pago de servicios prestados, beneficios sociales)

En el pasado, los recursos humanos eran vistos de una manera instrumental, como un factor de la producción entre otros y no como los protagonistas del proceso de producción de servicios. Creíase que los ajustes eventualmente necesarios en el personal podrían realizarse a través de programas de entrenamiento. La gestión de recursos humanos recibió atención limitada de los estudiosos de la administración y de los responsables políticos por la organización de los servicios de salud.

Hoy en día, la relevancia de la fuerza de trabajo en salud empieza a ser reconocida. La elaboración de política de recursos humanos empieza a hacer parte de la agenda de los formuladores de política y de los gerentes del sector salud. En Latinoamérica, crece el debate sobre el tema de los recursos humanos. Iniciativas como la evaluación de la enseñanza médica, en Brasil (Cinaem, 1997), son sugestivas de la importancia que la política de personal está asumiendo en los países de la región.

De hecho, la preocupación con los recursos humanos está más que justificada. En muchos países, una serie de desequilibrios se observa en la distribución del personal de salud, sea por

tipo de establecimiento, por nivel de cuidados, por categoría profesional o por región. Esos desequilibrios representan un uso inadecuado de recursos raros y caros y limitan el acceso de la población a los servicios.

La formación profesional y la educación continua también presentan una serie de problemas, como la inadecuación al mercado de trabajo o a las necesidades de salud y la insuficiencia de calidad.

Además, la observación de variaciones en las prácticas de los profesionales indica la posibilidad de mejoras significantes en la efectividad y en la eficacia de los servicios prestados, desde que, como se sabe, el volumen, el costo y la calidad de los servicios son determinados por las millares de micro-decisiones personales que toman cotidianamente y autónomamente los profesionales y técnicos de salud.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de salud, en muchas áreas, son inadecuadas. Hay problemas de remuneración, de falta de planes de carrera, de precariedad de infraestructura.

Sin duda, todos esos problemas comprometen las oportunidades de éxito de las políticas de salud. De hecho, las políticas no pueden tener éxito sin una nueva política de recursos humanos. Los procesos de reforma de la salud en andamiento, que tienen como objetivos la mejora de la accesibilidad, de la equidad y de la calidad de los servicios, no pueden limitarse a la reforma de las estructuras. Ellos también deben, y de manera prioritaria, adaptar las competencias, las conductas y las actitudes del prestadores de servicios a los objetivos buscados.

La práctica de administración de recursos humanos no es, sin embargo, neutral. Ella refleja los valores y la búsqueda de objetivos correspondientes a tales valores. La gestión de personal incluye todas las acciones logradas para el establecimiento de condiciones que favorezcan el alcance de los objetivos definidos. *Consiste en transformar los recursos disponibles en servicios que atiendan efectivamente y eficientemente a las necesidades de los individuos y de las poblaciones dentro de un contexto en evolución permanente.*

En el texto que sigue, intentamos ofrecer una visión general del significado, de la importancia, de los problemas y de las estrategias de administración de recursos humanos en

salud, tanto en el nivel político como en el operacional. Para tanto, recordamos primeramente las características peculiares del sector salud y de sus organizaciones, discutiendo aun los criterios y los determinantes del desempeño de los servicios sanitarios.

En seguida, presentamos las implicaciones de las especificidades del sector para la política de recursos humanos. La política debe cubrir todos los aspectos de la producción y de la administración de los recursos humanos, a saber: la evaluación del desempeño del personal, los procesos condicionantes de ese desempeño (desarrollo de competencias, distribución y gerencia de personal) y los determinantes de esos procesos (la política y los sistemas de regulación, los recursos, las relaciones de poder). Ilustramos esos aspectos con la descripción de algunos de los problemas típicos de recursos humanos y discutimos sus causas principales.

Podremos, entonces, definir el concepto de Desarrollo de Recursos Humanos (DRH) como la estrategia general de respuesta a las necesidades de gestión y de gerencia de personal. Identificaremos, en ese momento, las estrategias de acción relacionadas a cada una de las dimensiones de la política de recursos humanos.

Finalmente, concluiremos con la presentación de los ingredientes principales de las políticas exitosas de personal y con un comentario breve sobre los roles del Estado y del mercado en el sector salud.

2) ¿MANEJAR LOS SERVICIOS DE SALUD?: LAS PARTICULARIDADES DE ESA TAREA

Los servicios de salud no son un fin en si mismo. Nadie consume servicios de salud por consumirlos, pero sí lo hace por los beneficios derivados de ese consumo. Así, los servicios de salud existen como respuesta a ciertas necesidades sentidas por los individuos y por la sociedad. La importancia que ellos asumen es la consecuencia del valor socialmente atribuido al mantenimiento y la recuperación de la salud.

En la realidad, las formas de organización de los servicios de salud varían bastante a depender de la sociedad y de la época consideradas. Todavía, podemos identificar, de manera general, dos formas de organización de los servicios, a saber, como respuesta a las demandas o como búsqueda de satisfacción de las necesidades de salud.

La primera forma, servicios organizados como respuesta a las demandas, se refiere a la oferta de servicios que atienden a la demanda directa de los usuarios. Así, son los enfermos (o las personas que se sienten así) y su familia que, tomando la iniciativa de buscar los servicios, harán con que los prestadores se organicen para esperarlos y ayudarlos. Consecüentemente, esa forma de organización es esencialmente individualista y curativista.

La segunda forma, servicios organizados para la satisfacción de necesidades, se refiere a la oferta de servicios para atender a los problemas de salud poblacionales, identificados como prioritários a través de procesos colectivos de decisión. Los servicios como la vacunación o la atención integrable a la salud de la mujer son ejemplos de esa manera de organización.

En todos los sistemas de salud, se encuentran lado-a-lado las dos formas de organización. Se puede mismo decir que las dos son necesarias, aunque en escalas diferentes. De hecho, lo que varía él es el énfasis en una o otra forma. Hay países, como EEUU, donde la organización como respuesta a la demanda es ampliamente predominante y hay otro, como Canadá, donde prevalece la forma de satisfacción de las necesidades.

En general, el abordaje por la demanda crea problemas de eficiencia y de equidad. La demanda es muy sensible a otros factores además de la condición de salud, especialmente factores económicos y sociales. Así, el nivel de ingreso y el statu social, el nivel educativo, la red de relaciones sociales y el lugar de residencia de los usuarios influyen excesivamente la organización de los servicios por la demanda. Además, una parte significativa de la demanda es inducida por los prestadores de servicios de salud, lo que puede comprometer la eficacia en prol de intereses particulares de los profesionales.

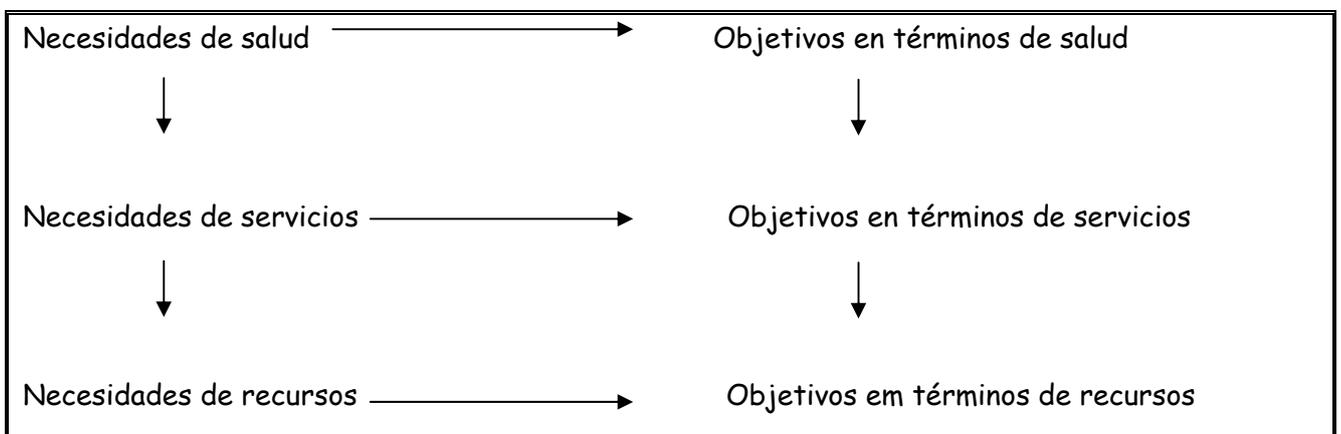
La organización de servicios basada en las necesidades de salud tiene la ventaja de ser más eficiente y más equitativa. Ella parte de la premisa que el uso de servicios apropiados es capaz producir un impacto positivo en la situación de salud de la población.

Las dificultades con el abordaje por las necesidades relacionanse, en primero lugar, con el cumplimiento de las complejas tareas de definición, priorización y monitoreo de las necesidades de salud. En segundo lugar, dado existen que existen muchos y variados determinantes de la salud, el abordaje por las necesidades exigen la coordinación de acciones inter-sectoriales.

A pesar de las dificultades, el enfoque por las necesidades de salud es el que mejor permite la planificación de las acciones de salud (y de los recursos exigidos) según una racionalidad técnica y basada en valores socialmente compartidos.

En verdad, como se visualiza en el cuadro abajo, el ideal sería el establecimiento del acuerdo perfecto entre los problemas de salud, los servicios y los recursos, con las necesidades indicando los objetivos.

Ilustración 1 - Relaciones entre necesidades y objetivos



Pineault & Daveluy (1995)

Este esquema proporciona una ruta útil de cuestiones para la administración de los servicios de salud. La primera cuestión se refiere a la identificación y la mensura de las necesidades de salud de la población. Las necesidades pueden ser latentes, cuando existen, pero no se notan inmediatamente, o percebidas, cuando se tiene una idea de su presencia, o aun diagnosticadas, cuando ya son bien conocidas. Para la gestión de los servicios de salud, es sobretodo importante observar las necesidades comparativas, identificando, en una cierta población, los grados diferentes de necesidad de los varios grupos sociales.

Considerando que son muchas las necesidades de salud (en el límite, inagotables, porque habrá siempre nuevas necesidades), la segunda cuestión se refiere a la priorización de problemas. Los especialistas en planificación de salud hacen pensar en algunos criterios para la definición de prioridades. En general, esos criterios son clasificados en cuatro categorías: (1) la gravedad actual y la perspectiva de evolución del problema caso nada sea hecho, (2) la

importancia socialmente reconocida al problema, (3) la viabilidad de las acciones de enfrentamiento del problema y el impacto previsible de la intervención y (4) el costo de la intervención.

Definidas las necesidades prioritarias de salud, el próximo paso es definir los objetivos en términos de salud. Los objetivos pueden variar en acuerdo con las características del problema y de la intervención disponible para enfrentarlo. Por ejemplo, si las instituciones internacionales de salud establecieron como objetivo, para la poliomielitis, la erradicación completa de la enfermedad (lo que ya se hizo con la varicela), el mismo objetivo no puede, infelizmente, ser definido respecto al cáncer.

Idealmente, los objetivos deben ser mensurables. Así, es importante hacer un esfuerzo para traducirlos en metas cuantificadas. Erradicar una enfermedad, por ejemplo, significa definir una meta de 0% para su tasa de incidencia. El establecimiento de metas hace más claros los objetivos y permite, posteriormente, una evaluación más precisa de las acciones cumplidas.

Establecidos los objetivos de salud, debe interrogarse sobre las necesidades de servicios. En primero lugar, debe cuestionarse si los servicios ofrecidos presentemente atienden a las necesidades de salud de la población. En segundo lugar, debe preguntarse que ajustes son necesarios en los servicios actuales para que atiendan satisfactoriamente a esas necesidades. Y, finalmente, debe investigarse si nuevos servicios (y los cuales) son necesarios.

Además de adaptados a las necesidades, los servicios necesitan ser efectivos, es decir, contribuir de hecho para resolver los problemas. Establecer la efectividad de las acciones de salud, sin embargo, no es un proceso simple. En general, primero se define la efectividad potencial, teórica, a partir de los estudios realizados en situaciones experimentales. Después, se define la efectividad real a partir de la aplicación de la medida de salud a las situaciones concretas, como en el caso de los proyectos-pilotos. Y, finalmente, se establece la efectividad poblacional a partir de la adopción, en escala ancha, de la intervención referida.

Por ejemplo, una nueva vacuna tiene que pasar por varias pruebas de efectividad. Si aprobada en experiencias de laboratorio, se prueba su efectividad real en ciertos grupos pilotos. Demostrada su efectividad real, la vacuna puede probarse con relación a su efectividad

poblacional. Es común suceder casos en que una vacuna tiene efectividad real, pero no tiene efectividad poblacional, porque no es posible alcanzar 100% de cobertura vacunal.

Los servicios también necesitan ser eficientes, es decir, producir el máximo con el costo más pequeño posible (eficiencia técnica). Cada centavo invertido por la sociedad en un establecimiento de salud debe traducirse en el volumen más grande posible de servicios de buena calidad. La eficiencia alcativa se refiere a la opción de donde o en que tipo de servicio invertir. Entre las varias acciones de salud técnicamente disponibles, algunas permiten el alcance de resultados mejores que otras. Cabe a los gerentes, definir la inversión más eficiente de los recursos.

En muchas sociedades, hay todavía una preocupación con la equidad de acceso a los servicios de salud. Se lo cree que los servicios de salud deben estar disponibles a todos, en función exclusivamente de la necesidad de salud de cada uno (equidad vertical). También se cree que a las mismas necesidades debe corresponder el mismo tratamiento (equidad horizontal). Factores como el nivel de ingreso, la posición social, el grado educativo, el local de residencia, etc no deben ser criterios ni para el acceso a los servicios ni para la selección de tratamientos.

La satisfacción de los usuarios también debe ser uno de los objetivos de los servicios de salud. Existen, en general, dos abordajes para la evaluación de la satisfacción. El primero, llamado satisfacción revelada, asume que los servicios consumidos de hecho expresan las preferencias de los usuarios. El problema de ese abordaje es que, en la práctica, tantos obstáculos existen al acceso a los servicios que se pone difícil creer que los servicios realmente usados fueran un resultado de las preferencias. Otro problema es que el uso de servicios de salud contempla quizás más las preferencias de los prestadores que las de los consumidores.

El segundo abordaje, la satisfacción expresada o afirmada, basease en la manifestación explícita del grado de satisfacción por los propios usuarios. Existen varias técnicas fiables para medir la satisfacción expresada com o que se vuelve más apropiado ese segundo abordaje.

Finalmente, no debe olvidarse de la sostenibilidad de los servicios de salud. Esa sostenibilidad se refiere a la capacidad de producir efectos durables. Un servicio de salud es sostenible cuando operado por un sistema organizacional capaz de movilizar y asignar, a largo plazo, los recursos apropiados. Las propuestas de acciones necesitan tener un grado suficiente

de viabilidad económica (costos soportables), organizacional (capacidad instalada) y política (apoyos suficientes). Necesitan también respetar las reglas éticas y legales prevalentes y tener amplia aceptación social.

Establecidos, entonces, las necesidades y los objetivos en términos de salud y en términos de servicios, la última fase es definir las necesidades y los objetivos en términos de recursos.

Naturalmente, recursos de varios órdenes (organizacionales, financieros, materiales, etc) son necesarios y deben ser todos alineados de una manera coherente para que se alcancen los objetivos de la política de salud. Sin embargo, en la continuación de nuestro texto, nosotros estaremos concentrándonos en los recursos humanos.

3) LAS ORGANIZACIONES DE SALUD COMO ORGANIZACIONES PROFESIONALES

La gestión de recursos humanos en salud exige la observación cuidadosa de las muchas características peculiares del sector salud. No se puede manejar el personal de la salud a partir de la aplicación mecánica de las políticas y técnicas de la gestión de personal usadas en el sector industrial o mismo en otras áreas del sector de servicios.

Una primera peculiaridad del sector salud es el hecho que, en general, las necesidades de salud, a que buscan responder los servicios, se notan como muy importantes. Los servicios se ven como sendo de alta utilidad social. Además, los problemas de salud poseen un carácter múltiple y multidimensional (problemas orgánicos, psicológicos, sociales, éticos, religiosas, etc) y varían bastante de individuo para individuo y entre los diferentes grupos poblacionales.

En segundo lugar, debido a las especificidades de los problemas de salud, el trabajo en las organizaciones sanitarias es muy inconstante, complejo y de difícil padronización. Las actividades realizadas son especializadas y interdependientes. La definición y la medida de los resultados de esas actividades son tareas sumamente complicadas de realizar ¿En efecto, cómo medir el éxito de un acto médico? ¿Por ejemplo, si 90% de los exámenes de laboratorio presentan resultados negativos (buenos para los pacientes), eso significa que los doctores están pidiendo de una manera excesiva o inadecuada los exámenes?

Los servicios además necesitan siempre estar preparados para situaciones de emergencia que son frecuentes en el área de la salud. Y como los servicios no son bienes materiales pasibles de ser mantenidos em stock, estar preparado para urgencias es un desafío de resolución compleja.

Las particularidades de los servicios de salud son bien evidenciadas por su caracterización como organizaciones profesionales, según la tipología del academico Mintzberg (1987), de la Universidade McGill, en Canadá.

Las organizaciones profesionales se caracterizan, esencialmente, por serem dependientes del trabajo de los profesionales para funcionar. Los profesionales son trabajadores diferenciados, particularmente por el hecho que el propio ejercicio de sus competencias impone que tiengan un grado elevado de autonomía. Ningun superior jerárquico puede imponer al

profesional una cierta conducta. El jefe del servicio de nutrición, por ejemplo, no puede decir al nutricionista cual dieta adoptar para un paciente.

Los trabajadores profesionales son conscientes de sus singularidades, fueran entrenados por periodos largos y con costos altos para la sociedad. Poseen informaciones que no estan al alcance ni de los gerentes ni de los usuarios de los servicios, que encuentransen, de esa manera, en situación de dependencia.

A consecuencia, la estructura de las organizaciones profesionales es necesariamente descentralizada, aunque burocrática. Es descentralizada, porque sólo el propio profesional puede ser responsable por su trabajo. Sin embargo, es burocrática porque el trabajo profesional es estable, es decir, los mismos procedimientos se repiten a lo largo del tiempo. (Un cirujano no reinventa los actos quirúrgicos a cada operación).

De esa manera, las competencias de los profesionales pueden mejorarse a través de los programas padronizados. Toda la educación profesional tiene como objetivo la internalización de un conjunto de procedimientos, lo que hace con que la estructura sea técnicamente burocrática (estructura que adopta la padronización como mecanismo de coordinación).

La coordinación de la organización profesional depende de la padronización de competencias, obtenida principalmente a través de la formación profesional. Los mecanismos de coordinación están limitados, en el esencial, a la normatización de las calificaciones en el momento de la entrada del profesional en la organización.

Los profesionales-operadores coordinanse automáticamente a través del conjunto de sus competencias, que hacen previsibles las conductas de cada uno. Por otro lado, a pesar de la padronización, la complejidad del trabajo profesional exige que un alto grado de discernimiento individual sea usado en la aplicación de las competencias.

Lo que diferencia la burocracia profesional de las otras organizaciones burocráticas es que, mientras estas generan sus propios padrones, aquella adopta padrones originados fuera de su estructura, en las instancias de decisión de las corporaciones profesionales.

La organización profesional puede verse como un conjunto de programas padrones - de hecho, el repertorio de las competencias de los profesionales - que se aplican a situaciones bien conocidas, o contingencias, también padronizadas.

El profesional tiene, así, dos tareas básicas: (1) clasificar, o diagnosticar, la necesidad del cliente en términos de una de las contingencias, lo que indica que programa estándar aplicar y (2) ejecutar el programa. La organización intenta combinar una contingencia pre-determinada con un programa padronizado.

De ese modo, la estructura presentase organizada en "nichos", donde cada individuo trabaja autonomamente, con margen ancho de mando en su propio trabajo. No sólo el superior jerárquico, pero también los colegas tienen pocas posibilidades de imponer una conducta determinada a uno profesional.

El único mando al cual los profesionales admiten someterse es lo ejercido por las entidades corporativas cuyos representantes fueran por ellos escogidos. Acrecentese que ese mando se limita a los aspectos éticos, se basea en un Código de Ética elaborado por la propia profesión y busca proteger tanto los usuarios como los propios profesionales.

Dada esa configuración realmente descentralizada, los profesionales no sólo controlan su propio trabajo como también consiguen controlar buena parte de las decisiones administrativas. Los profesionales asumen ellos mismos los puestos de dirección administrativa o indican personas de su confianza para ocupar aquéllos puestos. En ciertos países, sólo los doctores tienen el derecho, legal o de hecho, de asumir la posición de director general de un establecimiento de salud. Además, incluso en países donde existe la carrera de administrador de salud, difícilmente un director consigue quedarse un tiempo largo en la posición si no tiene el apoyo de los profesionales.

La autonomía de los profesionales-operadores hace la intervención de los gerentes en la producción bastante difícil. En la práctica, lo que permite la intervención de los gerentes es que los operadores, a su vez, necesitan de la organización. Ella proporciona los instrumentos y la infraestructura material y humana de apoyo, esencial para que los profesionales puedan ejercer sus competencias.

La infraestructura de apoyo es organizada, en general, de una manera más convencional, lo que lleva a la coexistencia, dentro de las organizaciones profesionales, de dos estructuras de gestión: una democrática, para los profesionales, otra centralizada, para el personal de apoyo.

Por consiguiente, de los gerentes se exige una capacidad también doble: saber manejar una estructura democrática y, al mismo tiempo, saber manejar una estructura centralizada.

La definición de la misión básica de las burocracias profesionales (los productos o servicios a ser ofrecidos al público) es un proceso, en principio, controlado por los profesionales. Sin embargo, se da este poder de decisión a los individuos porque el largo entrenamiento asegura que ellos decidirán de una manera aceptable para sus profesiones. Así, en el límite, la libertad individual es mando profesional. Es libertad respecto a los administradores, pero no es respecto al conjunto de la profesión.

Otras decisiones estratégicas, como las relativas a los insumos (la selección de nuevos profesionales, la definición de clientela, la búsqueda de fondos), a los medios de trabajo (infraestructura física, materiales), a la estructura y a las formas de dirección (comités, jerarquía), se toman o por los administradores o a través de los mecanismos colectivos.

La estrategia general o la misión básica de las organizaciones profesionales son bastante estables. Reorientaciones mayores son descorazonadas por la fragmentación de las actividades y por el poder de la influencia de cada individuo. Sin embargo, las estrategias específicas (cómo, para quién, en que cantidad, con que calidad, con que prioridad ofrecer cada servicio), modifican continuamente y, peor, pueden llevar a una fragmentación excesiva y deletérea de las actividades. Mantener la coordinación entre las estrategias, fundamental para la garantía del desempeño, es una tarea compleja que el gerente no consigue ejecutar sin la colaboración de los trabajadores.

La organización profesional es democrática, los trabajadores profesionales son responsables por las decisiones principales y son libres para establecer relaciones directas con los clientes. El resultado es que los profesionales son trabajadores motivados y dedicados. Además, la autonomía que disfrutan permite la mejora de las competencias a través de la repetición de los mismos programas complejos a lo largo del tiempo.

Por otro lado, estas mismas características - la democracia y autonomía - están en la base de los problemas de ese tipo de la organización.

Un problema se refiere a las dificultades de coordinación de las actividades. El mecanismo de coordinación principal, la padronización de las competencias, no es bastante para atender a

toda la necesidad de coordinación, sea de los profesionales entre ellos sea de ellos con el sector de apoyo.

Un segundo problema se refiere a la conducta mala de ciertos profesionales. La organización profesional depende esencialmente del discernimiento y del juicio de los profesionales para trabajar. Cuando los individuos son serios, no hay problemas. Sin embargo, siempre existen personas irresponsables que confunden las necesidades de los clientes con sus intereses privados. Corregir la conducta mala de un profesional es sumamente difícil. Primero, por la dificultad real de evaluación del producto del trabajo profesional. Segundo, porque el corporativismo, siempre fuerte entre los profesionales, dificulta una acción contra uno de los miembros de la corporación.

No sólo los clientes, pero la organización también puede ser dañada por problemas de conducta mala. Muchos profesionales limitan su lealtad a la profesión y olvidan que las organizaciones también necesitan de la lealtad y de la colaboración de sus miembros.

Finalmente, hay el problema de la resistencia a las innovaciones. En esencia, las organizaciones profesionales son burocracias, más capaces de mejorar programas existentes en ambientes estables que de crear nuevos programas para necesidades no previstas. Además, las innovaciones importantes exigen acciones colectivas cuyo logro no es una característica dominante de los profesionales.

Normalmente, intentase resolver estos problemas a través del aumento del control externo sobre los profesionales. Se adoptan o la vigilancia directa o la padronización del proceso o del producto del trabajo. Ahora, un trabajo complejo como lo de los profesionales no puede regularizarse a partir de reglas, regulaciones o medidas de desempeño. Todo esos controles, que transfiere la responsabilidad por el servicio del individuo profesional para la administración, comprometen la efectividad del trabajo. Si el profesional es incompetente, no hay reglas que pueden volverlo competente.

Las soluciones pasan por el control financiero de las organizaciones profesionales y por la legislación contra la conducta profesional irresponsable. Además, los cambios en esas organizaciones no salen de los grandes gestos de la administración, pero sí de modificaciones progresivas de la conducta de los profesionales, a través de la educación de los nuevos

profesionales y de lo llamamiento de todos a la responsabilidad, a través de la presión, si necesario, sobre las asociaciones profesionales.

Concluyendo, estar consciente de las características de las organizaciones típicas del sector salud es esencial para los formuladores de política y para los gerentes. Difícilmente, una política de salud o de recursos humanos en salud tendrá éxito si ignorar como funcionan las organizaciones profesionales.

4) LOS CRITERIOS Y DETERMINANTES DEL DESEMPEÑO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

La gestión de recursos humanos en salud necesita llevar en cuenta, además de las características peculiares de las organizaciones de salud, los criterios y los determinantes del desempeño de esas organizaciones. Ciertamente, el rol de los profesionales y, en consecuencia, las exigencias de la administración de personal serán diferentes dependiendo de lo que se definió como bueno o malo desempeño.

La definición del desempeño organizacional es determinada, antes de todo, por el concepto de organización adoptado. La dificultad es que, entre los especialistas del asunto, no hay consenso sobre como definir una organización.

En una reciente revisión de la literatura especializada, el profesor Claude Sicotte, de la Universidad de Montreal, en colaboración con otros investigadores, clasificó, en cuatro modelos, las concepciones existentes de organización y los respectivos criterios de desempeño.

Primeramente, hay el modelo racional. En acuerdo con ese modelo, una organización existe para ejecutar ciertos objetivos. Las personas que decidieron constituir la organización, le hicieron tiendo en vista alcanzar, a través de ella, resultados previamente deseados. En ese caso, el criterio de desempeño no podría dejar de ser el alcance de los objetivos pré-establecidos.

El segundo modelo, llamado de relaciones humanas, concibe las organizaciones como un cuerpo orgánico, como un ser vivo, donde los actores sociales llevan a cabo funciones que corresponden metafóricamente a las funciones vitales. Así, los líderes de la organización son el cerebro, los operadores, los brazos, etc. El desempeño se expresa, aquí, en términos del bueno funcionamiento de todos los órganos, de la "salud" interna de la organización.

Cuando las organizaciones se conciben como sistemas abiertos y, por consiguiente, el énfasis se pone sobre las relaciones entre la organización y el ambiente externo, la adquisición por la organización de recursos que se encuentran en ambiente se vuelve el criterio principal de desempeño.

Finalmente, el cuarto modelo es llamado de proceso interno de decisión. En este modelo, la supervivencia de la organización es vista como resultante del equilibrio organizacional, obtenido a

través del consenso y de la cooperación. Por consiguiente, una organización de buen desempeño es la que funciona dentro de un buen clima organizacional, sin tensiones internas impropias.

Todavía, no sólo los criterios, los factores considerados determinantes del desempeño también varían en acuerdo con el concepto de organización adoptado. Así, para el modelo del alcance de los objetivos (el modelo racional), el desempeño de una organización es influenciado por las características del medio ambiente, por la estructura de la organización, por los procesos de gestión y por las expectativas de los individuos y grupos interesados en las actividades de la organización.

Para el modelo de relaciones humanas, el determinante del desempeño localizase en el ambiente externo (la complejidad, la estabilidad) y en el ambiente interno (el clima organizacional). Las características estructurales y tecnológicas de la organización (descentralización, especialización, formalización, operaciones, conocimientos usados, etc.) son otros determinantes. Finalmente, las características de los recursos humanos y las prácticas de administración también son consideradas determinantes del desempeño organizacional.

Para el modelo de adquisición de recursos (modelo de sistemas abiertos), las relaciones entre la organización y su ambiente es el componente esencial del desempeño. Y en el ambiente, son sobretodo las relaciones inter-organizacionales que son los determinantes. De esa manera, el nivel de concentración de los recursos de financiación y de poder, la naturaleza de los sistemas de la regulación, el grado de cooperación y de coordinación entre las organizaciones son los factores determinantes principales.

Finalmente, para el modelo del proceso de decisiones, el grado de la integración y de coordinación de las actividades internas es el principal determinante del desempeño. Los procesos internos representan los esfuerzos despendidos para el logro de las actividades de la organización. Si poco o mal integrados, esos procesos comprometen el desempeño organizacional.

El professor Sicotte y sus colegas tienen razón al notar que la adopción de cualquiera de esos modelos es problemática. Pudiese admitir fácilmente que los aspectos señalados por los diferentes modelos son todos importantes y, por consiguiente, no hay ninguna razón para limitarse a algunos de ellos.

Por otro lado, no parece posible la definición de un modelo universal de desempeño, aplicable a toda y cualquier organización. Cada tipo de organización tiene características particulares que recomiendan la adopción de definiciones diferentes de desempeño. Además, desempeño necesariamente implica en "trade-offs": no puede tener un buen desempeño, al mismo tiempo, en todos los aspectos de una organización. La búsqueda de un mejor desempeño en cierto aspecto casi siempre lleva a pérdidas de desempeño en otros aspectos.

El desafío es encontrar a un modelo de desempeño que, mismo no siendo universal, sea anch y integrativo, evidenciando las ventajas y desventajas de cada opción. Para tanto, el paso fundamental es ponerse explícito el proceso de escogimiento de los indicadores de desempeño y saber que actores diferentes valoran dimensiones diferentes del desempeño.

Ilustración 2 - Criterios y determinantes del desempeño

Modelos de organización	Criterios de desempeño	Determinantes del desempeño
Racional	Alcance de los objetivos	Características del ambiente, Estructura de la organización, Procesos de gestión y Expectativas de los interesados.
Relaciones humanas	Bueno funcionamiento de las divisiones internas	Complejidad y estabilidad del ambiente externo, Clima organizacional, Estructura de la organización, Características de los recursos humanos y Políticas y prácticas de gestión.

Sistemas abiertos	Adquisición de recursos	Relaciones entre la organización y su ambiente, sobretodo las relaciones inter-organizacionales.
Proceso de decisión	Clima organizacional	Grado de integración y de coordinación de las actividades internas.

En un esfuerzo de formulación de ese modelo integrativo, el mismo profesor Sicotte, con sus colaboradores, propone un modelo de evaluación del desempeño cuya la presentación aquí parecenos útil a la comprensión del tema.

Partindo de la Teoría de la Acción del Sistema Social, del sociólogo estadounidense Talcott Parsons, los autores canadienses proponen un cuadro conceptual del desempeño de las organizaciones de salud que se basea en la interacción de cuatro sub-sistemas funcionales.

El primer sub-sistema se refiere a la función de adaptación de la organización a su ambiente. Tratase de la garantía de la supervivencia y del crecimiento institucional a través de la manipulación juiciosa de las oportunidades y amenazas presentes en el medio-ambiente. Aquí, las dimensiones del desempeño se relacionan a la capacidad de: adquirir recursos, movilizar apoyos, atender a las necesidades de la población y a los valores sociales, hacerse presente en el mercado y aprender y innovar.

El segundo sub-sistema es la función de alcance de los objetivos que se refieren a la habilidad de la organización de toma las decisiones estratégicas que asegurarán el logro de las metas de largo plazo. Las dimensiones del desempeño incluyen la efectividad, la eficiencia y la satisfacción de todos los involucrados con los resultados.

La función de producción de servicios constituye el tercer sub-sistema. Las dimensiones del desempeño son el volumen de servicios producidos, la coordinación de los factores de producción, la productividad y la calidad de los servicios (humanización, accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad técnica y satisfacción de los clientes).

Finalmente, el cuarto sub-sistema se refiere a la función de mantenimiento de la cultura y de los valores organizacionales. Esta función es responsable para la producción de sentido, de significado y de cohesión entre los miembros de la organización. El clima de colaboración y el consenso en los valores fundamentales de la organización, ingredientes importantes del desempeño, son las dos dimensiones de esta función.

Debe notarse que estos cuatro sub-sistemas no son independientes unos de los otros. Por el contrario, existen los sub-sistemas de integración entre las funciones que aseguran la cohesión y el equilibrio al sistema como un todo.

Éstos sub-sistemas de integración, en número de seis, son llamados "alineaciones": estratégico, alocativo, táctico, operacional, de legitimación y contextual.

La alineación estratégica relaciona las funciones de adaptación y de alcance de objetivos. La consistencia entre el proceso de adaptación y los objetivos organizacionales, de un lado, y la pertinencia de los objetivos respecto al proceso de adaptación, de otro, son las dimensiones del desempeño que componen ese sub-sistema.

La alineación alocativa expresa las inter-relaciones entre las funciones de adaptación y de producción de servicios. Las dimensiones del desempeño se refieren a la adecuación del proceso de adaptación respecto a la producción y, vice-versa, la adecuación del sistema de producción al proceso de adaptación.

La alineación táctica representa los cambios entre las funciones de alcance de objetivos y de producción de servicios. La adecuación del sistema de producción a los objetivos organizacionales y la pertinencia de los objetivos al sistema de producción de servicios son las dos dimensiones del desempeño en ese sub-sistema.

El cuarto sub-sistema de integración es la alineación operacional que expresa las inter-relaciones entre las funciones de mantenimiento de la cultura y de producción. Las dimensiones del desempeño, aquí, son la coherencia del sistema de producción a la cultura organizacional, de un lado, y el impacto del sistema de producción sobre la promoción de los valores organizacionales, de otro lado.

La alineación de la legitimación representa las inter-relaciones entre las funciones de mantenimiento de la cultura y de alcance de los objetivos. La coherencia de los objetivos con los

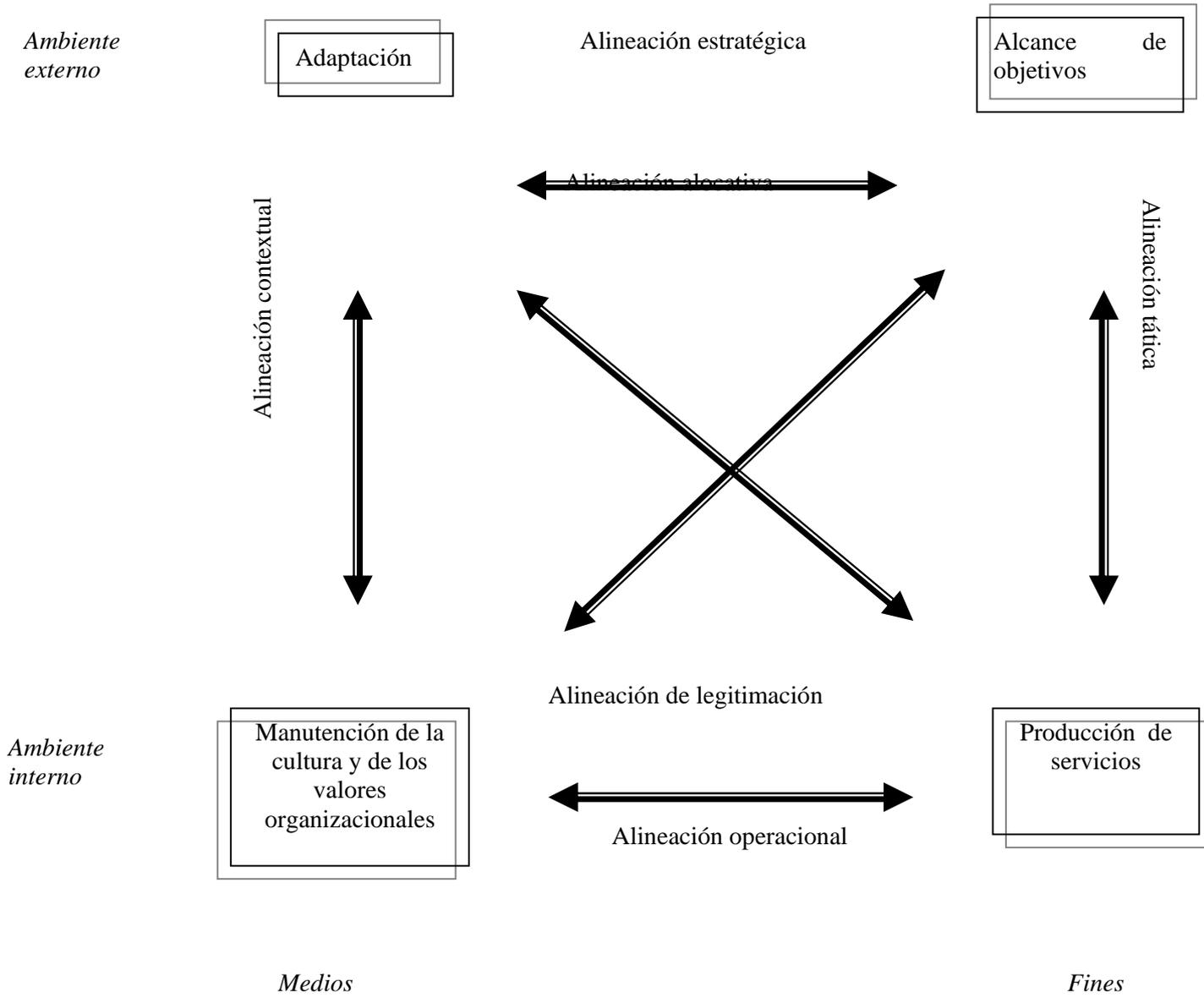
valores organizacionales y el impacto del alcance de esos objetivos en la cultura de la organización son las dimensiones del desempeño en ese su-sistema.

Finalmente, el sexto y último sub-sistema de integración es la alineación contextual, que representa las inter-relaciones entre las funciones de adaptación y de mantenimiento de la cultura. La consistencia del proceso de adaptación con los valores organizacionales, de un lado, y el impacto de ese proceso en la cultura y los valores son las dos dimensiones del desempeño.

Un cuadro conceptual como lo descrito tiene la ventaja de permitir un entendimiento más completo del desempeño organizacional. Él enumera las varias dimensiones del desempeño y evidencia sus inter-relaciones. Más importante, este cuadro de referencia permite que los puntos de vistas de los distintos actores sean explicitados y llevados en consideración.

Los recursos humanos tienen un papel a cumplir en todas las dimensiones del desempeño organizacional. Entender como se caracterizan y se relacionan esas dimensiones es, por consiguiente, fundamental para quién está a cargo de la administración o de la dirección de personal. La valorización o la priorización de una o otra dimensión tendrá consecuencias diferentes y exigirá respuestas diferentes de la parte de los gerentes de la fuerza de trabajo.

Ilustración 2 –
Quadro de referencia para la evaluación del desempeño de una organización de salud (Sicotte et al, 1998)



5) EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Después de haber analizado las características del sector salud y las particularidades de sus organizaciones, incluso la definición de desempeño, podemos empezar a discutir el tema de los recursos humanos más específicamente.

En regla, en el proceso de formulación de políticas, el primer paso es conocer la situación presente. El área de recursos humanos no es ninguna excepción. Vamos, entonces, discutir ahora porque y como hacer un análisis de la situación de recursos humanos en salud (RHS).

No es necesario reflexionar mucho para ver la importancia de un análisis bien hecho de la situación de personal. En primero lugar, un bueno diagnóstico de la situación hace posibles la identificación de problemas y la medida de su extensión. En segundo, facilita la priorización de los problemas. En tercio, permite la formulación de objetivos. En cuarto, guía la definición de estrategias y operaciones. Y en quinto, proporciona un modelo de referencia para la evaluación posterior de los resultados de las intervenciones. En resumen, es un instrumento útil a la planificación como un todo.

Además, un análisis bien hecho de la situación puede ayudar a sensibilizar a los actores sociales para la importancia de dedicar una atención especial al tema de recursos humanos. Puede contribuir, así, para poner ese tema en el agenda política del país. Y más: si el proceso del análisis se maneja con la participación de todos los involucrados, es más fácil llegar a un consenso sobre cuales son las cuestiones esenciales a ser tratadas.

Ilustración 3. La importancia del análisis de la situación de los recursos humanos en salud

Para informar los procesos de formulación de política y de toma de decisión, contribuyendo al:

- Identificar y priorizar problemas
- Definir los objetivos
- Identificar las estrategias de intervención
- Crear un modelo para la evaluación
- Sensibilizar los interesados
- Poner los problemas de RHS en el agenda política

- Contribuir para la construcción del consenso

Vista su importancia, presentaremos, a continuación, un cuadro de referencia para el análisis de la situación de RHS. (Para otros cuadros de referencia, consultar Egger y Adams, 1998 o Martineau y Martinez, 1997)

Un análisis de los recursos humanos en salud puede ser basado, con ventajas, en una evaluación normativa que consiste en la comparación de los resultados observados con los resultados esperados de una cierta intervención. Ese tipo del análisis no tiene el poder explicativo de las evaluaciones científicas, pero es quizás más útil a los formuladores de políticas.

En términos de RHS, los resultados corresponden al desempeño de la fuerza de trabajo. Ese desempeño se define en función de la contribución de la fuerza de trabajo para el alcance de los objetivos de los servicios de salud.

El cuadro de referencia aquí propuesto organiza el análisis de la situación de RHS en un modelo dinámico de tres dimensiones: el desempeño de la fuerza de trabajo, los procesos que condicionan el uso de la fuerza de trabajo y los determinantes principales de esos procesos (ver ilustración 4). El análisis consiste en (1) una descripción de las tres dimensiones, (2) una evaluación de las diferencias entre la situación actual y la situación deseada en cada dimensión y (3) una explicación de esas diferencias.

En un sector de servicios como el de la salud, el desempeño de la fuerza de trabajo es determinante del alcance de los objetivos. Esos objetivos son, al mismo tiempo, los criterios para la evaluación del desempeño de la fuerza de trabajo.

Proponemos, así, analizar los siguientes objetivos de los servicios de salud como dimensiones del desempeño de la fuerza de trabajo:

- Cobertura. En términos de la salud, la cobertura significa la proporción de la población que tiene asegurado el acceso a los servicios. Como dimensión del desempeño de RHS, la cobertura mensura la extensión en que la fuerza de trabajo contribuye para garantizar el acceso de los diferentes grupos de la población al rango completo de servicios ofrecidos.

- Productividad. En general, la productividad es la relación entre la cantidad de insumos usados y el volumen del producto resultante. Como desempeño de RHS, la productividad mide el volumen de servicios producidos, dado la cantidad existente de personal.
- Calidad técnica. Se refiere al grado de impacto (positivo) de los servicios en las condiciones de salud de la población. Más específicamente en RHS, la calidad técnica refleja el impacto del trabajo de los profesionales sobre la salud de los usuarios. Como el sector salud es trabajo-intensivo, la dimensión más específica de la calidad técnica, en la práctica, si el superpõe a la dimensión más general.
- Calidad socio-cultural. Se refiere al grado de aceptabilidad y de respuesta de los servicios a las expectativas de los usuarios. En términos de RHS, se refiere al grado de aceptabilidad y respuesta del trabajo profesional.
- Estabilidad organizacional. La estabilidad mide la extensión en que se garantiza (1) el mantenimiento a lo largo del tiempo, de la capacidad de producción de servicios y (2) la adaptación a las nuevas necesidades y circunstancias.

Tres procesos influyen el desempeño de los RHS directamente: el desarrollo de competencias, la distribución y la gerencia de personal.

El desarrollo de competencias se refiere al proceso de la producción, en cada categoría profesional, del número adecuado de trabajadores, poseedores del conocimiento, de las habilidades y de las actitudes necesarios al alcance de los niveles de desempeño exigidos por los objetivos de los servicios de salud.

La distribución de personal es el proceso de asignación de los profesionales en los diferentes tipos y niveles de servicios, en las diferentes regiones del país, de manera a garantizar la equidad de acceso de todos los grupos poblacionales a todos los servicios.

La gerencia de personal es el proceso que busca garantizar un ambiente de trabajo apropiado y un nivel adecuado de desempeño de los recursos humanos. De esa manera, la gerencia no se limita al control de las actividades del personal, pero también se encarga de asegurar la disponibilidad de los instrumentos y medios de trabajo de los profesionales.

A su vez, esos procesos tienen como determinantes: 1) las políticas y los sistemas de regulación del sector salud y de los otros sectores de gobierno, 2) la disponibilidad de recursos y 3) las relaciones de poder entre los varios actores envueltos.

Todas las decisiones, acciones y no-acciones que tienen efectos en la producción, la distribución y la gerencia de personal son políticas que necesitan ser tomadas en consideración en el análisis de la situación de RHS. Los sistemas de la regulación representan la formalización de aquellas políticas, el cuadro jurídico que encuadra los procesos que influyen en el desempeño de los recursos humanos.

La disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura física, de equipos, de información y incluso de ciertos profesionales (existencia de candidatos potenciales, de maestros bien preparados, de gerentes calificados, etc), en cantidad suficiente, es esencial para el logro de los procesos de desarrollo de competencias, de distribución y de gerencia de personal.

Las relaciones de poder, los conflictos y las alianzas entre los varios actores sociales (el Estado, los prestadores de servicios, las instituciones de educación, los investigadores, los productores de insumos, los tercero-pagantes, los consumidores, etc.) determinan la capacidad relativa de cada uno de influir en las decisiones y las acciones de la política de recursos humanos.

La descripción de la situación de RHS consiste principalmente en la recolección de información sobre todas las dimensiones arriba expresadas, un proceso guiado por preguntas como las siguientes:

- ¿En qué medida el desempeño observado de la fuerza de trabajo contribuye al alcance de los objetivos de los servicios de salud?
- ¿En qué medida los procesos de desarrollo de competencias, de distribución y de gerencia de la fuerza de trabajo contribuyen para producir el desempeño esperado? ¿Son esos tres procesos apropiadamente coordinados?
- ¿En qué medida las políticas actuales, la disponibilidad de recursos y las relaciones de poder apoyan el desarrollo de competencias, la distribución y la gerencia de la fuerza de trabajo?

La fase descriptiva del análisis de la situación de recursos humanos en salud empieza, por consiguiente, con la definición de cuales informaciones son necesarias y como coleccionarlas. Para

guiar ese proceso de colección de información, proponemos una lista de cuestiones y presentamos algunas sugerencias de informaciones posiblemente útiles.

5.1. Respecto al desempeño:

5.1.1. Cobertura

Preguntas:

- ¿La fuerza de trabajo actual oferta servicios a todos los sub-grupos poblacionales (por nivel socio-económico, por sexo, por edad, por etnias, por lugar de residencia - rural/urbano)?
- ¿Oferta todos los tipos de servicios (preventivos, curativos, paliativos, de rehabilitación, de promoción de la salud)?
- ¿Cubre todos los problemas prioritarios?

Informaciones útiles:

Distribución actual y prevista de los prestadores por tipos de servicios, número de profesionales por habitante, proporción de la población con acceso a los servicios, distribución de los usuarios por sexo, edad, el nivel socio-económico, local de residencia, etnia. Tiempo de espera para tener acceso a los servicios.

5.1.2. Productividad

Preguntas:

- ¿Cuáles son los niveles actuales de productividad por tipo de servicio?
- ¿Cómo se comparan a los niveles de otros grupos similares de prestadores?
- ¿Hay variaciones geográficas importantes?
- ¿Los niveles actuales de productividad permiten atender a las necesidades del país?

Informaciones útiles:

Número de procedimientos cumplidos (consultaciones, duración de las internaciones, cirugías, partos, etc.) por doctores, por enfermeras, por número de camas. Número de pacientes atendidos. Comparaciones regionales.

5.1.3. Calidad técnica

Preguntas:

- ¿El trabajo profesional produce los resultados esperados? ¿Es eficaz? ¿Alcanza los modelos establecidos?

Informaciones útiles:

Proporción de incidencia de eventos prevenibles (enfermedades nosocomias, mortalidad materna, muertes por enfermedades imuno-prevenibles, complicaciones quirúrgicas).

5.1.4. Calidad socio-cultural

Preguntas:

- ¿Los profesionales producen servicios adecuados a las características sociales y culturales de los usuarios?
- ¿Los servicios respetan los valores, las expectativas y las preferencias de los clientes?

Informaciones útiles:

Proporción de usuarios satisfechos, número de quejas, proporción de uso de servicios electivos (prenatal, vacunación) y de servicios alternativos (rezadores, curadores, parteras, etc.).

5.1.5. Estabilidad organizacional

Preguntas:

- ¿El buen desempeño puede ser mantenido en base continua?
- ¿La fuerza de trabajo es estable o flota de manera imprevisible?
- ¿El país consigue retener a sus profesionales más calificados?

Informaciones útiles:

Rotatividad de los empleados, proporción de emigración de profesionales, proporción de personal de la salud que trabaja en otros sectores, proporción de posiciones vacantes, número de días perdidos de trabajo (absenteísmo, huelgas, etc.).

5.2. Respecto al desarrollo de competencias

5.2.1. Evaluación de las necesidades y planeamiento

Preguntas:

- ¿Existe algún proceso de identificación de las competencias que los prestadores deben poseer?
- ¿Se conoce el número de prestadores necesario en cada categoría profesional?
- ¿Se planea la combinación (mix) de prestadores, para que sea coherente con los problemas de salud y para que sea la alternativa más eficiente?
- ¿Los entrenamientos son planeados, en términos de personal y recursos materiales?
- ¿La planificación de RHS es realista en función de las posibilidades del país?

Informaciones útiles:

Identificación de las necesidades de entrenamiento por estudios ya realizados, proporciones médicos/enfermeras, médicos/técnicos, médicos/farmacéuticos. Evidencias de exceso de profesionales (desempleo, sub-empleo) o de escasez (puestos vacantes).

5.2.2. Formación

Preguntas:

- ¿Hay algún proceso para asegurar que las instituciones educativas recluten a los estudiantes que poseen las capacidades necesarias a la adquisición de las competencias?
- ¿Cuál es la proporción de concluyentes respecto al número de admitidos?

Informaciones útiles:

Evidencias del uso de procedimientos de selección de estudiantes. Tasas de abandono después de cada año de entrenamiento. Duración media de los cursos. Costos totales por graduado. Proporción de estudiantes por maestro.

5.2.3. Entrenamiento

Preguntas:

- ¿Cuál es la capacidad de entrenamiento en términos de personal calificado, material y equipo y infraestructura física?
- ¿Los contenidos de los entrenamientos son coherentes con las necesidades de salud y las características de la población?
- ¿Es de buena calidad y efectivo, el entrenamiento?
- ¿Hay mecanismos de educación continua?

Informaciones útiles:

Proporción de maestros en tiempo integral y parcial. Proporción de maestros con posgrado, número de maestros, de libros y de materiales por estudiante. Opinión de las agencias de acreditación de las instituciones de ensino. Proporción de profesionales comprometidos en actividades de educación continua. Satisfacción de los profesionales con su educación y su entrenamiento. Evidencias de la existencia de entrenamiento en áreas como garantía de calidad y trabajo en equipo, además de las competencias específicas de cada categoría.

5.3. Respecto a la distribución de la fuerza de trabajo

5.3.1. Distribución por nivel de intervención, por tipo de servicios y de establecimiento

Preguntas:

- ¿Hay desequilibrios en la distribución de personal entre los niveles primario, secundario y terciario?

- ¿Hay desequilibrios entre los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación? ¿Salud física y salud mental?
- ¿Entre los hospitales y servicios non-hospitalares?
- ¿Entre los servicios públicos y privados?

Informaciones útiles:

Proporción de prestadores por nivel de intervención. Proporción de médicos generalistas y especialistas. Razón prestadores/pacientes por tipo de servicio. Número de camas por habitante. Proporción de camas públicas y privadas.

5.3.2. Distribución geográfica

Preguntas:

- ¿Hay regiones mal servidas? ¿Periferias urbanas, áreas rurales?
- ¿Qué tipos de prestadores estan faltando en esas áreas?

Informaciones útiles:

La densidad relativa de prestadores por region. Razones prestadores/población.

5.4. Respecto a la gerencia de personal

5.4.1. Capacidad gerencial

Preguntas:

- ¿Hay gerentes, en número suficiente, con la capacidad de definir objetivos y prioridades, de comunicarlos, de motivar a los profesionales y de evaluar el desempeño?
- ¿Es adecuado el proceso de selección de gerentes?
- ¿Los gerentes disponen de condiciones de trabajo adecuadas?

Informaciones útiles:

Proporción de gerentes con entrenamiento en administración de servicios de salud. Descripción de los procedimientos de la selección. Proporción de gerentes satisfechos con sus condiciones de trabajo. Tiempo medio de experiencia de los gerentes.

5.4.2. Gerencia de la distribución y de la retención de personal

Preguntas:

- ¿El proceso de alocución de personal toma en cuenta los objetivos de los servicios de salud?
- ¿Hay descoordinación entre las competencias de los profesionales y las posiciones que ocupan?
- ¿Hay incentivos para encorajar los profesionales a trabajar en áreas menos atractivas?
- ¿Hay incentivos a la permanencia en el empleo?

Informaciones útiles:

Criterios utilizados para el alocución de personal. Consistencia entre las exigencias de la posición de trabajo y las calificaciones de los prestadores. Evidencia de la existencia de incentivos a la mejora de la distribución y la permanencia de personal. Proporción de prestadores satisfechos con sus condiciones de trabajo. Proporción de profesionales con más de una ocupación.

5.4.3. Gerencia de la productividad

Preguntas:

- ¿En qué medida las condiciones de trabajo actuales, la división de tareas, los sistemas de incentivo, los estilos y las prácticas de administración favorecen la productividad?
- ¿La substitución es posible y incentivada?
- ¿El trabajo en equipo es estimulado?
- ¿Hay obstáculos para la productividad?
- ¿Están disponibles para los prestadores las técnicas más costo-efectivas?

Informaciones útiles:

Proporción de prestadores satisfechos con las condiciones de trabajo. Evidencia de multiempleo. Descripciones de las posiciones de empleo. Metas de producción. Mecanismos de evaluación. Opinión de especialistas en administración.

5.4.4. Gerencia de la calidad

Preguntas:

- ¿En qué medida las condiciones de trabajo actuales, la organización del trabajo, los sistemas del incentivo, los estilos y las prácticas de administración favorecen la provisión de servicios de calidad?
- ¿Hay mecanismos para premiar los servicios de calidad buena y castigar los de mala calidad?

Informaciones útiles:

Existencia de normas de calidad escritas, incluyendo la conducta ética, y mecanismos para volverlas conocidas por los prestadores. Existencia de sistemas de acompañamiento y evaluación de la calidad (autorización de funcionamiento, acreditación).

5.4.5. Gerencia del ambiente y de las relaciones de trabajo

Pregunta:

- ¿En qué medida los mecanismos actuales de gerencia del ambiente y de las relaciones de trabajo son coherentes con los objetivos de los servicios?

Informaciones útiles:

Opinión de observadores y expertos. Algoritmo de la toma de decisiones (reconstrucción del proceso real de toma de decisiones).

5.5. Respecto a las políticas y a los sistemas de la regulación

5.5.1. Origen de las políticas y de los sistemas de regulación

Preguntas:

- ¿Quién formula las políticas que pueden influir en el uso de la fuerza de trabajo?
- ¿Quién propone los sistemas de regulación?

Informaciones útiles:

Políticas y sistemas de financiación de los servicios, de pago de los prestadores, de educación, de relaciones de trabajo, de responsabilización, de descentralización, de acceso a la práctica profesional.

5.5.2. Consistencia de las políticas y de los sistemas de regulación

Preguntas:

- ¿En qué medida las políticas y los sistemas de regulación existentes conducen a un uso apropiado de RHS?
- ¿En qué medida ellos son consistentes con los objetivos de los servicios?
- ¿En qué medida no contradicen los unos a los otros y se coordinan entre ellos?

Informaciones útiles:

Opinión de observadores y expertos.

5.5.3. Implementación y efectos de las políticas y de los sistemas de regulación

Preguntas:

- ¿Las políticas proclamadas se llevan a cabo, de hecho?
- ¿Los sistemas de regulación son efectivos o apenas formales?
- ¿Las políticas y los sistemas producen los efectos esperados?
- ¿Producen efectos indeseados?

Informaciones útiles:

Evidencia de resultados coherentes con los objetivos de las políticas y de los sistemas de regulación o de resultados negativos. Opinión de observadores.

5.6. Respecto a los recursos

5.6.1. Volumen

Preguntas:

- ¿Los recursos están disponibles en cantidad suficiente para permitir el alcance de los objetivos?
- ¿Hay suficientes educadores para formar el número necesario de personal?
- ¿El país tiene condiciones de mantener financieramente su mano de obra actual y futura?
- ¿Hay desequilibrios en la inversión en recursos diferentes (mucho en equipo, poco en educación, por ejemplo)?

Informaciones útiles:

Proporción candidatos/vacantes en las instituciones de enseñanza. Proporción estudiantes/profesores en cada programa. Número de equipos para los habitantes.

5.6.2. Calidad

Pregunta:

- ¿Los recursos disponibles tienen las características necesarias para apoyar el uso adecuado de la fuerza de trabajo?

Informaciones útiles:

Calificación de los educadores y de los formuladores de políticas. Edad y funcionalidad de los materiales y de la infraestructura física. Validez de la información.

5.7. Respecto a las relaciones de poder

5.7.1. Actores involucrados

Preguntas:

- ¿Quién son los involucrados en la gestión de RHS?
- ¿Cuál es la naturaleza y el tipo de involucramiento de cada uno?
- ¿Cuáles son los intereses en juego?
- ¿Cómo cada actor ve el uso actual de la fuerza de trabajo? ¿Están satisfechos? ¿Proponen cambios?

Informaciones útiles:

Censo de los actores (instituciones, organizaciones, asociaciones, individuos). Descripción de sus intereses, de las áreas de conflictos o de consenso. Opinión de observadores.

5.7.2. Distribución de la influencia

Preguntas:

- ¿Quién son los actores más influyentes?
- ¿Quién favorece y quién se opone a los cambios?
- ¿Cuáles son las alianzas y las oposiciones?

Informaciones útiles:

Mapeo político del sector. Opinión de observadores.

En muchos países, la información fiable no está disponible directamente. Puede ser, entonces, usar fuentes secundarias o datos cualitativos, como la opinión de expertos.

Después de la fase descriptiva, los próximos pasos son evaluar y explicar las diferencias entre la situación corriente y la deseada. Nosotros no detallaremos estos pasos aquí, porque ellos dependen de la situación concreta en que desarrollarse. Sin embargo, cabe hacer algunos comentarios de orden general.

Es necesario tener en mente que el juicio de valores siempre estará presente en la realización del análisis de la situación de RHS. Con todo, es posible hacer más racional y menos conflictivo el proceso de formulación de política, si los interesados están de acuerdo, por lo menos, con relación a la validez de la información disponible.

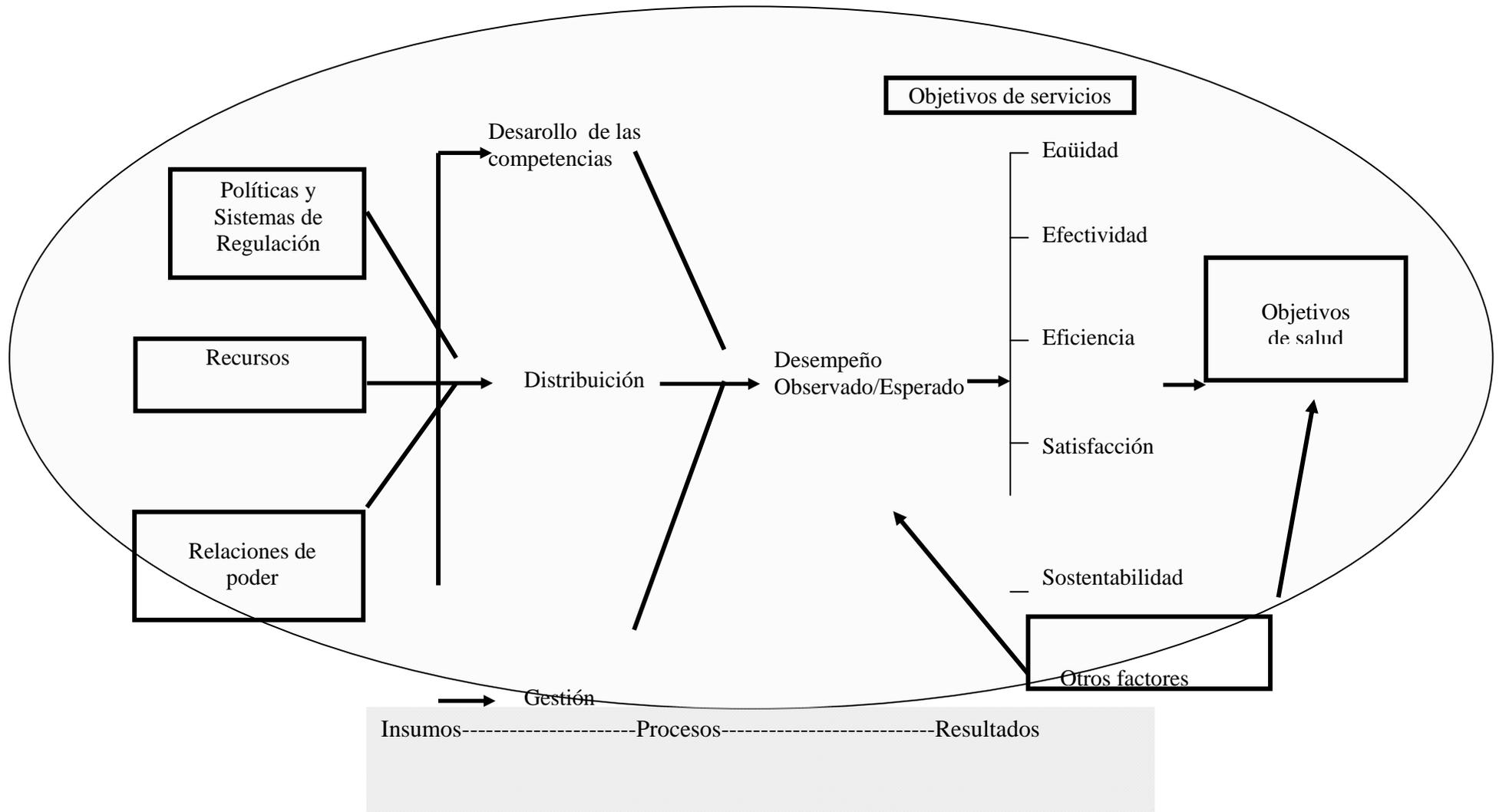
El involucramiento de todos los interesados en discutir la situación de la fuerza de trabajo es, como ya afirmamos, esencial para el éxito de una política. Todavía, debese estar consciente que tratase un proceso muy delicado y que necesita ser conducido de manera hábil por no llevar a situaciones sin salida o conflictos paralizantes.

Finalmente, después de toda esa exhibición, creímos estar claro que el análisis de la situación de los recursos humanos en salud ya es, en ella, parte del proceso de formulación de políticas.

Podemos, entonces, pasar al punto siguiente que es, exactamente, el resultado de muchos análisis de situación. Naturalmente, son resultados generales que no son, por eso, idénticos en todos los casos concretos.

Ilustración 4 - La lógica del análisis de la situación de RHS

Ambiente: social, cultural, económico, político, legal-administrativo



6) LOS PROBLEMAS DE LA GESTIÓN DE RHS Y SUS CAUSAS TÍPICAS

Los problemas con la fuerza de trabajo son, en general, multidimensionales y interconectados. Sin embargo, en acuerdo con el cuadro de referencia presentado en la sección precedente, podemos clasificar los problemas en términos del desempeño, de los procesos que gobiernan el uso de la fuerza de trabajo y de los factores determinantes de esos procesos.

Además, considerando que, de modo general, los sistemas de servicios de salud en los varios países del mundo dividense entre los principalmente guiados por el mercado y los principalmente gobernados por el Estado, nosotros estaremos, siempre que pertinente, indicando la correlación del problema con la forma general de organización del sistema de servicios.

6.1. El desempeño de la fuerza de trabajo

6.1.1. La cobertura

En la mayoría de los países, hay problemas importantes de cobertura. Los profesionales de salud no consiguen contribuir para la garantía del acceso de todos los grupos de la población a los servicios de salud.

Particularmente en los sistemas dominados por el mercado, las personas en mejor situación socio-económica tienen un acceso privilegiado a los servicios. Los ancianos tienen más dificultad de acceso, sea porque los premios de los seguros son más altos, sea porque no hay los servicios especializados, como la atención domiciliaria. Los residentes de áreas rurales también tienen posibilidades de acceso más pequeñas.

Además, los profesionales no ofrecen el rango completo de servicios. Muchos de ellos, simplemente, descuidan los cuidados preventivos y de la promoción de la salud. A veces, el acceso a ciertos servicios no es dictado por las necesidades de los pacientes, pero por la red informal de relaciones personales.

Los problemas de salud prioritarios del punto de vista poblacional no siempre son los mismos del punto de vista de los profesionales. Los especialistas tienden a apretar la organización de los servicios en el sentido de valorar los problemas directamente relacionados a sus especialidades.

En los países con sistemas de servicios de acceso universal, los problemas que cobertura son más pequeños, pero existen. La red de relaciones personales y el lugar de morada, por ejemplo, influyen en el acceso de los usuarios a los servicios. Para ciertos servicios más complejos y caros, hay listas de espera que pueden tardar meses.

6.1.2. La productividad

La productividad de la fuerza de trabajo es, frecuentemente, baja, es decir, los recursos humanos existentes podrían producir un volumen más grande de servicios. Es cierto que la productividad varía con el tipo de servicio. Por ejemplo, las urgencias/emergencias tienden a ser servicios más productivos que los ambulatorios. Ciertos establecimientos, por sus características particulares, son más productivos que otros. Las áreas más densamente pobladas también tienden a tener servicios más productivos.

Es siempre difícil saber si el nivel actual de productividad de los recursos humanos atiende a las necesidades del país. Lo que se puede hacer son comparaciones regionales de las necesidades y de la productividad. Y en esas comparaciones, las regiones con necesidades más grandes son, generalmente, las que poseen los servicios menos productivos.

Las causas de la baja productividad son variadas. Podemos enumerar las más comunes. En general, el trabajo es organizado de una manera ineficiente: estrategias como el trabajo en equipo, el uso sistemático de auxiliares y la delegación de tareas no son muy usadas. Dificultades en el mantenimiento de los equipos, ausencia de supervisión, planificación inadecuada y fallas en los sistemas de suministros también contribuyen a la productividad reducida.

6.1.3. La calidad técnica

Hay frecuentemente problemas de calidad técnica en el trabajo de los profesionales. No siempre los resultados esperados de las acciones de salud se verifican. Muchas acciones reconocidamente ineficaces o incluso dañinas continúan siendo practicadas por algunos profesionales. Un ejemplo son los partos cesáricos cuya alta proporción en algunos países no es explicada por razones de orden médico.

Y más: muchas veces, las propias normas de calidad no son respetadas y llevan, por ejemplo, a tasas elevadas de infección hospitalar o de complicaciones quirúrgicas.

Finalmente, todavía no se difunden suficientemente los mecanismos de mejora de calidad, a pesar de los procesos de implantación de esos mecanismos se han empezado hace algunos años.

6.1.4. La calidad socio-cultural

Evaluar la calidad socio-cultural del trabajo de los profesionales de salud es una tarea de logro difícil. En principio, sin un grado mínimo de aceptabilidad social, los profesionales no pueden ni empezar a trabajar.

Sin embargo, las encuestas de opinión sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios da algunas indicaciones de los problemas. Uno de los más mencionados es la llamada "deshumanización" de los servicios de salud. Parece que algunos profesionales dan énfasis al uso de tecnologías que los hacen descuidar de la relación con el paciente tanto.

Otro problema, común en los países multiculturales, se refiere a la dificultad de los grupos poblacionales minoritarios en usar servicios que sólo se ofrecen según los hábitos o en el idioma de la mayoría.

Por último, una eventual postura de superioridad por parte de los profesionales puede crear también problemas de aceptabilidad.

6.1.5. La estabilidad organizacional

Ciertamente, una de las dimensiones del desempeño que presenta más problemas es la estabilidad organizacional. En los países menos desarrollados, la inestabilidad permanente del contexto político y la inexistencia de una tecno-burocracia sólida hacen casi imposible la estabilidad de las organizaciones.

En consecuencia, la rotatividad del labor es intenso, los profesionales raramente se quedan bastante tiempo para crear el sentimiento de pertenencia a la organización donde trabajan. Los gerentes, a su vez, tienen inmensas dificultades para planear a medio o largo plazo, porque saben que no pueden hacer muchas previsiones sobre los recursos con que contarán en el futuro.

Además, la inestabilidad política lleva a la ocurrencia de huelgas y otros medios de presión sindical que contribuye a la pérdida de días de trabajo y a la inestabilidad organizacional.

En ciertos países más pobres, las condiciones de trabajo precarias estimulan la emigración de los profesionales que intentarán la suerte en países desarrollados. Así, la inversión en la formación de personal, hecho con esfuerzo por una sociedad carente, es totalmente perdida. Dos investigadores africanos, Dovlo y Nyonator (1998), ellos estiman que apenas 40% de aproximadamente 500 doctores formados en Ghana, entre 1985 y 1994, estaban todavía trabajando en el país en 1997.

Hay problemas de estabilidad organizacional mismo en los países más ricos. Menos relacionados al mantenimiento de la capacidad de producción de servicios, los problemas se refieren, principalmente, a las dificultades de adaptación a las nuevas necesidades y circunstancias. En primero lugar, debido a las propias características de las organizaciones profesionales, poco dadas a innovaciones. Y en segundo lugar, por la amenaza que los cambios pueden representar a las posiciones privilegiadas que ciertas categorías profesionales conquistaron.

6.2. Los procesos condicionantes del desempeño

6.2.1. El desarrollo de competencias

Como vimos en la sección precedente, el desarrollo de competencias se refiere al proceso de la formación de trabajadores calificados, en número apropiado, para atender a las necesidades del país.

Por consiguiente, los problemas empiezan en la evaluación de las necesidades en términos de recursos humanos. En general, no existe cualquier proceso coordinado, en el nivel nacional, de identificación de las competencias, de la cantidad y de la combinación de profesionales necesarios al país. Allí no se identifica claramente personas responsables ni se preve recursos para el planeamiento integrado de la producción de mano de obra. Particularmente evidente es el divorcio entre el sistema de educación y la planificación, por el Ministerio de la Salud, de la oferta de servicios.

Las iniciativas de planificación, cuando existentes, son sectoriales, limitadas a una categoría profesional o buscan apenas atender a las demandas formales de los organismos financiadores. Generalmente, son iniciativas poco realistas, desde que no se desarrollan en función de las necesidades y posibilidades del país.

Esa falta de la planificación, consecuencia del predominio del mercado o de la incapacidad del Estado, lleva a desequilibrios entre las distintas categorías profesionales (pocas enfermeras respecto al número de doctores, por ejemplo). Así, la combinación de personal se pone inadecuada, sea para atender a las necesidades de la población, sea para producir servicios de manera eficiente.

Otra consecuencia de la ausencia de planificación es el exceso o la escasez de los profesionales que pueden provocar, respectivamente, el desempleo y sub-empleo o el vacante de posiciones de trabajo. En Italia, estimase que 15% de las enfermeras y 25% de los doctores estaban desempleados en 1997 (Panorama della Sanità, no. 43, 1997). Esas mismas proporciones se encontraban en Bangladesh, en 1994 (Bangladesh, 1997).

Los problemas del desarrollo de competencias se muestran aun en el proceso de formación profesional. Los mecanismos de selección de las instituciones de educación no siempre consiguen asegurar que los estudiantes admitidos tienen las capacidades necesarias a la adquisición de las competencias. En ciertas instituciones, la proporción de abandono de

cursos es alta, revelando incongruencias entre las características de los estudiantes y las de los cursos. A veces, los costes son excesivamente altos para que los estudiantes o la sociedad lo puedan pagar. Otras veces, por falta de recursos, las instituciones aceptan pérdidas en la calidad de la enseñanza.

Por último, hay los problemas de la educación propiamente dicha. En muchos países, la capacidad del sistema de educación, en términos de personal calificado, material y infraestructura física, no es bastante para formar los recursos humanos necesarios. O todavía, los contenidos de los cursos no son coherentes con las necesidades de salud y las características de la población. La enseñanza es, muchas veces, excesivamente teórica y concentrada en hospitales. Se presta poca atención a la prevención. Se observa una gran variación en la calidad de las varias escuelas. En ciertos países, las Universidades públicas forman a los profesionales que después se van a trabajar en el sector privado, lo que representa una forma de subsidio indirecto a ese sector.

Son indicadores de problemas de la educación las bajas proporciones de maestros en tiempo integral y de maestros con posgrado en muchas escuelas de salud. O la falta de capacidad de los recién-ingresados en la vida profesional, revelando que las competencias adquiridas en la formación no fueran suficientes o apropiadas.

Los mismos problemas se repiten con los entrenamientos logrados por las instituciones de enseñanza o por el propio sector salud. Acrecentese que las iniciativas de educación continuada son, en regla, esporádicas. El personal no-clínico raramente es entrenado en como atender a los usuarios, mismo si atienden tanto cuanto los profesionales de salud. Y el entrenamiento en la gestión de servicios de salud todavía está en sus primórdios.

6.2.2. La distribución de personal

La distribución de recursos humanos presenta desequilibrios de todos los tipos. Sobre todo en los sistemas dominados por el mercado, hay una tendencia fuerte de concentración de personal, en el nivel terciario, especializado y ultra-especializado, de la atención a la

salud. Los profesionales tienden a concentrarse en los servicios curativos y hospitalares en detrimento del preventivo y del nivel primario de atención.

Los desequilibrios en la distribución geográfica son patentes. Incluso en los sistemas planeados, las periferias urbanas y las áreas rurales son proporcionalmente menos servidas. Frecuentemente, se muestra la "Ley Inversa de la Atención a la Salud" (Tudor y Venado, 1971), es decir, la disponibilidad más pequeña de recursos y servicios en áreas más carentes.

Hay todavía otros desequilibrios. Las mujeres tienden a concentrarse en las ocupaciones de statu social menos elevado lo que expresa un tipo de discriminación y se lo reproduce, al impedir la oferta igual de servicios respecto al género. Ciertas minorías étnicas, o a veces mismo mayorías, son sub-representadas en el contingente de los profesionales, con las mismas consecuencias de la discriminación de género en términos de equidad.

6.2.3. La gerencia de personal

Los problemas de gerencia de personal, como el de desarrollo de competencias, son bastante variados. Ellos empiezan por la propia capacidad gerencial. En muchos países, no hay gerentes apropiadamente calificados en número suficiente. A veces, el proceso de selección de gerentes obedece a criterios diferentes la capacidad técnica. Además, en muchos lugares, los gerentes no disponen de condiciones de trabajo adecuadas.

Los problemas de gerencia también involucran el alocución de personal. No siempre los procesos de alocución tienen en cuenta los objetivos de los servicios de salud. Muchas veces, los puestos son ocupados por personas que no tienen las competencias apropiadas, sea por falta de candidato más apropiado, sea debido al uso de otros criterios de alocución. Faltan incentivos para atraer a los profesionales para ciertas posiciones. Ni siquiera la permanencia en el empleo no es, en general, estimulada. En países donde coexisten sistemas público y privado, hay el problema del empleo doble que tiende a reducir el compromiso del profesional con ambos.

Manejar la productividad presenta una serie de dificultades. Las condiciones de trabajo, la división de tareas, los sistemas de incentivo, los estilos y las prácticas de administración son, frecuentemente, obstáculos a la productividad. Ciertos hábitos

profesionales impiden la substitución y llevan al uso inapropiado de los doctores que ejecutan tareas absolutamente realizables por enfermeras o técnicos. Esos mismos hábitos impiden el trabajo en equipo. Apenas raramente se definen las metas de producción o se adoptan mecanismos de evaluación de la productividad.

Manejar la calidad es aun más complicado que manejar la productividad. Los mismos factores que pueden ser obstáculos al uno pueden ser al otro. Casi nunca se adoptan mecanismos para premiar los servicios de calidad buena y castigar los de calidad mala. Normas escritas de calidad, cuando existen, no se divulgan suficientemente. La práctica del acreditación ya es relativamente común en los países desarrollados, pero todavía es incipiente en los menos desarrollados.

La gerencia del ambiente y de las relaciones de trabajo es también local de muchos problemas. Para empezar, es frecuente la falta de coherencia entre los mecanismos de gerencia y los objetivos de los servicios. Mecanismos autoritarios persisten, mismo cuando los objetivos proclamados son de participación. La gerencia de recursos humanos tende a ser centralizada y burocrática, mismo cuando los objetivos son de descentralización y flexibilidad.

Las relaciones de trabajo todavía son dañadas por los sueldos bajos, por la ausencia de incentivos a los profesionales y por las dificultades de hacer carrera, sobre todo en el sector pública. Aparece el problema de los pagos "por fuera" y del multiemplego, con efectos desastrosos para los servicios y para los propios profesionales. La satisfacción y la motivación del personal se encuentran, en consecuencia, en niveles muy bajos. La maestra María Helena Machado y sus colaboradores (1998) de la Escuela Nacional de Salud Pública (Río de Janeiro) documentaron exhaustivamente esos problemas, en un estudio importante sobre los doctores brasileños.

6.3. Los determinantes del desempeño

6.3.1. Las políticas y los sistemas de regulación

Las políticas que interesan aquí son, como vimos, todas las decisiones, acciones y falta de acciones que tienen influencia en la producción, la distribución y la gerencia de personal de salud. Los sistemas de regulación son los resultados formales de esas políticas.

El primer problema se relaciona exactamente a la cantidad y la diversidad de los actores sociales, de la administración pública y de la esfera privada, que están envueltos en la implementación de y/o formulación de políticas que influyen en la gestión de recursos humanos, sea en el plan de la financiación, de la educación o de la práctica profesional.

Un segundo problema se refiere a la consistencia y la coherencia de los sistemas de regulación. No es raro que políticas formuladas, por ejemplo, en el Ministerio de las Finanzas, tengan un impacto negativo en el uso de los recursos humanos en salud. De la misma manera, los objetivos de los servicios como la equidad, por ejemplo, pueden ser perjudicados por una política de favorecimiento de prácticas de mercado en el sector salud. A veces, políticas que se originan de un mismo sector presentan contradicciones entre ellas.

Hay también problemas de implementación de políticas. Es frecuente la existencia de diferencias entre la política en el discurso y en la práctica. Ni todos los sistemas de regulación trabajan con la misma efectividad. Además, las políticas no siempre producen los efectos esperados. O todavía producen efectos inesperados. Cuando los diputados brasileños aprobaron, en 1988, la universalidad de la atención a la salud, no imaginaron que esa universalidad sería excluyente y empujarían, debido a la pérdida de calidad de los servicios públicos, las clases medias para el sistema privado de seguros de salud (Mendes, 1993).

Finalmente, sobre todo en los sistemas controlados por el Estado, ocurren problemas de clientelismo y patrimonialismo. Las políticas elaboradas y llevadas a cabo buscan el favorecer las personas pertenecientes a los grupos que se encuentran en el poder. Los recursos públicos se negocian como si fueran propiedad privada de los gobernantes. Estrechamente ligado a esos problemas, la discontinuidad administrativa mina las bases de la implementación de las políticas de largo plazo, esencial para el éxito de la gestión de recursos humanos.

6.3.2. La disponibilidad de recursos

Los problemas de disponibilidad de recursos son de dos órdenes: cantidad y calidad. Respecto al volumen, es difícil de establecer el nivel ideal de recursos. Uno de los parámetros para identificar este nivel puede ser, exactamente, los objetivos definidos. El problema empieza, entonces, por la discrepancia existente entre los recursos puestos a la disposición y el necesario para alcanzar los objetivos. Un ejemplo brasileño: el efecto inesperado de la universalización excluyente del fue, probablemente, resultado de la discrepancia entre los recursos disponibilizados y los necesarios para hacer posible la universalidad.

Otro parámetro para establecer el volumen apropiado de recursos es la capacidad nacional de producción de riqueza. Por ejemplo, Canadá invierte en el sector salud aproximadamente 2.000 dólares per cápita al año, lo que representa 10% del ingreso nacional por habitante. Tal volumen no sería, ciertamente, adecuado a Haití, donde la cantidad de 2.000 dólares per cápita representa 100% del producto interior grueso. Por consiguiente, un problema, sobre todo para los países más pobres, es el mantenimiento financiero de su mano de obra más calificada. Frecuentemente, el resultado es la emigración.

Un tercer problema relacionado a la cantidad se refiere a la desproporción en la inversión en recursos diferentes. Es común la ocurrencia de privilegios de las inversiones en red física, con la construcción de nuevos edificios, sin la inversión correspondiente, por ejemplo, en la mejora de los sueldos del personal.

Respecto a la calidad, los problemas de recursos se refieren a las diferencias entre las características existentes y las necesarias para apoyar el uso adaptado de la fuerza de trabajo. Así, no siempre los formuladores de políticas, o los gerentes, o los educadores tienen la calificación ideal. Los materiales y los instrumentos de trabajo, no es raro que se encuentren en estado de conservación precario. La información, recurso siempre valioso, frecuentemente presenta problemas de validez.

6.3.3. Las relaciones de poder

De una manera más evidente que en los otros ítems de nuestro cuadro de referencia, los problemas en las relaciones de poder dependen del punto de vista de quién analiza la situación. Quién controla la situación difícilmente ve algún problema en la distribución actual de poder.

Con todo, los varios actores pueden adoptar, por consenso, ciertos criterios para permitir un análisis menos parcial de la situación. Por ejemplo, una vez establecidos, los objetivos de los servicios de salud pueden servir como marcas para la identificación de intereses favorecidos o frustrados y, por consiguiente, de actores que tienden apoyar o resistir a las estrategias de logro de los objetivos.

Normalmente, los problemas más grandes de relaciones de poder nacen de los conflictos entre los intereses de la sociedad, expresados a través de los mecanismos de la democracia, y los intereses particulares de actores poderosos. En el área de la salud, llama pronto la atención el poder de la industria farmacéutica cuyos intereses privados muchas veces sobreponen a los intereses públicos. Un ejemplo específico, pasada en Brasil, fue la derrota de la ley que impusiera el uso de los nombres genéricos de las medicaciones que, a pesar de haber sido sancionada, nunca entró de hecho en efecto.

En los sistemas de salud dominados por el mercado, un problema de relación de poder se expresa en la tendencia del sector privado a seleccionar los casos más "lucrativos" de enfermedades y dejar los más complicados para el sector público.

Algunos problemas de poder son creados por la categoría médica, actor también poderoso, cuando se siente amenaza. En Quebec, la Federación de los Médicos consiguió negociar con el gobierno un acuerdo segundo el cual la cantidad total de presupuestos destinados a los pagos de sus miembros se reduciría (como fueran reducidos los de todos los servidores públicos), pero el valor de cada acto médico se conservaría. El resultado obvio fue la reducción del número de actos cumplidos, con daño para la población que pasó a disponer de menos servicios. Los doctores, si bien perdieron ingreso, ganaron tiempo libre.

Pueden mencionarse muchos ejemplos de problemas de ese tipo. Más importante es observar que la dificultad más grande en las relaciones de poder aparece en la ausencia de democracia, cuando los grupos dominantes imponen sus intereses por la fuerza en detrimento

de los intereses de la mayoría. Infelizmente, los problemas de falta de democracia todavía existen en algunos países del mundo.

6.4. La necesidad de enfrentar los problemas

Todos esos problemas, del desempeño de los profesionales hasta las relaciones de poder, llvan al uso inapropiado de la fuerza de trabajo, con consecuencias negativas considerables para la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud y para la satisfacción de los usuarios y trabajadores.

Por consiguiente, se imponen medidas de corrección. Ahora, más que nunca, son necesarios los ajustes en la organización del trabajo en reacción a fenómenos que están afectando todos los países del mundo:

- Las condiciones de salud estan modificándose rápidamente y, así, el perfil de las necesidades de salud.
- Cambios sociales y culturales estan creando nuevas expectativas, actitudes y conductas de los usuarios y proveedores de servicios de salud.
- Los costes de los servicios estan creciendo de manera incontrolada.
- Mejores sistemas de información estan llevando al cuestionamiento de la efectividad y de la eficiencia de muchas de las acciones de salud.

En la sección siguiente, nos acercaremos de las estrategias para enfrentar - y intentar resolver - esos problemas.

7. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Para enfrentar los problemas de los sistemas de servicios de salud, en general, y los problemas de los recursos humanos, en particular, tres grandes abordajes han sido

propuestas. Uno de ellos afirma que la forma mejor de resolver los problemas es a través el mercado. Lo segundo propone una regulación más estricta de los sistemas de salud por el Estado. El tercer camino presenta como posible un uso combinado de los mecanismos de mercado y de la intervención estatal. Después de discutir brevemente los primeros dos abordajes, intentaremos mostrar que el tercer camino es el más fructífero. Para tanto, presentaremos en detalle como ese camino propone enfrentar los desafíos relativos a la gestión de recursos humanos en salud.

La vía del mercado

Los partidarios de la vía del mercado sostengan que para permitir a los productores y consumidores de cuidados de salud que ajusten sus intereses, directamente, es la forma más eficaz de resolver los problemas de alocución de recursos. Ellos también afirman que, en los países en que se adoptó, la regulación estatal no dio resultados buenos.

Según la teoría económica clásica, los pré-requisitos para el mercado libre funcionar son, entre otros: " (a) que los consumidores y productores estean bien informados, (b) que los mercados sean verdaderamente competitivos, (c) que mercados inexplorados no existan y (d) que no existan bienes públicos, externalidades ni ingresos en escalas" (Barr 1994, p.35).

Ahora, parecenos que esos pré-requisitos no son cumplidos en el sector salud. Ni los consumidores ni los productores están perfectamente informados. Una asimetría de conocimiento existe entre productor y consumidor: si lo enfermo busca al doctor es porque él no sabe de que sufre ni como tratarse y espera que al doctor le sepa.

La competición entre los productores está lejos de ser perfecta. De hecho, ellos forman corporaciones, lo que vuelve la cooperación tan o más importante que la competición.

Los mercados de salud difícilmente serán completamente explotados, pues los propios productores tienen la capacidad de crear nuevas necesidades. La apariencia constante de nuevas especialidades médicas es, en parte, una demostración de eso.

La atención a la salud tiene las características de un bien público y posee muchas externalidades. Con efecto, el hecho de ser vacunado no sólo beneficia al individuo que tomó la vacuna, pero a la comunidad entera.

Respecto a la fuerza de trabajo, el mercado tiende a favorecer las preferencias de los productores en detrimento de las de los consumidores. En general, son los profesionales que escogen la especialidad y el lugar en que quieren practicar.

El estudio patrocinado por la sección europea de la Organización Mundial de la Salud (Saltman y Figueras, 1997) evidenció que las fuerzas del mercado no han sido capaces controlar la producción de los profesionales, mismo donde el sobrante ya se traduce en desempleo y sub-empleo. La suposición que las instituciones educativas se ajustarían espontáneamente a las nuevas realidades no está confirmandose.

Los partidarios del mercado proponen, como soluciones para estas fallas, mecanismos que re-establezcan los pré-requisitos de la eficiencia del mercado: más información, incentivos a la movilidad geográfica y intersectorial, remuneración y empleo determinados por la oferta y la demanda. Le falta verificar si y como estas medidas son aplicables al sector salud.

La regulación por el Estado

La regulación estatal pura, donde existió, dejó una herencia de muchas ineficiencias. Incluso en países donde la regulación nunca fué absoluta, los gobiernos fallaron en sus intervenciones. En general, introdujeron rigidez al procesos de trabajo, y impidiendo el obtención de grados mas elevados de productividad y desmotivando los trabajadores.

Las fallas de los gobiernos tienen raíces múltiples: falta de capacidad técnica, ausencia de compromiso político con el sector salud, ausencia o insuficiencia de los mecanismos de regulación de los recursos humanos, politización del uso de los recursos humanos, control exclusivo de la formulación de políticas de salud por la profesión médica.

Sin embargo, las imperfecciones de los mecanismos del mercado y el reconocimiento que la atención a la salud es un bien público justifican la intervención del Estado en el sector salud. Resaltese que estamos refiriéndonos al Estado como el responsable mayor por la garantía

de los intereses públicos, lo que implica necesariamente su carácter democrático. De toda manera, falta verificar como los gobiernos democráticos pueden intervenir de moda eficaz y eficiente.

La tercera vía

La tercera vía busca llevar en cuenta todos los aspectos del proceso de gestión de los servicios de salud. No sólo las dimensiones económicas, pero también las dimensiones sociales, culturales, organizacionales y políticas.

La idea es buscar un equilibrio entre los distintos objetivos de los servicios, entre los intereses individuales y los colectivos, entre la autonomía de los profesionales y la eficiencia, entre la libertad del consumidor y el control de costos.

La tercera vía propone la descentralización administrativa que facilita la adecuación de los servicios a las realidades locales y la responsabilización de los prestadores y de los usuarios. Por otro lado, recomienda la centralización de la financiación para asegurar la redistribución de los recursos, necesaria a la garantía de la equidad. Valora la mejora de la calidad de la educación y del entrenamiento, pero también la capacidad de autorregulación profesional. Sugiere el uso de sistemas de incentivo, pero encoraja la independencia de decisión de los prestadores de servicios.

Finalmente, propone que se usen los mecanismos del mercado y la intervención estatal en función de los objetivos a alcanzar y no de querellas ideológicas.

Desarrollo de recursos humanos

Específicamente respecto a la fuerza de trabajo, la tercera vía adopta la estrategia del desarrollo de recursos humanos (DRH), definida como el conjunto coordinado de acciones que busca crear las condiciones que permiten a los RHS producir servicios de calidad, en cantidad suficiente para atender a las necesidades de la población. Martineau y Martinez (1997) definen el DRH como "las diferentes funciones involucradas en la planificación, en la administración y en el apoyo al desarrollo profesional de la fuerza de

trabajo en salud, dentro de un sistema de salud, generalmente en el nivel estratégico y político. El DRH objetiva poner a la persona correcta, con las calificaciones y la motivación correctas, en el lugar correcto, al momento correcto."

El desarrollo de recursos humanos busca, sobre todo, encontrar las formas más eficaces de la regulación de personal. Regular significa influenciar deliberadamente la conducta de los recursos humanos. La regulación puede tomar varias formas, pero el criterio de su efectividad siempre es el mismo: influir en los varios actores sociales, individuos y instituciones, en el sentido de la adopción de conductas consistentes con los objetivos perseguidos por el regulador.

Para llevar a cabo la estrategia de desarrollo de recursos humanos es necesario, antes de todo, ponerla en el contexto. Los factores contextuales ejercen una influencia fuerte en el DRH. Podemos descomponer este contexto en sus varios aspectos: legal, económico, organizacional, tecnológico, socio-cultural y político.

Los aspectos legales incluyen las leyes y las regulaciones existentes (Constitución, leyes sobre las relaciones de trabajo, regulaciones sanitarias, convenciones internacionales, regulaciones profesionales y administrativas). También deben ser considerados los procedimientos de aprobación de las leyes y de las regulaciones.

Los factores económicos se refieren a la disponibilidad de recursos por el sector salud, a la situación general de empleo, a las tasas de crecimiento económico y de inflación y a las prioridades económicas del gobierno. La influencia de esos factores en el DRH es visible, por ejemplo, en la desmotivación a adoptar prácticas más eficientes de gestión cuando la tendencia de la economía es de crecimiento.

Los factores organizacionales se refieren a la distribución de responsabilidades entre los niveles central y regionales, al número de ministerios y agencias involucrados en la política de RHS, a la localización del centro del poder de decisión (¿Ministerio del Trabajo? ¿de la Salud? ¿de la Economía?) y a la capacidad institucional de formulación de políticas y de administración.

Los aspectos tecnológicos involucran el uso de nuevos instrumentos de trabajo, como equipos de diagnóstico y de apoyo terapéutico que pueden exigir nuevas formas de

organización del trabajo. También involucran tecnologías, como la telemedicina o internet que pueden modificar mucho las prácticas de enseñanza.

Los aspectos socio-culturales que influyen en el DRH son innumerables. Así como ejemplos, podemos mencionar el statu social de las ocupaciones (menos alto el statu, más pequeña la atracción de buenos candidatos). O el valor atribuido a la autonomía de las Universidades que puede volverlas renuentes a atender a las demandas venidas de otros sectores. O aun el valor dado a los cuidados curativos en detrimento de los preventivos, con repercusiones en el tipo profesional que tendrá priorizada su formación. O la creencia que los hombres se comprometen más con la carrera que las mujeres, lo que puede llevar los empleadores a favorecer el sexo masculino.

Los aspectos políticos incluyen el lugar de la Salud en el agenda política, el grado de consenso sobre las necesidades de cambios, el grado de clientelismo, la proximidad de ciertos grupos profesionales al poder político.

Es esencial conocer bien el contexto del desarrollo de recursos humanos para establecer la viabilidad de las posibles intervenciones.

Dentro de un contexto definido, la estrategia de DRH tiene a cargo las varias funciones de la gestión de personal, involucrando, por consiguiente, los procesos de:

- Identificación de las necesidades de personal, en términos cuantitativos y cualitativos,
- Definición de los objetivos de la política de recursos humanos,
- Diseño y implementación de las intervenciones sobre la fuerza de trabajo,
- Movilización de los recursos requeridos por estas intervenciones y
- Acompañamiento y evaluación de las actividades cumplidas.

La identificación de las necesidades de personal es balizada, de un lado, por la identificación de las necesidades de servicios que, a su vez, deben corresponder a las necesidades de salud. Por otro lado, la identificación de las necesidades de personal pasa por el análisis de la situación de RHS, donde se evalúa la discrepancia entre los recursos existentes y los necesarios.

Una vez conocidas las necesidades de personal, puede formularse los objetivos de la política de recursos humanos. Todavía, esa formulación es subordinada a la definición de los objetivos de los servicios que deben subordinarse a los objetivos de salud a su vez.

El diseño y la implementación de las intervenciones en recursos humanos, en el sentido de alcanzar los objetivos definidos, incluyen un grupo variado de medidas que deben ser coherentes entre ellas. Por ejemplo, para alcanzar el objetivo de una distribución equitativa de profesionales, es necesario intervenir de una manera coherente en la formación, en la contratación y alocución y en las condiciones de trabajo.

Las intervenciones, a su vez, dependen de recursos de varios órdenes, que necesitan ser identificados claramente. Los recursos pueden estar o no disponibles inmediatamente. De cualquier manera, con mayor o menor dificultad, la tarea que se impone es movilizar los recursos requeridos.

Finalmente, todas las intervenciones necesitan ser acompañadas y evaluadas para la garantía del éxito, es decir, del alcance de los objetivos y de la satisfacción de las necesidades.

En resumen, la política de desarrollo de recursos humanos resulta de un esfuerzo importante de planificación.

La práctica de la planificación perdió mucha credibilidad en los últimos tiempos. El planeamiento centralizado, de tipo soviético, a pesar del gran éxito inicial, dejó al fin una carga pesada de problemas. En los países capitalistas, la "planificación estratégica" estuvo en moda durante algunos años, pero cayó en desuso, después de haberse vuelto un ejercicio meramente formal.

Sin embargo, la necesidad de identificar los problemas correctamente, de definir objetivos y de elaborar estrategias conscientemente no desapareció. Además, sabemos que las fallas de los mecanismos de mercado en el sector salud son muy importantes para concederles la responsabilidad de manejar los recursos humanos.

Una práctica renovada de planificación es, por consiguiente, esencial a la implementación de la política de DRH. Una primera característica de esa planificación debe ser la participación de todos los interesados. ¿De hecho quién puede definir las necesidades de la población si no un grupo representativo de actores sociales?

La participación de los profesionales es particularmente importante, porque la provisión de los cuidados de salud depende directamente de ellos. Las instituciones de educación también deben tener un papel importante en la formulación de la política de RHS.

La coordinación de la formulación de políticas debe ser una preocupación constante del planeadores. La política de recursos humanos es generada por agencias múltiples que si no se coordinan formularán políticas desencontradas o opuestas. La coordinación también es necesaria para que la política de recursos humanos se defina no por profesiones, pero por el grupo de funciones necesarias para alcanzar cada objetivo.

La producción y la difusión de información también son parte esencial de la planificación. No se atacan muchos problemas porque sino son bien documentados. Ciertos objetivos no son mejor definidos por falta de información. Algunas estrategias fallan porque no fueron divulgadas suficientemente.

Dado el incertidumbre de los problemas de salud, la planificación debe conducir a formas de regulación de los recursos humanos que sean flexibles. La regulación tecnocrática, de arriba para abajo, la mayoría de las veces, no tiene la aceptabilidad y la legitimidad esenciales a la garantía de esa flexibilidad. Por otro lado, la importancia de las externalidades puede exigir un cierto grado de coerción regulatoria. Un ejemplo común es la obligación, para todos los profesionales de salud, de notificar los casos sospechosos o diagnosticados de enfermedades transmisibles.

La planificación tiene que llevar en cuenta que el DRH se sitúa en dos planes que guardan entre ellos una relación de complementación y, al mismo tiempo, de subordinación. El primer plan es el nivel político, donde se encuentran los factores determinantes del desempeño de RHS (políticas y sistemas de regulación, disponibilidad de recursos y relaciones de poder) y una parte de los condicionantes de los procesos de desempeño (desarrollo de competencias y distribución de personal). El segundo plan es el nivel operacional, donde se encuentra la otra parte de los procesos que influyen en el desempeño de RHS (la gerencia de personal). El nivel operacional es complemental y, al mismo tiempo, subordinado al político.

Cuando hablamos de "gestión" de recursos humanos, estamos refiriéndonos al conjunto de políticas y de estrategias formuladas y llevadas a cabo, sobre todo, en el nivel político. El término "gerencia" es reservado para las acciones desarrolladas en el nivel operacional. Aunque, como el nivel operacional se subordina al político, el término gestión

también puede aplicarse en el sentido general del conjunto de las políticas, estrategias y acciones desarrolladas en los dos niveles.

Vistas las características generales de la estrategia de desarrollo de recursos humanos, podemos ahora observar más estrechamente las características de cada una de las dimensiones de la gestión de RHS.

A) El nivel político

A.1. Los factores determinantes del desempeño de los RHS

A.1.1. Las políticas y los sistemas de regulación

Las políticas que determinan el proceso de desarrollo de recursos humanos son de los más variados órdenes y vienen de las más variadas fuentes, muchas veces ni siquiera son explícitas. Como regla general, los resultados en términos de la producción y uso de la fuerza de trabajo dependerán, en gran medida, de la disposición de los líderes a invertir en el sector salud y a correr riesgos políticos.

Así, los sistemas de regulación frutos de las políticas generales serán más o menos favorables a la implementación de políticas de personal coherentes con los objetivos de salud a depender de la prioridad dada a el sector salud y del apoyo de la sociedad a las iniciativas de sus líderes.

A los administradores de recursos humanos incumbe la difícil tarea de conducir la política de personal en medio a un enredado de intereses contradictorios. Ellos harán bien si son capaces de definir explícitamente los objetivos de la política de recursos humanos, teniendo en cuenta la situación inicial y la posibilidad de cambios.

El hecho de definir explícitamente los objetivos, difundirlos ampliamente y contar con el apoyo de la opinión pública contribuye para poner los formuladores de políticas de personal en una posición de fuerza para negociar con los actores sociales que intentan influir en las políticas en el sentido de sus intereses privados. Esos objetivos pasan, así, a ser el criterio principal para decidir cual política es la más apropiada.

Un segundo criterio que ayuda a establecer la adecuación de la política y de los sistemas de regulación es la coherencia. Más allá de ser coherente con las políticas de salud, las políticas de recursos humanos deben ser coherentes entre ellas. Políticas específicas que, separadamente, son interesantes, pueden ser desastrosas si no son coordinadas con las otras. Desde que los sistemas de regulación de recursos humanos encuéntrase bajo varias jurisdicciones, el problema de la falta de coordinación ocurre frecuentemente. Un ejemplo es el caso de países donde el ministro de la Salud desea la reducción de la oferta de médicos y el ministro de la Educación autoriza la apertura de nuevas escuelas de medicina.

Finalmente, un proceso transparente y coordinado de formulación es una manera útil de hacer que el contexto político no sea desfavorable a las políticas de recursos humanos basadas en el interés público.

A.1.2. La disponibilidad de recursos

Respecto a la disponibilidad de recursos, la estrategia de desarrollo de recursos humanos parte inicialmente de la consideración del volumen total del producto interior bruto (PIB). Consideración esa que tiene dos caras: en un lado, la disponibilidad de recursos, definida por el PIB, limita las posibilidades de escoger los objetivos de la política de recursos humanos; por otro lado, la política de personal puede tener como uno de los objetivos contribuir para el aumento de PIB.

Así, los formuladores de políticas de personal deben preocuparse en proponer objetivos adaptados a la realidad nacional. Por ejemplo, algunos países más pobres deberían quizás invertir lo poco que tienen en servicios comunitarios, de impacto probado sobre la situación de salud, y posponer las inversiones en la formación de los profesionales ultra-especializados que probablemente emigrarán después de graduados.

Por otro lado, los formuladores de políticas pueden proponer ciertas políticas, buscando la producción de riqueza. En muchos países, el sector salud representa parte sustancial de la economía y usa numerosa mano de obra. Cuba es un ejemplo de país pobre que tiene en los servicios de salud una fuente de ingreso considerable.

Además, no debemos olvidarnos que toda riqueza es producida por el trabajo humano y, por consiguiente, la mejora de la condición de salud de las personas es, en sí mismo, una contribución indirecta al crecimiento del PIB.

El desarrollo de recursos humanos no sólo considera el volumen total, pero también la proporción de la riqueza del país que se destina a la salud y el desarrollo de personal. Naturalmente, esa proporción depende de decisiones políticas. A los administradores de la fuerza de trabajo cabe demostrar cual es el volumen de recursos necesarios para el alcance de los objetivos definidos democráticamente.

Más allá del volumen, los administradores tienen la incumbencia de mostrar cual es la mejor combinación de recursos. No sirve, por ejemplo, invertir fuertemente en la producción de una categoría profesional, descuidando de la formación de las otras categorías necesarias al alcance de los objetivos de salud. Así como no tiene sentido invertir en la formación y no garantizar condiciones apropiadas de trabajo para los futuros profesionales.

Finalmente, vale la pena reafirmar que la estrategia de DRH valoriza bastante la disponibilidad de información válida y actualizada. Por consiguiente, los administradores de personal de salud deben hacer un esfuerzo para tener siempre a la disposición la información necesaria. Datos epidemiológicos, socio-demográficos, económicos, políticos, organizacionales, etc de la población y de los trabajadores de la salud son herramientas básicas del administrador de recursos humanos en salud. La construcción de sistemas de información en salud es una forma eficaz de tener disponibles esas informaciones.

A.1.3. Las relaciones de poder

La estrategia de desarrollo de recursos humanos exige la observación atenta de las relaciones de poder. Como sabemos, numerosos individuos, grupos y instituciones tienen intereses en la administración de personal (empleos, negocios, búsqueda de prestigio o de poder, preocupación con la calidad de los servicios, etc.). Cualquier lista de esos actores sociales, ciertamente, incluirá:

- El Estado, en las esferas federal, estatales y municipales y en sus agencias múltiples;
- Los partidos políticos, por la capacidad de influir en las acciones de los gobiernos;

- Los prestadores de servicios y sus representantes, como los consejos profesionales, los sindicatos y las asociaciones;
- Las instituciones de enseñanza, los maestros y los estudiantes y sus asociaciones;
- Los investigadores;
- Los empleadores de los profesionales de salud, sean gobiernos o sean las compañías privadas;
- Los tercero-pagadores, como las compañías de seguros de salud cuya influencia varía en acuerdo con su importancia en la financiación de los servicios;
- Los formuladores de política y gerentes de recursos humanos que también tienen sus intereses particulares;
- Los organismos de apoyo externos, como ONGs, agencias multi-laterales y bancos de desarrollo;
- Los consumidores y sus asociaciones, a veces organizados según intereses bastante específicos (los portadores de una enfermedad, las víctimas de errores médicos, etc);
- Los productores y vendedores de equipos y insumos cuyo primer interés es evidentemente aumentar el consumo de sus productos;
- Los medios de comunicación que pueden exponer problemas o promover campañas en favor de una política específica.

Cada una de esas categorías de actores no es, naturalmente, homogénea. En todas hay sub-grupos con intereses específicos que desarrollan sus propias estrategias, actividades y alianzas. Los administradores de recursos humanos necesitan identificar todos esos sub-grupos y sus intereses para que la política de personal se haga posible.

Son muchos los papeles llevados a cabo por estos actores sociales respecto al DRH:

- Formular políticas de personal;
- Implementar esas políticas;
- Regular la fuerza de trabajo;
- Financiar la educación y el entrenamiento, la remuneración de los trabajadores, la infraestructura física y los insumos materiales;
- Educar y entrenar;

- Comprar los servicios producidos por la fuerza de trabajo;
- Pagar por los servicios (quién paga no siempre es el comprador o el financiador);
- Gerenciar el personal
- Informar a los varios actores sobre las necesidades, demandas y expectativas a ser atendidas por los recursos humanos;
- Evaluar la producción y el uso de la fuerza de trabajo;
- Militar en pro de cambios o en pro del statu quo;
- Consumir los servicios producidos por el personal de salud.

La mayoría de los actores llevan a cabo más de un papel, algunos ejecutan papeles que no deberían dado el conflicto de intereses potencial. Un ejemplo es dar a los consejos profesionales las dos tareas de proteger al público, garantizando la calidad del servicio prestado por sus miembros, y de defender los intereses de la corporación profesional.

La influencia de cada uno de los actores sociales varía en acuerdo con el aspecto de la administración de recursos humanos que está en juego. También varía en el tiempo. Es bastante útil para los gerentes de personal hacer el mapa de la distribución de papeles.

A.2. Los procesos condicionantes del desempeño de RHS

A.2.1. El desarrollo de competencias

La estrategia de DRH recomienda, como principio, la planificación de la formación de personal en función de las necesidades y de las posibilidades del país. Un proceso coordinado y realista de planeamiento es capaz evitar, en el futuro, problemas de exceso o de escasez de personal calificado, así como de desequilibrios en la oferta de profesionales de categorías diferentes.

Un desarrollo apropiado de competencias exige la adopción de mecanismos de selección por las instituciones de instrucción capaces de identificar a los mejores candidatos. Definir que mecanismos serán éstos es una tarea compleja, de la cual los gerentes de recursos humanos no deben abstenerse de participar.

Los contenidos de los cursos de formación profesional necesitan ser coherentes con las necesidades de salud de la población. La atención equilibrada a la enseñanza teórica y práctica, en los niveles hospitalar y de cuidados primarios, es aconsejable. En la mayoría de los países, el énfasis en el abordaje comunitario durante el proceso del enseñanza/aprendizaje es también aconsejable.

Hay experiencias en el plan internacional cuyos resultados parecen ser favorables al desarrollo adecuado de competencias. Un ejemplo es el Proyecto UNI (Una Nueva Iniciativa en la Educación de Profesionales de Salud: Asociación con la Comunidad), financiado por la Fundación Kellogg y desarrollado en algunos países latino-americanos. Este proyecto busca para estimular las escuelas de salud a cambiar sus planes de estudios basado en disciplinas por un abordaje vuelta a la comunidad. El énfasis se pone en el acercamiento entre las escuelas del área de la salud, los establecimientos de salud y las comunidades respectivas en el proceso de planificación y de organización de los servicios (Chaves y Kisil, 1994).

La educación, para ser completa, no puede limitarse a la transmisión de información. Al opuesto, la garantía de la competencia profesional no sólo exige la adquisición de conocimiento, pero también el desarrollo de habilidades y de actitudes apropiadas a cada categoría profesional (Dussault, 1992). Así, el razonamiento crítico, la sensibilidad humana, la conducta ética, la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, de comunicación y de liderazgo son habilidades y actitudes fundamentales en un profesional de salud.

Ciertas estrategias de educación pueden favorecer la adquisición equilibrada de esas tres dimensiones de la competencia. La enseñanza basada en problemas, ya adoptada por muchas instituciones educativas, parece ser una de esas estrategias. Hay todavía otras metodologías de instrucción que estimulan los estudiantes a tomar iniciativas, a ser elementos activos del proceso de enseñanza/aprendizaje, lo que favorece el desarrollo combinado de conocimientos, habilidades y actitudes.

Otro aspecto del desarrollo de competencias, bastante valorado por el DRH, es la garantía de la calidad de la enseñanza. La acreditación de las instituciones de instrucción que implica en la realización de una evaluación cuidadosa de las escuelas, basada en criterios amplios y rigurosos, por un grupo independiente de expertos reconocidos es, ciertamente, un

mecanismo eficaz de incentivo la mejora de la calidad. La acreditación tiene aun el papel de informar al público las instituciones que alcanzaron niveles de excelencia en sus servicios.

La calidad está directamente relacionada con los costos de las actividades de educación. Hay un nivel mínimo de costos abajo de lo cual no es posible asegurar cualquier padrón de calidad. Por otro lado, existen costes indebidos, provocados por una administración ineficiente de las instituciones. Por consiguiente, el DRH preocupase con la financiación apropiada y con la administración del sistema educativo.

Por último, pero no menos importante, el desarrollo de competencias exige la realización constante de actividades de entrenamiento, tanto para los profesionales de salud cuanto para el personal administrativo. Las actividades de educación continua, sobre todo cuando exigen la salida temporaria del profesional de su servicio, no deben ser usadas como mecanismo para desplazar al mal profesional, pero sí para actualizar el profesional comprometido. En el área de la educación continua, el uso de incentivos a los trabajadores es muy útil. El uso de las técnicas de instrucción a distancia, hoy fácilmente accesibles, también puede ser útil.

A.2.2. La distribución de personal

El desarrollo de recursos humanos tiene como objetivo promover una distribución del personal que asegure la equidad de la oferta de servicios, sea por región geográfica, sea por nivel de atención, sea por tipo de servicio. Semejante objetivo no es, sin embargo, fácilmente el alcanzable.

En primero lugar, el objetivo de equidad no es siempre reconciliable con el de eficiencia. Muchas veces, la priorización de uno de ellos se impone, lo que implica juicios de valores y, por consiguiente, controversias. Y en segundo lugar, la producción de los profesionales es un proceso largo, de años. Por lo tanto, exige una capacidad de previsión

(p.ex., cuántos farmacéuticos serán necesarios en próxima década?), que las informaciones actuales raramente confieren a los planeadores.

Sin embargo, las dificultades de intervenir no eliminan la necesidad de la intervención consciente sobre la distribución de personal. Ya conocemos los problemas que un mercado no-regulado provoca.

De hecho, hay varias estrategias para enfrentar los desequilibrios en la distribución de la fuerza de trabajo. Así, el exceso eventual de profesionales puede ser reducido por la introducción de un *numerus clausus*, preferencialmente negociado con las asociaciones profesionales y las instituciones educativas.

Se puede también condicionar la financiación de las escuelas al alcance del número deseado de graduados. O adoptar incentivos para encorajar o descorazonar los futuros profesionales a escoger ciertas especialidades y ciertos lugares de trabajo. En la provincia de Quebec (Canadá), un conjunto de incentivos económicos y profesionales, adoptado en al fin de los años setenta, ayudó a reducir la diferencia en las proporciones de médicos por habitante entre las áreas urbanas y las rurales (Contandriopoulos y Fournier, 1992).

Finalmente, la apertura y el cierre de posiciones de trabajo en el sector público también pueden contribuir a la corrección de los desequilibrios en la distribución de personal. Por ejemplo, abriendo exclusivamente vacantes en las áreas mal servidas y para las especialidades de profesionales más escasos.

B) El nivel operacional

B.2.3. Gerencia de recursos humanos en salud

La tarea básica de la gerencia de personal es garantizar a los trabajadores las condiciones cotidianas adecuadas de trabajo. Estas condiciones incluyen los procedimientos de la contratación y ubicación, la definición de posiciones y funciones, los mecanismos de promoción y ascensión en las carreras, los sistemas de incentivos al desempeño, los modos y niveles de remuneración, el acceso a los instrumentos apropiados de trabajo y las relaciones de trabajo.

En general, en todos esos aspectos de las condiciones de trabajo, el DRH sugiere que el criterio esencial para la toma de decisiones por los gerentes sea la búsqueda de los objetivos de los servicios de salud. Quién y cómo contratar, dónde poner el contratado, qué posiciones y carreras definir, qué incentivos adoptar, cómo y cuánto remunerar, qué instrumentos proporcionar, cómo relacionar, todo eso debe ser consistente con los objetivos democráticamente definido para los servicios. Los intereses privados, sea de los líderes políticos, sea de los profesionales, no deben servir como criterio. De nuevo, la transparencia del proceso es el mejor mecanismo de favorecimiento de los intereses públicos.

Tener un criterio claro para la toma de decisiones ya resuelve la mitad de los problemas de los gerentes, pero no resuelve todo. En todos los aspectos mencionados, los gerentes de personal no tienen autonomía completa para tomar las decisiones. Al contrario, muchos otros actores están involuacrados. El DRH recomienda, en consecuencia, el establecimiento de mecanismos de coordinación entre las agencias implicadas en cada uno de los aspectos de las condiciones de trabajo. Por la misma razón, el involuacramiento de los profesionales y empleados es fundamental.

La estrategia de DRH llama atención también para las especificidades del sector salud. La gerencia del personal de salud tiene que saber adaptar las condiciones de trabajo a tales particularidades. Los gerentes deben recordar que los proveedores de servicios de salud son profesionales y sus instituciones son burocracias profesionales, con todas las características a que se refirió en sección precedente.

En resumen, son tres las estrategias generales de gerencia de personal: (1) adoptar como criterio de toma de decisiones la búsqueda de los objetivos de los servicios, (2) buscar la participación y la coordinación de todos los interesados y (3) observar el especificidades del sector salud. Podemos pasar, entonces, a las estrategias más específicas.

B.2.3.1. La capacidad gerencial

El desarrollo de recursos humanos recomienda, en primero lugar, la profesionalización de los gerentes. La responsabilidad y la complejidad de las tareas relacionadas a la gerencia de la fuerza de trabajo hacen que el "buen-sentido" o el sentido-común no sean bastantes.

Felizmente, los programas de formación en gestión de recursos humanos se están extendiendo y consolidando en la mayoría de los países. Ahora, es necesario que estos programas formen gerentes bien calificados y en número suficiente para atender las necesidades del país.

En segundo lugar, el DRH recomienda que el proceso de selección de gerentes valore, sobre todo, el hecho del candidato a la posición ser un profesional formalmente calificado. Naturalmente, también pueden valorarse otras formas de entrenamiento como la experiencia de trabajo. Por otro lado, criterios político-partidarios y otros del género deben ser, siempre que sea posible, evitados.

Finalmente, el DRH se ocupa de la garantía de las condiciones de trabajo de los gerentes. Como los otros profesionales, los gerentes necesitan disponer de ciertos instrumentos de trabajo, ser bien pagados, tener posibilidades de progresar en la carrera y de actualizar su conocimiento, sus habilidades y sus actitudes.

B.2.3.2. La gerencia de la distribución y de la retención del personal

En el nivel político, se definieron las reglas básicas de la distribución y de la retención de personal. Esas reglas, sin embargo, tienen sus aplicaciones traducidas en el nivel operacional. Por consiguiente, cabe al gerente velar por el respeto a los criterios de distribución, identificar eventuales discrepancias entre las competencias de los profesionales y las posiciones que ocupan, aplicar los incentivos al trabajo en áreas menos atractivas y los incentivos a la permanencia en el empleo.

En otras palabras, cabe al gerente tomar las medidas dentro de su alcance para garantizar la cobertura más amplia de los servicios, es decir, asegurar el acceso de todos los sub-grupos de la población al rango completo de servicios ofrecidos por los profesionales de salud.

B.2.3.3. La gerencia de la productividad

La gerencia de personal, dentro de los principios del DRH, asume la responsabilidad de esforzarse para que el personal existente produzca el máximo posible de servicios. Pueden usarse varias estrategias.

Mejorar las competencias del personal, a través de las actividades de educación continua, es una de las estrategias más evidentes, pero no por eso menos importante. Las actividades educativas logradas fuera de los servicios son muy útiles, pero el entrenamiento en servicio tiene ciertas ventajas pedagógicas y no crea solución de continuidad en la oferta de los servicios.

La productividad también puede ser mejorada por la padronización relativa a las prácticas profesionales. La adopción de guías de práctica y de protocolos, definiendo las formas ideales de conducta clínica, contribuye para aumentar la productividad.

Eliminar las duplicaciones innecesarias de servicios es un procedimiento básico para la mejora de la productividad. La implantación de sistemas de la referencia y contra-referencia, en red jerarquizada de servicios, evita las duplicaciones sin comprometer la cobertura y la equidad. Informar bien a los profesionales y guiar propiamente a los usuarios son tareas fundamentales para el éxito de esos sistemas.

El uso de incentivos financieros y profesionales a la productividad es otra estrategia bastante tradicional, que puede dar buenos resultados en ciertos contextos.

Garantizar el suministro continuo de materiales, a través del manejo apropiado del stock, y mantener el buen estado de los equipos, a través del mantenimiento preventivo, también son tareas básicas para evitar pérdidas de productividad.

Las modificaciones en la organización del trabajo representan estrategias más audaces de mejora de la productividad que demandan, por eso, más cuatela en su uso. Una forma de modificar el trabajo es adoptar técnicas más costo-efectivas. Las cirugías sin internación son un ejemplo (ver Ilustración 5). Los cuidados en la casa, otro. Naturalmente, la adopción de estas técnicas exige un esfuerzo considerable: entrenamientos o admisión de nuevos profesionales, adquisición de nuevos equipos y materiales, nuevas normas y rutinas de funcionamiento, nuevas orientaciones a la clientela. Sin embargo, este esfuerzo de reorganización del trabajo puede ser bien recompensado.

Otra forma de modificar la organización del trabajo, mejorando la productividad y la eficiencia de los servicios, es la delegación de tareas o sustitución, mecanismo por el cual un recurso es sustituido por otro menos caro, pero poseedor de la misma capacidad de producir un bien o un servicio dentro del respeto a las normas establecidas.

El trabajo multiprofesional, implicando la participación de profesionales de diferentes categorías en el desarrollo de un mismo programa, representa una tercera forma de modificar la producción de servicios. Y puede mejorar bastante la productividad y la eficiencia de los profesionales. El trabajo en equipo presenta beneficios directos para los usuarios de los servicios: abordaje más global y la percepción integral de los problemas, intervenciones mejor coordinadas, riesgo más pequeño de errores, comunicación facilitada con vocabulario uniforme. Mismo los profesionales benefician personalmente a través del compartimiento de conocimientos, del mejor uso de su competencia y del reconocimiento de los colegas. Por otro lado, el trabajo del equipo no se adapta a todas las tareas. Cabe a los gerentes distinguirlas.

Finalmente, el establecimiento de metas de producción también puede contribuir al aumento de la productividad de los profesionales, entanto sirvan como fuente de la motivación para los trabajadores.

Ilustración 5 - La implantación de la cirugía sin internación en los hospitales de Quebec

La Asociación de los Hospitales de Quebec (Canadá), dentro del Programa Optimah, decidió evaluar la posibilidad de implantación de la cirugía sin internación¹. Para tanto, condució a partir de 1990, un proyecto-piloto en dos hospitales especializados, centros de referencia regional.

Esos hospitales presentaban como problemas:

- Sobrecargan de los servicios de urgencia debido a la escasez de camas de la medicina
- Ocupación de las camas de cirugía por pacientes de medicina

- Tasa elevada de cancelación de cirugías electivas
- Listas de espera para cirugías
- Imposibilidad de aumentar el número de camas

El director-médico y los cirujanos, en los dos hospitales, decidieron buscar una forma de satisfacer la demanda de cirugías sin aumentar el número de camas. La idea fue buscar alternativas a la internación. Fue formado, entonces, en cada hospital, un grupo de trabajo para estudiar la situación.

Los objetivos específicos establecidos para los grupos de trabajo fueron:

- Identificar las intervenciones que podrían lograrse en cirugía sin internación,
- Identificar los objetivos del cambio de la práctica,
- Identificar los impactos de los cambios potenciales.

En una primera fase, a partir de la información sobre las actividades de la cirugía sin internación adoptadas en hospitales de Canadá y de EEUU y de la observación de las prácticas de los hospitales de Quebec, el grupo definió un conjunto de intervenciones que podrían transferirse para la cirugía sin internación.

La segunda fase fue definir la clientela no aceptable para la cirugía sin internación. Se excluyeron pacientes que estuvieron internados por más de 6 días, o quién presentaba diagnósticos asociados (diabetes, insuficiencia del corazón, insuficiencia renal crónica, etc). También las personas que vivían a más de 100 km del hospital o que vivían solas o en condiciones sociales difíciles fueron consideradas no-aceptables.

La relación de intervenciones y los criterios de exclusión fueron validados por cirujanos y por anestesistas de fuera del grupo de trabajo. Los criterios de exclusión aún se validaron en una muestra de historias clínicas.

El grupo de trabajo definió, entonces, los indicadores que servirían para acompañar y evaluar las nuevas prácticas, como, por ejemplo, la proporción de uso de la cirugía sin internación para cada intervención y en el total.

El éxito del proyecto-piloto, mejorando la respuesta a la demanda de cirugías sin implicar en el aumento del número de camas, fue innegable.

Vale la pena señalar que el contexto inicial era de indiferencia y de escepticismo en grand número de doctores. Para vencer esa resistencia fue importante identificar los médicos "agentes de cambio" que se convencieron primero de la necesidad de cambios y ejercieron el liderazgo en el grupo. También fue importante estar apoyado en bases científicas para proponer la cirugía sin internación. Finalmente, el apoyo de la dirección del establecimiento y la presencia del grupo técnico de Programa Optimah fueron factores fundamentales al éxito de la iniciativa.

(Framarin y Dubois, 1999)

¹ Cirugías sin internación (day surgery) se definen como intervenciones quirúrgicas en pacientes a quién se da el alta hospitalaria en el mismo día de la cirugía. Son intervenciones que necesitan anestesia general o regional y un acompañamiento postoperatorio profesional.

B.2.3.4. La gerencia de la calidad

Las estrategias de la gerencia de personal específicamente relacionadas a la calidad tienen dos objetivos: garantizar la efectividad de los servicios y el impacto consecuente en las condiciones de salud de la población y atender a las expectativas de los usuarios.

De una manera global, las mismas estrategias adoptadas para aumentar la productividad y la eficiencia producen efectos positivos en la efectividad. De hecho, los profesionales mejor especializados, las conductas clínicas basadas en protocolos científicamente elaborados, los mecanismos de incentivos a la calidad, ausencia de interrupciones en el suministro de materiales o en el funcionamiento de los equipos, uso de técnicas más costo-efectivas y el trabajo en equipo son estrategias importantes para favorecer la efectividad del trabajo profesional.

Podemos, sin embargo, agregar otras estrategias de gerencia de la calidad. Entre otras cosas, es importante que las normas de calidad sean escritas y realmente divulgadas, con énfasis en los aspectos relativos a la ética profesional.

Infelizmente, en algunos lugares el permiso para practicar una profesión de salud es meramente un proceso burocrático de registro de diplomas en el Ministerio de la Salud, o en el consejo profesional respectivo. Como si todas las instituciones educativas tuvieran la misma calidad y todo los graduados, la misma competencia. Ahora, los procedimientos de la autorización para practicar pueden ser usados como una certificación más de la competencia profesional.

Con efecto, ciertos órganos nacionales de autorización adoptan mecanismos para comprobar la capacidad de los peticionarios, a través de exámenes teóricos y prácticos. Naturalmente, estos órganos necesitan disponer de las condiciones necesarias para tocar esta parte. La primera de esas condiciones es disponer del mandato específico de la protección del público a través de la garantía de la calidad del trabajo profesional. Otra condición es la separación de las funciones de la protección del público y de defensa de los intereses peculiares de las profesiones. La primera función podría, por ejemplo, ser confiada al consejo profesional, mientras que la segunda sería responsabilidad de las asociaciones y de los sindicatos.

En algunos países, está adoptándose la recertificación o el relicenciamiento de los especialistas. Después de un cierto periodo de tiempo (5 años en Argentina, 9 años en Chile), los profesionales son obligados a hacer nuevos exámenes y, en el caso de que no tengan un desempeño satisfactorio, pueden perder el derecho de practicar la especialidad.

La gerencia de la calidad todavía puede adoptar la estrategia de la acreditación de los servicios de salud. Así como las instituciones educativas, pueden someterse los establecimientos de salud a una evaluación criteriosa, conducida por agencias independientes y idóneas. Los resultados de esa evaluación ayudarían los gerentes a identificar los puntos fuertes y débiles de los servicios y, en consecuencia, a guiar sus acciones.

Los gerentes de personal no pueden olvidarse que la satisfacción de los prestadores de servicios es componente fundamental de la calidad. En consecuencia, ellos deben medir el grado de satisfacción regularmente y tomar las medidas apropiadas, según las necesidades.

Finalmente, la gerencia de la calidad, dentro de la estrategia de DRH, exige la implantación de sistemas de evaluación de los servicios. Además de las evaluaciones periódicas logradas en el proceso del acreditación, los gerentes pueden definir momentos de

reflexión colectiva sobre el desempeño de los servicios. Ellos además pueden establecer indicadores de alarma que marquen cuando los aspectos más importantes de la calidad estén amenazados. La vigilancia regular del trabajo profesional también es parte de los sistemas de acompañamiento y evaluación. No es demasiado repetir que el proceso de evaluación debe manejarse con la participación de todos, desde la definición de los criterios hasta las conclusiones.

Las evaluaciones deben incluir, naturalmente, las propias prácticas gerenciales. Muchas veces, las prácticas cristalizan en procedimientos rígidos, comprometiendo la flexibilidad que la administración de personal debe tener. Además, así como exige la prestación de cuentas de las actividades de los trabajadores, los gerentes también deben prestar cuenta de la ejecución de sus responsabilidades.

B.2.3.5. La gerencia del ambiente y de las relaciones de trabajo

El principal determinante del ambiente y de las relaciones de trabajo no se localizan, como sabemos, en el nivel operacional, pero sí en el nivel político. El contexto político, la disponibilidad de recursos y las relaciones de poder son los factores que más influyen en la configuración del ambiente y de las relaciones de trabajo. En efecto, la estabilidad o la inestabilidad política, la asignación más grande o más pequeña de recursos para el sector salud y los intereses de los actores más importantes establecerán un ambiente más o menos favorable al buen desempeño profesional.

Con todo, pueden desarrollarse ciertas acciones en el nivel operacional para apoyar el establecimiento de un ambiente y de relaciones de trabajo que favorezcan el alcance de los objetivos de los servicios de salud.

La estabilidad organizacional no puede garantizarse, pero puede fortalecerse en el nivel operacional. Recordamos que los establecimientos de salud son organizaciones profesionales cuyas estructuras son simultáneamente descentralizadas y burocráticas. La descentralización contribuye a la estabilidad al hacer responsable cada profesional para su propio trabajo. El aspecto burocrático refleja la necesidad de estabilidad para que el profesional pueda, a través la repetición de los actos, mejorar sus prácticas.

Al gerente de personal le cabe intentar crear en los trabajadores el sentimiento de pertenencia a la organización. Ese sentimiento contribuye para disminuir la rotatividad de personal y el ausentismo. Para crearlo, las estrategias más eficaces parecen ser las prácticas participativas de gerencia.

Quizás la estrategia más importante, posible de ser cumplida, o mejor, empezada en el nivel operacional es la elaboración de un Plan de Carreras, Puestos y Remuneraciones (PCPR). Un plan establece las bases para las relaciones de trabajo y define los mecanismos de promoción y ascensión en las carreras, los puestos y funciones, y los modos y niveles de remuneración. Si es hecho con competencia y de manera democrática, el PCPR contribuye bastante para la estabilidad organizacional, para la satisfacción de los profesionales y para la posibilidad de planeamiento a término largo de la política de recursos humanos.

B.3. El desempeño de los recursos humanos en salud

Presentamos, arriba, algunos ejemplos de acciones, generales y específicas, políticas y operacionales, que pueden componer la estrategia de desarrollo de recursos humanos. Nuestro objetivo sólo fue ofrecer algunos senderos de reflexión para los administradores y gerentes de personal. Incluso si intentáramos dar ejemplos que consideramos pertinentes para muchos países en el momento actual, nunca pensamos proporcionar recetas listas. Evidentemente, en cada realidad social, en cada coyuntura específica, el conjunto de acciones que constituirán la estrategia más adecuada de DRH será diferente.

Lo importante, independientemente de lugar o momento, es que la estrategia elaborada produzca los efectos esperados, contribuyendo para elevar al máximo el desempeño de los profesionales de salud y, por este camino, atender las necesidades de salud de la población.

8) INGREDIENTES DE POLÍTICAS EXITOSAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El éxito de las políticas depende de muchos factores. La discusión de la estrategia de desarrollo de recursos humanos, en la sección precedente, dio una idea de la amplitud de los aspectos involucrados en la formulación y en la implementación de una política de personal.

En esta parte de conclusión del texto, deseamos apenas señalar los aspectos que consideramos los más fundamentales para el éxito de la política de producción y de uso de la fuerza de trabajo.

El primer ingrediente fundamental de una política exitosa es la existencia de un ambiente político favorable y de un verdadero compromiso de los líderes nacionales. Por supuesto los gerentes de personal pueden y deben tomar iniciativas en el sentido de contribuir para ello. Sin embargo, permítanos no tener ilusiones, las iniciativas de los gerentes, por mejor que ellos sean, no son suficientes. Es necesario que la sociedad, en su conjunto, se convenza de la necesidad de invertir en los recursos humanos para alcanzar los objetivos en términos de salud.

El segundo ingrediente básico es la existencia, real o potencial, de un grado suficiente de capacidad técnica de gestión. Como mencionamos en la introducción, el campo de la administración de recursos humanos fue, durante mucho tiempo, descuidado. El resultado es que, en muchos lugares, le falta una cultura de gestión de personal impregnada en las prácticas políticas y institucionales. En ciertos lugares, faltan también administradores experimentados, faltan recursos materiales, faltan normas y rutinas definidas. Felizmente, la tendencia general, en este momento, es de inversión en el entrenamiento técnico.

El tercer ingrediente de las políticas exitosas es la disponibilidad de información válida y completa. En ciertos aspectos, como en la identificación de las necesidades de personal o en la apreciación de la calidad del trabajo profesional, la disponibilidad de información es mínima. Para otros aspectos, sin embargo, hay bancos de datos extensos, como los registros de los consejos profesionales o las listas de pagos de las instituciones. De una manera general, el análisis de la situación de recursos humanos, usando un cuadro de la referencia como lo que presentamos, puede proporcionar la información necesaria al éxito de la política.

A lo largo del texto, afirmamos la necesidad y las ventajas de la participación de todos los interesados en la formulación y en la implementación de la política de personal. Por

consiguiente, no podríamos dejar de incluir el involunramiento sistemático de los varios actores sociales en la administración de recursos humanos como uno de los ingredientes esenciales de las políticas exitosas.

Como dijo Maquiavelo, los cambios de política son tareas de las más ingratas. Su promotor tiene la oposición decidida de los privilegiados con la situación presente y apenas un apoyo tímido de los beneficiarios futuros. Por eso, un ingrediente fundamental para el éxito de la nueva política es la adopción de un conjunto ancho y coherente de incentivos al cambio que reduzca la resistencia de unos y aumente el entusiasmo de otros.

El sexto y último ingrediente de las políticas exitosas es la elaboración de una estrategia de mejora de la producción y del uso de la fuerza de trabajo que tenga objetivos bien definidos. Esperamos que nuestro argumento a lo largo del texto haya evidenciado la importancia de tener objetivos claros. Ellos servirán de criterios para juzgar la adecuación de la política, para seleccionar las intervenciones y para evaluar el desempeño de los profesionales. Además, son los objetivos que darán a los gerentes la fuerza del argumento del interés público para negociar con los diferentes actores sociales.

Para concluir, merece decirse una palabra sobre la redefinición de las funciones del Estado y del papel del mercado en la regulación de la fuerza de trabajo. De todo lo que nosotros hablamos, parece esencial retener lo siguiente: una sociedad democrática no puede funcionar sin un Estado de derecho que asegure la defensa de los intereses públicos.

En el sector salud, específicamente, las comparaciones internacionales han estado demostrando que el acceso universal y equitativo a los servicios es de interés colectivo. Por consiguiente, cabe al Estado asegurarlo. La garantía de la universalidad y de la equidad del acceso exige la intervención consciente, planeada, de varios actores sociales. Sólo el Estado tiene las condiciones de conducir este proceso complejo de intervención.

Los recursos que una sociedad dispone, sin embargo, no son ilimitados. Por consiguiente, debe garantizarse el acceso a los servicios de la manera más eficiente posible. La eficiencia impone algunas exigencias a la organización de la oferta de servicios.

Antes de todo, es necesario que el conjunto de las acciones de salud sea bien coordinado, lo que exige la presencia de un agente coordinador. En el nivel de la sociedad, sólo el Estado puede asumir este papel.

En segundo lugar, la eficiencia exige una flexibilidad de adaptación de los servicios a las realidades locales y conyunturales. Tal flexibilidad no es favorecida por los mecanismos burocráticos característicos de la intervención estatal. Aquí, la posibilidad, ofrecida por los mecanismos del mercado, de ajustes directos entre productores y consumidores de servicios es la mejor manera de garantizar la eficiencia.

Así, el Estado ejecuta su papel de guardián del interés público si desempeña bien su función de líder y de coordinador de las acciones de salud. En general, las funciones ejecutivas son mejor ejecutadas por organismos descentralizados, sometidos a la competencia. El estatuto jurídico de esos organismos, sea público o privado, es de importancia más pequeña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bangladesh (1997).

Barr (1994)

Cinaem - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (1997) *Avaliação do ensino médico no Brasil. Relatório Geral* (mimeo)

Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A. (1992) *La planification de la main d'œuvre médicale: l'expérience du Québec*. Montréal: Université de Montréal (GRIS).

Dussault, G. (1992). A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública (FGV)* 26, 2.

Egger, D. e Adams, O. (1998) *Imbalances in human resources for health: Can policy formulation and planning make a difference ?* Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Framarin, A., Dubois, A. (1999)

Kisil, M., Chaves, M. (1995) *Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud*. São Paulo, Brasil: Fundación W.K. Kellogg/Loyola.

Machado, M.H. (coord.) (1997) *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FioCruz.

Martineau, T. e Martinez, J. (1997) *Human Resources in the Health Sector: Guidelines for Appraisal and Strategic Development*. Bruxelas, Comissão Europeia, Direção Geral de Desenvolvimento, Série Desenvolvimento e Saúde. Documento de trabalho nº 1, 62 p.

Mendes, Eugenio V. (1993) As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: MENDES, EUGENIO V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, p. 19-91.

Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press. A division of Macmillan, Inc.

Panorama della Sanità, nº 43, 1997

Pineault, R., Daveluy, C. (1995) *La planification en santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Agence d'Arc.

Saltman, R.B.; Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 308 p.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barmsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Dennis, J.L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., Baker, G.R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research* 11, 24-48.

Tudor y Hart (1971)