

*estrategias naci*  
*desarrollo del p*



# capítulo seis

# Condiciones de personal sanitario

## En este capítulo

- |     |   |
|-----|---|
| 122 | Generar confianza y atender las expectativas    |
| 123 | Una dirección justa y basada en la colaboración |
| 126 | Un liderazgo firme                              |
| 127 | Fortalecer la información estratégica           |
| 129 | Invertir en instituciones de la fuerza laboral  |
| 131 | Conclusiones                                    |

**El objetivo primordial de las estrategias de desarrollo del personal sanitario es lograr un sistema de prestación capaz de garantizar el acceso a la atención de salud y la protección social a todos los ciudadanos de todos los países. No existe un plan mundial que describa cómo alcanzar esa meta: cada nación**

**debe trazar el suyo propio. Para que las estrategias sean eficaces, han de adaptarse a la situación concreta del país y basarse en un consenso social.**

La fuerza laboral plantea una serie de problemas interrelacionados que no pueden eliminarse o resolverse rápidamente mediante un remedio mágico. Son problemas que están profundamente enraizados en contextos que evolucionan, sembrados de incertidumbres y agravados por la falta de información. Y lo más importante es que pueden conllevar una carga emocional por cuestiones de estatus y ser políticamente sensibles debido a intereses divergentes. Por todo ello, las soluciones que conciernen a la fuerza laboral exigen la participación de todos los interesados, tanto para diagnosticar los problemas como para resolverlos.

La clave consiste en obtener el compromiso político de hacer frente a los retos que plantea la fuerza laboral, pero es una tarea difícil, porque lograr efectos sobre la salud a partir de inversiones en aquella lleva mucho más tiempo que el intervalo entre elecciones. Unos trabajadores descontentos pueden paralizar un sistema sanitario, detener una reforma sectorial e incluso a veces derribar un gobierno. Aun así, hay estrategias que han demostrado que pueden impulsar la fuerza laboral y obtener respaldo pú-

blico. El reto político consiste en aplicar soluciones conocidas, idear nuevos enfoques, supervisar los avances y hacer los ajustes pertinentes a lo largo del proceso.

En los capítulos anteriores se ha descrito el abordaje de los problemas de la fuerza laboral mediante la gestión del proceso de entrada – etapa laboral – salida. Estos aspectos determinan el desempeño de un sistema sanitario y su capacidad para encarar los retos presentes y futuros. Sin embargo, esos problemas no pueden discutirse sólo desde una perspectiva técnica y de gestión. También debe tenerse en cuenta el punto de vista de las personas que utilizan el sistema sanitario. Lo que ellas esperan no es la prestación eficiente de intervenciones costoeficaces a poblaciones destinatarias, sino ayuda

y atención cuando se encuentran ante un problema de salud al que no pueden hacer frente por sí solas. En la relación individual entre trabajadores sanitarios y pacientes, la confianza es crucial. Para desarrollarla y sostenerla hacen falta una dirección justa y una regulación eficaz, lo que a su vez exige liderazgo, información estratégica y fortalecimiento de las capacidades en las instituciones, instrumentos y formación. El presente capítulo aborda estos elementos esenciales de las estrategias nacionales de desarrollo de la fuerza de trabajo.

## GENERAR CONFIANZA Y ATENDER LAS EXPECTATIVAS

Para la población general, el término «trabajadores sanitarios» evoca médicos y enfermeras. Aunque esta idea no hace justicia a la multitud de personas que aseguran el funcionamiento de los sistemas de atención de salud, sí refleja las expectativas de los pacientes: encontrarse con médicos y enfermeras informados, capacitados – y dignos de confianza – que los ayudarán a recuperar la salud y actuarán en su beneficio.

La confianza no surge de forma automática: hay que generarla y negociarla. «Se gana lentamente y se pierde con rapidez cuando las expectativas se frustran» (1). En muchos países, la clase médica ha perdido su aura de infalibilidad, imparcialidad y entrega a los intereses del paciente. Los artículos de los medios de comunicación sobre casos de mal funcionamiento de la atención de salud están minando la confianza pública en los trabajadores sanitarios, y ello tanto en el mundo industrializado (2) como en muchos países en desarrollo (3–5). Las personas pobres, en particular, pueden mostrarse escépticas o cínicas al hablar de los médicos, las enfermeras o las parteras que las atienden: «Preferimos tratarnos nosotros mismos a acudir a un hospital en el que una enfermera malhumorada podría inyectarnos el medicamento equivocado» (6). La confianza está en peligro cada vez que los pacientes no reciben la atención que necesitan, reciben la que no necesitan, o pagan demasiado por la que se les presta. Cuando los pacientes son víctimas de actos violentos, malos tratos o estafas en establecimientos de salud, su frágil confianza se hace añicos.

Las consecuencias de la pérdida de confianza van más allá de la relación individual entre el usuario y el proveedor. Una sociedad que desconfía de sus trabajadores sanitarios los disuade de seguir ejerciendo su profesión. La erosión de la confianza en los trabajadores afecta también a quienes gestionan y dirigen el sistema sanitario (7). Las instancias responsables de éste (gobiernos, instituciones de seguro médico y organizaciones profesionales) se ven obligadas a llegar a compromisos difíciles. Han de decidir entre demandas rivales: el derecho del ciudadano a acceder a bienes y servicios relacionados con la atención de salud; la importancia de controlar el coste de utilización de dichos bienes y servicios; y las necesidades de los profesionales y demás recursos humanos que los proveen. Las características del sector sanitario, con su gran número de agentes, la asimetría de la información y los intereses en conflicto, lo hacen particularmente vulnerable al uso indebido del poder en beneficio privado (8). El público ya no da por hecho que estos compromisos se realizan siempre de forma justa y eficaz, ni tampoco lo piensan los trabajadores sanitarios de primera línea.

### Estrategia 6.1 Elaboración y aplicación de una estrategia de desarrollo de la fuerza laboral que potencie la confianza

Una estrategia de desarrollo del personal sanitario nacional podría incluir medidas orientadas a generar confianza en los proveedores y gestores del sistema de salud y a mantenerla (9, 10), y que consistirían en:

- modificar los comportamientos personales en la interacción entre proveedores de atención sanitaria y pacientes, entre empleadores y empleados, y entre gestores e instituciones (ello exige tanto formación como liderazgo político, y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental);
- instaurar prácticas de gestión y organización que dejen lugar para la sensibilidad a las necesidades, la atención integral, la interacción personal y el diálogo, y apoyar la generación de confianza;

- adoptar medidas explícitas para desterrar la exclusión y proteger a los pacientes de la mala gestión y la explotación económica;
- instaurar procesos de toma de decisiones que se perciban como justos e integradores.

## UNA DIRECCIÓN JUSTA Y BASADA EN LA COLABORACIÓN

Para generar confianza, mantenerla y proteger a la población de los perjuicios se necesitan una buena gobernanza y una supervisión eficaz, además de una regulación justa del funcionamiento de los establecimientos sanitarios y del ejercicio profesional de los agentes de salud. El problema es que, en muchos países, la regulación es opaca y disfuncional. Por desgracia, es frecuente que a unas organizaciones profesionales y de la sociedad civil débiles, con pocos recursos o escasa influencia política se sume una burocracia estatal igualmente débil y carente de las estructuras, las personas y la voluntad política necesarias para regular eficazmente el sector sanitario.

### Autorregulación

En muchos países, son las organizaciones profesionales las que deciden quién puede prestar atención sanitaria y cómo deben actuar los proveedores. Esta autorregulación puede ser eficaz y positiva, ya que las asociaciones profesionales tienen la posibilidad de fomentar la ética profesional y los modelos dignos de emulación, sancionar las prácticas incorrectas y mantener la competencia técnica de sus miembros. La forma en que los trabajadores sanitarios concilian sus propios intereses y los de sus pacientes depende en gran medida de lo que sus maestros y colegas consideran «buena conducta profesional». Las asociaciones profesionales pueden desempeñar un papel activo en la definición de este modelo (véase el recuadro 6.1).

La autorregulación por medio de las asociaciones profesionales no siempre es eficaz, y ello por diversas razones. En primer lugar, a diferencia de los médicos y las enfermeras, algunas categorías de trabajadores sanitarios no están organizadas de ese modo. En segundo lugar, cada una de ellas suele tener su propia organización, lo que las lleva a gastar energías en disputar límites y defender privilegios profesionales. En tercer lugar, a diferencia de lo que ocurre en Europa y las Américas, donde la mayoría de las organizaciones profesionales están consolidadas y cuentan al menos un siglo de existencia, cuatro de cada diez asociaciones de los países de ingresos bajos datan de hace menos de 25 años (11). Estas organizaciones más jóvenes suelen tener pocos recursos, conexiones políticas menos sólidas y, lo que es crucial, menos autoridad sobre sus miembros.

El modelo de autorregulación profesional está también mostrando signos de fatiga porque los empleadores prescinden cada vez más de él. Así viene ocurriendo desde hace tiempo en los países en los que el Estado es el empleador tradicional de los trabajadores sanitarios, pero en aquellos en los que gran número de éstos son independientes y autónomos, la mayoría trabajan ahora según una relación empleador-

## Recuadro 6.1 Posibilidades de autorregulación

En 2001, un grupo de asociaciones nacionales de enfermeras, de enfermeras del sector público y de responsables de regulación de África oriental, central y austral elaboraron y publicaron un prototipo de marco de regulación y orientación para la acreditación de los programas de formación en enfermería y partería. A raíz de ello, los países de la región que ya disponían de registros han empezado a sustituir las inscripciones vitalicias por otras que exigen la revalidación periódica de la autorización de ejercer.

En Uganda, el responsable del Consejo de Enfermeras y Parteras clausuró recientemente varios centros de formación en profesiones sanitarias que no reunían los criterios exigidos. La medida se adoptó pese a que algunos de los centros clausurados y algunos de los es-

tudiantes afectados tenían contactos importantes en los círculos políticos y del alto funcionariado.

En Angola, las asociaciones nacionales de enfermeras y el Colegio de Enfermeros (Ordem dos Enfermeiros) de Portugal están equipando distritos con manuales de enfermería.

En Tailandia, el hecho de que las zonas rurales y subatendidas cuenten ahora con médicos comprometidos con esta labor debe mucho a la Asociación de Médicos Rurales.

El movimiento de la «medicina basada en la evidencia» ofrece otra posibilidad de autorregulación del ejercicio profesional por parte de los proveedores de atención de salud de una forma que sirve al interés general.

empleado. Como consecuencia de esta «proletarización» del personal sanitario (12), son los empleadores y no las organizaciones profesionales los que más influyen en la conducta profesional, tanto si el empleador es el Estado como si lo es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, una corporación financiera o un organismo internacional. Esta deriva del poder hacia el empleador es tan pronunciada que en algunos países los profesionales sanitarios han empezado a organizarse en sindicatos para dar respuesta a los empleadores que amenazan su autonomía y sus ingresos (13). Como consecuencia de ello, las asociaciones profesionales ya no pueden sostener que son capaces, ellas solas, de dirigir de forma coherente al conjunto del personal sanitario, y ello en aras del interés público.

### El método incrementalista y el de «mando y control»

Las presiones políticas en pro del acceso universal y la protección económica han llevado a los gobiernos a asumir un papel cada vez más destacado en la financiación y regulación del consumo colectivo de atención de salud (14). Este mecanismo ha terminado por imponerse a la dirección autónoma ejercida por las organizaciones profesionales, y la autorregulación ha sido sustituida gradualmente por un control institucional más complejo, asumido por la administración pública (15).

Dicho control se ha ejercido de manera distinta en unos lugares y otros. En gran parte de Europa y de las Américas, donde la mayoría de la fuerza laboral es autónoma o está empleada en instituciones privadas, las iniciativas estatales en materia de regulación se han centrado fundamentalmente en los mecanismos de remuneración y los dispositivos de formación y acreditación para definir el ámbito de competencias de cada profesión sanitaria. Dada la resistencia de las asociaciones profesionales a que el Estado cercene su autonomía, el proceso por el que éste ha asumido la dirección de los trabajadores sanitarios ha sido en gran medida incrementalista, es decir, basado en «ir saliendo del paso» progresivamente en el marco de un conflicto de baja intensidad (16, 17). Existe, no obstante, una tradición de regulación negociada que ha reforzado las capacidades de las organizaciones estatales y de la seguridad social en esta materia.

En muchos países socialistas y del mundo en desarrollo, donde una gran proporción de trabajadores sanitarios son empleados del Estado, la autorregulación ha sido sustituida por una forma más compleja de control institucional. En estos países, la administración pública tiende a dirigir al personal sanitario según un método de «mando y control» basado en el uso de la jerarquía y los reglamentos administrativos. Es cierto que, cuando funcionan bien, las estructuras de este tipo ofrecen ventajas en caso de epidemias o catástrofes naturales. Sin embargo, como estrategias para regular y orientar el mercado de la atención de salud, tienen sus limitaciones.

En el peor de los casos, cuando el sistema sanitario padece un déficit estructural de financiación o está a punto de hundirse, o cuando se pone en cuestión la legitimidad del Estado, el método de «mando y control» no funciona. En el mejor de los casos, no se adapta a lo que se espera hoy de los sistemas de salud. Empecemos por señalar que los reglamentos administrativos son un instrumento un tanto burdo para orientar la interacción individual entre los trabajadores sanitarios y los pacientes, sobre todo cuando las expectativas de éstos están aumentando. En segundo lugar, esta forma de abordar la toma de decisiones y la regulación se centra generalmente en los funcionarios y deja que los trabajadores y las instituciones sanitarias que no pertenecen al sector público se ocupen de sí mismos. Las reglamentaciones vigentes (por ejemplo, la prohibición de tener un segundo empleo en el sector privado) no se aplican o no pueden aplicarse. El hecho de que el método tradicional de «mando y control» no haya logrado atajar la comercialización no regulada del sector sanitario (18) ha minado considerablemente la confianza en los proveedores de atención de salud y en los sistemas sanitarios.

### Vigilancia y activismo

Las organizaciones de la sociedad civil que actúan en nombre de los ciudadanos (asociaciones de consumidores, defensores de los derechos de los afectados por el VIH/SIDA, etc.) se han vuelto muy influyentes en el sector sanitario. En muchos casos,

hace tiempo que desempeñan un papel importante en la obtención de recursos y la mejora de la prestación de asistencia sanitaria. En los últimos años han hallado, además, muchas formas de presionar a los proveedores, a las asociaciones profesionales y a las administraciones e instituciones sanitarias (3). Algunas de ellas ofrecen a los ciudadanos información que los coloca en una situación más sólida cuando han de tratar con proveedores de atención de salud. En Francia, por ejemplo, la prensa de información general publica una clasificación de hospitales según su desempeño en relación con diversos actos médicoquirúrgicos.

Otros grupos de la sociedad civil funcionan como organizaciones de vigilancia para dar la voz de alarma cuando a los ciudadanos se les deniegan sus derechos o se los discrimina en materia de atención sanitaria. Por ejemplo, a raíz de que un periódico de Sierra Leona publicara que habían muerto mujeres tras negárseles un tratamiento que no podían costearse, asociaciones de mujeres se manifestaron por las calles de Freetown reclamando que el gobierno militar garantizara la atención de urgencia a todas las mujeres embarazadas. En muchos países, grupos de la sociedad civil contribuyen a fijar las prioridades participando en el proceso de planificación, como en Bangladesh (19), o en calidad de «frenos y contrapesos» de la elaboración de los presupuestos públicos, como en México (20).

Los movimientos de defensa de los consumidores están cobrando fuerza porque pueden presionar para que se instauren mecanismos que protejan a las personas de la exclusión, la atención de mala calidad, la medicalización excesiva y los gastos catastróficos. Pueden, además, conseguir que se adopten procedimientos que prevén reparaciones en caso de perjuicio. Es evidente que hoy por hoy muchas personas carecen de esta protección. Por ejemplo, a diferencia de lo que ocurre en los países industrializados, en la mayor parte del mundo en desarrollo casi no existen mecanismos que regulen los honorarios de los centros privados o de los proveedores de atención de salud autónomos. E incluso cuando existen, es frecuente que a los gobiernos les resulte muy difícil aplicarlos (21). Conocemos tres datos al respecto, a saber, que cada año unos 44 millones de hogares del mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos (22), que son muchas más las personas excluidas del acceso a la atención sanitaria, y que esta situación propicia una medicalización excesiva inducida por la oferta (23). Un ejemplo de ello es la alta incidencia de cesáreas en todo el mundo (24). En un mismo país, madres que disponen de medios económicos pueden verse sometidas a una intervención innecesaria que entraña riesgos mientras esa misma intervención se le niega a otra mujer que la necesita para salvar su vida o la de su hijo, pero que no puede obtener el dinero para costearla.

### Un modelo de gobernanza eficaz

Ninguno de los modelos descritos (autorregulación por asociaciones profesionales, «mando y control» por instancias de reglamentación institucionales y activismo de la sociedad civil) es suficiente, por sí solo, para regular el ejercicio de los trabajadores y las instituciones del sector sanitario. En lugar de basarse en un monopolio regulador, las estrategias de desarrollo del personal sanitario de los países deberían insistir en una gobernanza fundada en la colaboración. Los reglamentos emanados de la colaboración entre las tres instancias, junto con las instituciones y el personal del sector sanitario, tienen más probabilidades de generar confianza y espíritu de cooperación.

## Estrategia 6.2 Gobernanza cooperativa de las políticas nacionales para el desarrollo de la fuerza laboral

Para que, en el proceso de fortalecimiento de las capacidades, queden garantizadas la seguridad pública y la correcta gobernanza de los proveedores de atención sanitaria, es preciso invertir en la arquitectura general de la reglamentación, descrita en la figura 6.1. Y al mismo tiempo deberán reforzarse las posibles contribuciones de las instituciones estatales y la seguridad social, así como las de las organizaciones profesionales y la sociedad civil. Esto significa que, además de organismos técnicos encargados de conceder las autorizaciones para el ejercicio profesional y otras acreditaciones, deben

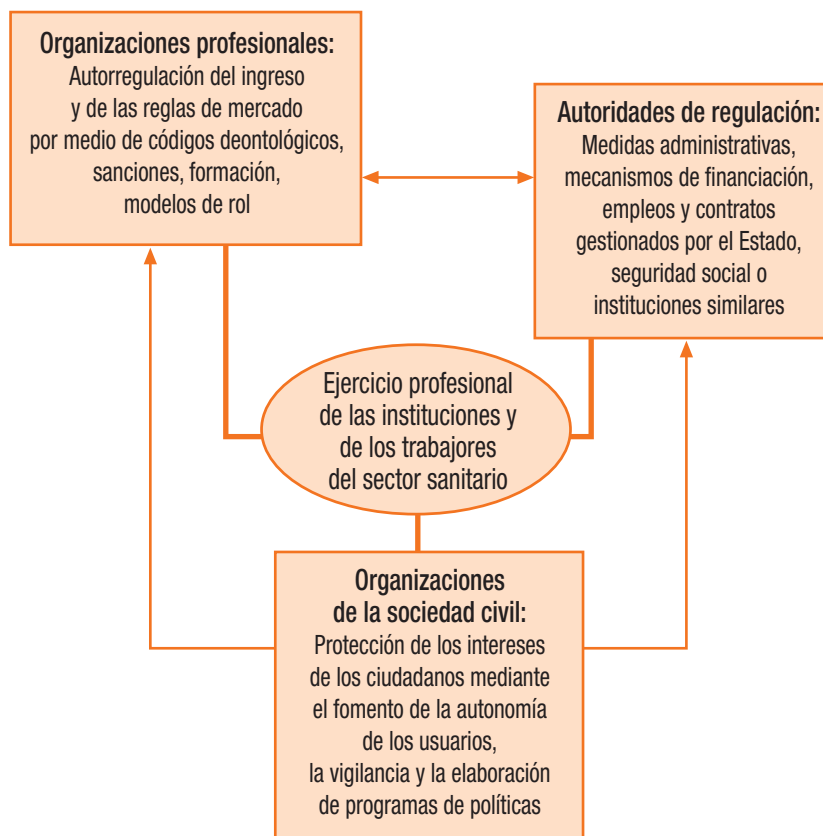
crearse foros que permitan la interacción entre estos grupos, lo que a su vez implica reconocer y apoyar, también económicamente, sus contribuciones (19). Es probable que los ministerios de salud se muestren reacios a fortalecer precisamente aquellas instituciones que actúan como «frenos y contrapesos» de su propio trabajo, pero a la larga les beneficia contar con un sistema sólido de diálogo y cooperación.

### UN LIDERAZGO FIRME

En torno a la fuerza laboral sanitaria se dan cita muchos intereses contrapuestos, por lo que la elaboración de políticas no puede basarse exclusivamente en el consenso y a veces debe poder apelar a un arbitraje. Sin un liderazgo firme, las políticas nacionales tienden a diluirse en una combinación de soluciones circunstanciales, muchas de las cuales defienden los intereses de categorías profesionales concretas y generan a su vez problemas. Se necesita un liderazgo nacional para poner en marcha el proceso, impulsar los avances, integrar a los interesados principales (trabajadores, administración pública y sociedad civil), potenciar las sinergias entre ellos y animarlos a trabajar en colaboración.

El ejercicio de este liderazgo incumbe a las autoridades públicas, es decir, a los responsables de políticas y los gestores de los sectores público y parapúblico. Sin embargo, en los últimos años el sector público ha invertido poco o nada en liderazgo. En un ambiente de escepticismo generalizado respecto a su participación y la del Estado, las funciones de rectoría han sido víctimas del bloqueo que las limitaciones macroeconómicas han impuesto sobre el desarrollo del sector público, y lo han sido en la misma

Figura 6.1 Organizaciones que influyen en el ejercicio profesional de los trabajadores y las instituciones del sector sanitario



medida o más que otras funciones de la salud pública.

Es quizá en las situaciones extremas, como la reconstrucción de Afganistán o de la República Democrática del Congo tras los conflictos, donde más patente se hace la necesidad de contar con capacidades administrativas y de rectoría. También es manifiesta en muchos países estables en los que los enfoques sectoriales o las estrategias de reducción de la pobreza resultan menos eficaces de lo previsto por falta de liderazgo, o en aquellos en los que la comercialización no reglamentada del sector sanitario está deteriorando el desempeño del personal sanitario y del sistema de salud.

También es crucial el liderazgo para conciliar los intereses contrapuestos y lograr que las instancias políticas de alto nivel respalden las estrategias de desarrollo de la fuerza laboral sanitaria. La labor del «equipo del cambio» que llevó a cabo las reformas sanitarias en Colombia a principios de la década de 1990 ilustra algunas de las capacidades tácticas fundamentales para que una reforma tenga éxito (25). En una primera etapa, el equipo controló rigurosamente el acceso a la toma de decisiones y desvió la atención de las reformas del sector sanitario mediante la incorporación de propuestas en el marco más general de una reforma de la seguridad social centrada fundamentalmente en las pensiones. Sin embargo, el equipo comprendió que había que permitir que se escucharan algunas voces, como las de los senadores. Trabajando con grupos que defendían los cambios, se concentraron en el desarrollo de instituciones nuevas, como organismos de seguros, que participarían en el nuevo sistema. La reforma de las instituciones antiguas, que prometía ser difícil, se afrontó en una fase ulterior.

Para desarrollar las capacidades de liderazgo es preciso disponer de estructuras de dirección y capacidades tácticas, pero se ha reconocido que ambas faltan. El problema es que la mayoría de las personas tienden a pensar que la habilidad política es una cualidad innata, no una capacidad que se pueda desarrollar. Quienes imparten cursos de formación para el liderazgo llegan a menudo a la decepcionante conclusión de que no han avanzado mucho. Son pocas las pruebas empíricas de que alguna medida resulte eficaz, si la hay. Sin embargo, las entrevistas con responsables de políticas demuestran que las capacidades tácticas individuales se desarrollan mediante la capacitación personalizada y la tutoría, sobre todo en el marco de proyectos estructurados, mientras que lo que más influye en la creación de estructuras de liderazgo es el intercambio organizado de conocimientos y experiencias con otros países. La capacitación personalizada, la tutoría y los intercambios entre países son instrumentos de desarrollo de las capacidades menos sencillos que la formación, pero viables. Si pudieran aplicarse de manera eficaz y a gran escala, ayudarían a eliminar uno de los principales obstáculos al desarrollo de la fuerza laboral sanitaria: la falta de personas y estructuras que ofrezcan capacidad de liderazgo en materia de políticas, y lo lograrían incluso en países frágiles o con pocos recursos.

## FORTALECIMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Con demasiada frecuencia, la información de que disponen las instancias decisorias nacionales sobre la fuerza laboral sanitaria es sumamente escasa. Por ejemplo, muchos de los ministerios de salud, quizá la mayoría, no saben cuántos profesionales sanitarios hay en el país, y aún menos cómo se distribuyen. Que los principales interesados conozcan tan mal su propia situación pone de relieve la falta de conexión entre los graves problemas de recursos humanos y las instancias que deberían darles una respuesta acorde.

### Estrategia 6.3 Obtener mejor información sobre el personal sanitario nacional

Para conocer a fondo los problemas de la fuerza laboral sanitaria deben abordarse sistemáticamente cuatro áreas: la magnitud y la naturaleza del problema en el contexto nacional; lo que se está haciendo y lo que puede hacerse; la política nacional en torno a la cuestión, y las posibles reacciones de los trabajadores sanitarios y las instituciones que los emplean.



### **Magnitud y naturaleza del problema del personal sanitario nacional**

En la mayoría de los países, esta información es, como mucho, fragmentaria. Malawi es uno de los países que ha demostrado recientemente que un correcto conocimiento de la naturaleza de los problemas del personal sanitario local puede ayudar a dar un paso de gigante en la formulación de políticas y estrategias más coherentes (26). Es fundamental disponer de información exacta sobre la demografía sanitaria, las carencias y los excedentes, pero también hay que conocer el conjunto de problemas relacionados con la incorporación a la vida activa, la etapa laboral y la salida, así como con el desempeño y la confianza; la información debe abarcar todos los tipos de trabajadores sanitarios, no sólo los médicos y las enfermeras, y no sólo los del sector público; y también hay que analizar la situación sobre el terreno, así como las expectativas del personal y el público a la luz de la crisis actual y de los retos futuros.

### **Medidas adoptadas y otras posibilidades**

Es esta un área en la que se está trabajando aún menos que en documentar la magnitud de los problemas de la fuerza laboral sanitaria y los factores que los determinan. Se puede aprender mucho de los procesos de innovación y resolución de problemas que se desarrollan a nivel local y pasan inadvertidos para los responsables de políticas, pero analizar las medidas y las posibilidades exige unas capacidades específicas y un enfoque sistemático e institucional que implica mantener inventarios, supervisar, evaluar, documentar y realizar intercambios. También se puede aprender mucho de las experiencias de otros países, y también en este caso el análisis ha de realizarse de forma sistemática, mediante un proceso metódico de evaluación, puesta en común e intercambio.

### **Política nacional y personal sanitario**

Para desarrollar una estrategia viable mediante la modificación de una situación disfuncional, a menudo resulta útil empezar por conocer las fuerzas que han generado dicha situación; de lo contrario, existe el riesgo real de empeorarla. Gran parte de la rigidez que caracteriza a la fuerza laboral del sector público, por ejemplo, deriva del intento de protegerla de injerencias políticas: por ello, las políticas mal concebidas por las que se busca una mayor flexibilidad pueden abrir la puerta a la discriminación y el favoritismo, lo que agravaría las disfunciones. Veamos otro ejemplo: si la excesiva centralización de la gestión de los recursos humanos obedece a una deficiente capacidad de gestión o a la ausencia de mecanismos de responsabilización en niveles más descentralizados, probablemente no convenga proceder a una rápida descentralización administrativa.

### **Reacciones de los trabajadores sanitarios y sus empleadores**

Pese a las buenas intenciones que los animan cuando conciben las estructuras, los procesos y los programas de reforma de los sistemas sanitarios, los responsables de políticas se olvidan a menudo de tener en cuenta la reacción probable de los trabajadores sanitarios. Es especialmente importante comprender las razones por las que éstos se resisten al cambio. Por ejemplo, cabría esperar que el personal de un sistema centralizado acogiera favorablemente la mayor autonomía que le ofrece la descentralización. Sin embargo, en Uganda y Zimbabwe, los trabajadores percibieron ésta como una amenaza para la seguridad del empleo y les preocupó que, en adelante, tanto la contratación como la gestión del personal pudieran regirse por criterios de pertenencia étnica (27, 28). Cuando se recortan los servicios públicos o se transfieren al sector privado, los trabajadores sanitarios pueden verse sometidos a una tensión triple: el temor a perder el empleo, el temor a no poder lograr otro puesto de trabajo, y la mayor carga de trabajo (29). En otras situaciones, los trabajadores sanitarios pueden resistirse al cambio porque les preocupen las mayores responsabilidades que conllevan las reformas propuestas. Muchos de estos problemas pueden prevenirse si se comprenden mejor

las reacciones de los diversos interesados. El diálogo informal ayuda mucho a dicha comprensión, pero también pueden organizarse análisis más sistemáticos para evaluar las posibles reacciones (30).

## INVERTIR EN INSTITUCIONES DE LA FUERZA LABORAL

Cuando los poderes públicos tienen poca capacidad para elaborar políticas, los grupos de presión se apropian fácilmente de las medidas de regulación y ocurre que, en el mejor de los casos, la elaboración de políticas se vuelve ineficaz, y en el peor, contra-productiva. Algunos países han resuelto con éxito esta situación, como lo demuestra el plan de recursos humanos de Malawi (véase el recuadro 2.2). Sin embargo, en los últimos años, la mayoría de los países no han invertido lo suficiente en desarrollar las capacidades de elaboración de políticas y de regulación. Así, durante la década de 1990, un número considerable de departamentos de ministerios de salud de todo el mundo fueron víctimas de la reducción y la racionalización del sector público.

Desarrollar o restaurar las capacidades nacionales de elaboración de políticas en el ámbito de la atención sanitaria exige mucho más que instrumentos y formación: existe una jerarquía de instrumentos, personas y estructuras (31). No sirve de nada disponer de instrumentos para fijar costes y elaborar presupuestos, y formar a personal para utilizarlos, si no hay responsables de políticas y gestores capaces de interpretar y contextualizar el producto de dichos instrumentos. De igual forma, sin instituciones, estructuras y comités con autoridad para tomar decisiones, los gestores y los responsables de políticas no pueden plasmar los análisis intelectuales en hechos políticos.

Se necesitan instituciones nacionales del personal sanitario para generar confianza pública, garantizar una dirección justa y basada en la colaboración, formar líderes enérgicos y reunir información estratégica. Estas razones bastarían, por sí solas, para justificar su financiación, pero el hecho real es que a los responsables de políticas no les resulta fácil convencer de la necesidad de desarrollar y fortalecer estas instituciones, y ello porque se trata de un planteamiento a largo plazo y porque algunas cuestiones no son lo bastante patentes, como el rendimiento de la inversión.

Dado que se acepta mejor una inversión en instrumentos o en formación y que actualmente se están asignando muchos fondos a ésta, probablemente lo que convenga hacer sea vincular ambos a la creación de instituciones. La clave reside en identificar las áreas concretas en las que se dan mayores insuficiencias y donde iniciativas institucionales bien definidas pueden dar resultados concretos.

Algunas de estas iniciativas ya se han comentado en apartados anteriores de este capítulo: desarrollar la capacidad de regulación, instaurar estructuras de liderazgo y capacidades tácticas, y recopilar información estratégica sobre indicadores fundamentales. Otras dos áreas que merece la pena destacar son el aprendizaje a partir de las microinnovaciones y la elaboración de escenarios futuros y la planificación. Ambas se analizan a continuación; la mejor forma de organizarlas es mediante la creación de observatorios nacionales de la fuerza laboral sanitaria (véase el recuadro 6.2) o la incorporación de los departamentos del ministerio de salud, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales a las redes de aprendizaje y las comunidades de profesionales.

### Aprender de las microinnovaciones

Quizá ningún otro ámbito haya sido testigo de tantas soluciones creativas de problemas y de tantas microinnovaciones como el de la fuerza laboral sanitaria. Se han mencionado muchos ejemplos a lo largo de este informe. La idea es aprender de ellas, promover las que funcionan y desechar las ineficaces. Para analizarlas hacen falta unas capacidades específicas, así como un enfoque sistemático e institucional que exige mantener inventarios, supervisar, evaluar, documentar y realizar intercambios.

Es preciso evaluar cuidadosamente las innovaciones para decidir cuáles merecen ser incluidas en una estrategia nacional de la fuerza laboral: han de ser eficaces con

relación al costo, ofrecer resultados rápidos, corregir las distorsiones actuales e impedir un mayor deterioro de los servicios de salud (34). Una de las que cumplían estas condiciones era la solución «parche» adoptada en Mozambique para hacer frente a la falta de médicos: se formó en competencias quirúrgicas a los llamados *tecnicos de cirujia* (ayudantes quirúrgicos). Sus excelentes resultados impulsaron a los responsables de políticas a generalizar el experimento y hoy día los *tecnicos de cirujia* están presentes en los hospitales de distrito de todo el país (35).

### Elaboración de escenarios futuros y planificación

También estas dos tareas, que son esenciales para fijar las orientaciones a largo plazo, requieren capacidades específicas que las hacen tributarias de un enfoque institucional. Los responsables de elaborar las estrategias nacionales han de tomar decisiones fundamentales que definirán las características de la futura fuerza laboral y su relación con los sistemas de valores de la sociedad en la que opera. Las exigencias respecto al personal sanitario cambian rápidamente, por lo que sólo cabe hacer conjeturas sobre su futuro, pero la era de los profesionales omniscientes que trabajaban solos ha quedado definitivamente atrás. El porvenir de la prestación de atención sanitaria radica en el trabajo en equipo, con competencias que se solapen, se complementen y se adapten continuamente a los rápidos cambios sociales y tecnológicos. Al mismo tiempo, se le pedirá al equipo de atención sanitaria que esté mucho más próximo a los pacientes, con un profesional sanitario de contacto que puede ser el médico de familia y que actuará como coordinador del equipo y enlace entre los pacientes y el sistema sanitario. Pronto quedará superado el modelo de profesiones sanitarias separadas e independientes.

Más que planificar, la preparación para estos cambios exige organizar un amplio debate en torno a los derechos y los escenarios futuros. Estos debates pueden impulsarlos

## Recuadro 6.2 Observatorios de Recursos Humanos en Salud en América Latina

En el marco de una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que es la Oficina Regional de la OMS para las Américas, se crearon en 1998 observatorios nacionales de los recursos humanos para la salud en 22 países, con miras a corregir la escasa atención prestada a las cuestiones relacionadas con el personal sanitario en América Latina durante la década de 1980 y principios de 1990. La OPS creó un Observatorio de Recursos Humanos en Salud para relacionar entre sí a los observatorios nacionales, los cuales han ayudado a dar a conocer las cuestiones relacionadas con el personal sanitario, mejorar la base de información y fortalecer la función de rectoría en el sector sanitario (32). Los observatorios ofrecen continuidad en entornos en los que decisores y políticas cambian con frecuencia. Su característica común es la participación de múltiples interesados: universidades, ministerios de salud, asociaciones profesionales, proveedores corporativos, sindicatos y representantes de los usuarios.

Sin embargo, la organización institucional es específica de cada país. El observatorio brasileño (33) ofrece un ejemplo destacado de desarrollo interactivo de las capacidades en el que intervienen el sector estatal y el no estatal. Consiste en una red formada por institutos universitarios, centros de investigación y un departamento federal encargado de los recursos humanos para la salud. Existen en ella 13 «nodos» o «puestos de trabajo», coordinados por una secretaria con personal del Ministerio de Salud y de la oficina de la OPS en Brasilia. Desde 1999, el cometido del observatorio ha sido contribuir al desarrollo, la regulación y la gestión de los recursos humanos en el sector sanitario y en áreas de políticas conexas, y reunir información que guíe esas tareas.

El observatorio ha generado mucha información valiosa y estudios analíticos, y sus capacidades se han desarrollado considerablemente. Se ha basado en redes informales existentes en las que gestores y universitarios se sentían motivados por su interés profesional en investigar la utilidad de la planificación, la gestión y la formación en recursos humanos para el sector sanitario. Gran parte del éxito de la red y de su capacidad de adaptación pueden atribuirse al hecho de que, desde el principio, se centrara tanto en el contenido como en la forma de trabajar. La preocupación por el contenido permitió a los miembros de la red desarrollar sus capacidades técnicas y profesionales en un clima de independencia intelectual y autonomía que sigue caracterizando hoy sus interacciones. El estilo de trabajo se distingue por la flexibilidad, la creatividad, el pragmatismo, la inventiva y el espíritu emprendedor. La combinación de excelencia técnica y colaboración informal ha dado como resultado el aprendizaje del grupo y la síntesis de las ideas puestas en común.

Partiendo de esta base, se formalizaron e institucionalizaron las redes a finales de la década de 1990, iniciativa que mejoró aún más la productividad, sobre todo porque intensificó los intercambios nacionales e internacionales con la ayuda de varias personalidades de Brasil y otros países.

El observatorio brasileño demuestra que la creación de redes informales puede evolucionar hacia estructuras más formales que generan productos y resultados concretos. Desde dentro de la red se reclama una intensificación de los intercambios en cuanto a contenido y utilidad en materia de políticas, y la instauración de mecanismos de supervisión y evaluación que garanticen la calidad y la pertinencia de los productos de la red.

movimientos de la sociedad civil, como en Tailandia (36), autoridades locales, como en Oregón (Estados Unidos) (37), o la administración de la salud pública, como en Nueva Zelanda o los Países Bajos (38, 39). Los debates sobre escenarios futuros han de tener en cuenta el abanico de fuerzas que actúan sobre la fuerza laboral: la evolución de las necesidades en materia de salud, las tendencias demográficas (como el envejecimiento), las expectativas de los consumidores, el auge de los servicios de salud privados, y el mercado de trabajo mundial para los profesionales sanitarios (véase la figura 2 del Panorama general de este informe). En lo referente al contenido, es probable que los escenarios futuros se centren en las tensiones entre la comercialización, por un lado, y el acceso universal y la protección social, por otro, y entre una orientación tecnocrática de la atención y la demanda social de un enfoque más centrado en el paciente.

Lo verdaderamente importante es el proceso. Al igual que la gobernanza justa, la planificación requiere que se trabaje en colaboración. La experiencia de los debates para fijar prioridades demuestra que la legitimidad de las decisiones depende menos de lo que se decide que de la percepción de que el procedimiento ha sido justo (40). Si las decisiones se toman de forma integradora y transparente, recibirán el respaldo social. Existe una clara relación entre la intensidad del diálogo con múltiples interesados y la solidez y sostenibilidad de las decisiones en materia de políticas (30, 41). No ser integrador supone desaprovechar oportunidades y propiciar la oposición y el resentimiento.

## CONCLUSIONES

Las estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario deben mirar más allá de los salarios y la formación en el sector público para abarcar todo el ciclo de entrada – etapa laboral – salida tanto en el sector privado como en el público. El desarrollo de la fuerza laboral es una labor a la vez técnica y política, y exige generar confianza entre los interesados y vincular las expectativas de las personas al desempeño de los trabajadores sanitarios.

Tanto en los países frágiles que se centran en perspectivas a corto y medio plazo como en otros más estables que elaboran estrategias a más largo plazo y cuentan con mayores recursos, la calidad y el éxito de la elaboración de políticas y la reglamentación dependen en primer lugar de que se incorpore a los interesados principales. También es crucial disponer de las personas y los recursos necesarios para formular las políticas, así como poder basar éstas en un correcto conocimiento de la naturaleza de los problemas.

Todas las estrategias de los países deberían considerar prioritarias las acciones siguientes:

- Elaborar estrategias nacionales a partir de puntos de intervención concretos que abarcan la gestión del proceso de entrada – etapa laboral – salida, y también el desarrollo o el fortalecimiento de la confianza, la gestión del marco regulador por múltiples interesados, y las capacidades de liderazgo.
- Prestar atención al proceso. Las decisiones pueden ser difíciles y controvertidas: es esencial garantizar la equidad del proceso haciéndolo integrador y transparente, pero con la valentía de apelar al arbitraje cuando los intereses amenacen con imponerse.
- Fortalecer la información estratégica centrándose en: (i) conocer la magnitud y la naturaleza de los problemas del personal sanitario; (ii) evaluar lo que se está haciendo y determinar lo que puede hacerse; (iii) identificar los factores políticos que han conducido a la actual situación; y (iv) conocer las opiniones de los trabajadores y prever sus posibles reacciones a los cambios.
- Desarrollar la capacidad institucional del personal sanitario del país centrándose en la regulación, el liderazgo y la información estratégica, lo que incluye: (i) el análisis y la evaluación de las microinnovaciones; y (ii) la elaboración de escenarios futuros y la planificación.

## REFERENCIAS

1. Davies H. Falling public trust in health services: implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
2. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. In: Conrad P, ed. *The sociology of health and illness*. 6ª edición. Nueva York, NY, Worth Publishers, 2001:198-204.
3. Van Lerberghe W, Ferrinho P. *Civil society organizations and the poor: the unfulfilled expectations*. Washington, DC, Banco mundial, 2003 (Documento de referencia 28028 para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004).
4. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
5. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karhala, 2003.
6. Narajan D. *Voices of the poor: can anyone hear us?* Nueva York, NY, Oxford University Press, 2000:97.
7. Robinson R. Rationing health care: a national framework and local discretion. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1997, 2:67–70.
8. Transparency International. *Corruption and health. Global corruption report 2006*. Londres, Pluto Press, 2006.
9. Benington J. Risk and reciprocity: local governance rooted within civil society. In: Coulson A, ed. *Trust and contracts: relationships in local government, health and public services*. Bristol, The Polity Press, 1998.
10. Taylor-Gooby P. Markets and motives: Trust and egoism in welfare markets. *Journal of Social Policy*, 1999, 28:97–114.
11. Mercer H, Ineson S, McCarty P. *National regulation of medical profession capacities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (Documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
12. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. In: Conrad P, ed. *The sociology of health and illness*. 6ª edición. Nueva York, NY, Worth Publishers, 1999:175–185.
13. Krause EA. *Death of the guilds. Professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, CT, y Londres, Yale University Press, 1996.
14. Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
15. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester y Nueva York, NY, Manchester University Press, 1999.
16. Lindblom CE. The science of «muddling through». *Public Administration Review*, 1959, 19:79–88.
17. Bennet AE, Holland WW. Rational planning or muddling through? Research allocation in the NHS. *Lancet*, 1977, 8009:464–466
18. Bloom G, Standing H. *Pluralism and marketisation in the health sector: meeting health needs in context of social change in low and middle-income countries*. Brighton, Institute of Development Studies, 2001 (IDS Working Paper 136).
19. Jahan R, Germain A. Mobilizing support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744.
20. *Las Cuentas de la Dignidad: Una guía para utilizar el análisis de presupuestos en la promoción de los derechos humanos*. México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación. 2004 (International Budget Project, International Human Rights Internship Program).
21. Van Lerberghe W, el Rashidi AR, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:296–311.
22. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud, Technical Brief for Policy-Makers, No. 2)

23. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
24. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
25. Gonzalez-Rossetti A. *Enhancing the political feasibility of health reform: the Colombia case*. Data for Decision-making Project, 2000 (Health Sector Reform Initiative, Paper No. 39; <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/Colombiafinal-pp2.PDF>, consultado el 22 de febrero de 2006).
26. Palmer D. Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programme. DFID-Malawi, diciembre de 2006.
27. Pangu KA. Health workers motivation in decentralized settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies*. Amheres, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organization and Policy, 16):19–29.
28. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda, MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
29. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (Documento de referencia para el Informe sobre la salud en el mundo 2006; disponible en: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>)
30. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
31. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:336–345.
32. Rigoli F, Arteaga O. *The experience of the Latin America and Caribbean Observatory of Human Resources in Health* <http://www.lachsr.org/en/observatorio.cfm>, consultado el 22 de febrero de 2006).
33. Campos FE, Hauck V. *Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health. A case study prepared for the project 'Capacity, Change and Performance'*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2005 (Discussion Paper, 57L). ([http://www.ecdpm.org/Web\\_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?ReadForm](http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Navigation.nsf/index2?ReadForm), consultado el 22 de febrero de 2006).
34. Rehabilitating the workforce: the key to scaling up MNCH. *Policy Brief 2. Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
35. Vaz F, Bergstrom S, Vaz Mda L, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery [Formación en cirugía para ayudantes de medicina]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (resumen en español).
36. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of universal coverage in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2004.
37. Kitzhaber JA. Prioritizing health services in an era of limits: the Oregon experience. In: R Smith, ed. *Rationing in action*. Londres, BMJ Publishing Group, 1993.
38. *Core services 1993/4*. Wellington, National Advisory Committee, 1992.
39. *Choices in health care: a report by the Government Committee on Choices in Health Care*. Rijswijk, Ministerio de Salud, Welfare and Cultural Affairs, 1992.
40. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *BMJ*, 1996, 312:691–694.
41. Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values: six case studies from the Australian public sector*. University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management, 2003 (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2006).