

# El impacto de la reforma sectorial en la regulación de la gestión del trabajo en salud

*Daniel Purcallas*

*OPS/OMS*

---

Para enfocar el tema, nos referiremos a la noción de regulación, el rol del Estado y de cómo este proceso discutió y de hecho transformó, la relación Estado – sociedad y cómo la función regulación ha ido adaptándose a estas tendencias. Vamos a reconocer las lógicas encontradas de la reforma del Estado y de la reforma del sector salud y cómo estas contradicciones determinaron nuevos problemas para el campo de Recursos Humanos en Salud (RRHH). Y analizaremos cómo han ido colocándose los problemas de recursos humanos y las necesidades de regulación.

“La noción de regulación, proviene del campo de la economía política y se orienta a la reglamentación de cualquier interacción económica o social, para delimitar ámbitos de competencia y establecer restricciones a los actores implicados, luego regulados” (Sábado Girardi).

La noción de regulación se refiere a los procesos de modulación e influencia que determina la acción de las diversas instancias sociales. En este sentido la regulación puede ser más o menos exigente o permisiva pero siempre implica que los márgenes de acción de las instancias sociales sufren restricciones que las limitan. Desde el punto de vista del Estado, la regulación será más o menos rígida según se defina hacia un lado u otro de dos concepciones polares: en un lado, la organización de la sociedad a partir de un Estado fuerte que comanda y controla las instituciones sociales, y en otro la idea del mercado como forma central de organización social que regula automáticamente los flujos sociales.

Por su lado el sector salud tiene características que lo hacen un mercado imperfecto, por lo cual no es posible plantear la regulación automática por parte del mercado. El mercado en salud y en otros muchos campos, es un mercado asimétrico e imperfecto, por lo cual el equilibrio que se pretende pueda establecer el mercado no es suficiente en salud. Por otro lado, la capacidad de regulación en salud y en RRHH en América Latina ha sido limitada en función de la debilidad de sus instituciones.

La imposibilidad de la regulación automática en salud a través de mecanismos de mercado, asociado a la debilidad institucional del Estado en la mayoría de los países, revela la necesidad de desarrollar formas innovadoras de regulación que permitan organizar y modular el funcionamiento de las instituciones del sector salud.

La regulación ocurre en un campo de tensiones permanentemente dinámicas, por lo que es en sí un proceso político, y por lo tanto, dinámico, complejo y en permanente evolución.

Para reflexionar sobre las formas de regulación en salud conviene establecer previamente los objetivos que debe garantizar dicho proceso. Los argumentos más comúnmente destacados que hacen necesaria la regulación en salud, son:

- La protección del público mediante la garantía de la calidad de los servicios, la garantía del acceso a la salud, y la búsqueda de un costo justo de los servicios de salud.
- La garantía de las reglas de juego en el sector salud, que es necesario definir en función de la asimetría de poder e información y la nivelación de las relaciones desiguales, como, por ejemplo, la relación de los usuarios de los servicios y los prestadores.
- La protección de grupos especiales, o garantía de derechos (población infantil, pacientes con VIH/SIDA, etc.).
- La garantía de la transparencia de las decisiones, que se requiere por la asimetría de información entre los profesionales y los pacientes, entre otras.

### **El rol del Estado, reforma del Estado, del sector salud y regulación en RRHH**

El Estado, en tanto representante del bien público, tiene la función de promover la superación de las tendencias hacia el desequilibrio, lo cual es particularmente expresivo en el campo de la salud. No obstante, en la medida en que el Estado expresa fundamentalmente el interés de ciertos grupos dominantes y su acción es siempre sesgada y no representa necesariamente una garantía para superar aquellos desequilibrios.

Por su parte, el proceso de la reforma del Estado que se ha implementado en los últimos años está dirigido a redefinir el rol del Estado lo que implicó la modificación de las formas de regulación de algunos procesos sociales.

La reforma del Estado, por lo menos en su momento inicial, era un proceso de reorganización macroeconómica (ajuste estructural), orientado a redefinir la función del Estado y a limitar su campo de intervención. La idea era reducir al Estado y a sus posibilidades de intervención en el proceso social, para que el mercado ocupara el espacio de la definición de las reglas de juego.

Es importante destacar que las críticas que se hicieron al Estado y que posteriormente dieron sustento a los procesos de reforma, estaban centrados en la

relativa incapacidad de las instituciones públicas para producir servicios de calidad en forma eficiente, y no tanto a su función esencial de definir las reglas de juego en las sociedades (no obstante, las propuestas de reducción del Estado fueron integrales. y debilitaron también la capacidad de regulación).

Hoy día y a la luz de las dificultades de implementación y de los magros resultados de los procesos de reforma en general y en salud en particular, se están revisando los postulados que dieron origen a dichos procesos. Por lo que ahora los procesos de reforma empiezan a cambiar y se reconoce al Estado un rol protagónico en los procesos de regulación.

La reforma del Estado se deriva del Consenso de Washington que promovía la importancia del mercado en su más absoluta expresión. Este acuerdo entre los principales actores de la economía mundial se puede resumir en diez postulados:

- Necesidad de disciplina fiscal
- Necesidad de disminución del gasto público
- Reforma fiscal
- Liberalización de tasas de interés
- Tasas de cambio competitivas
- Liberalización del comercio
- Apertura a la inversión extranjera
- Privatización
- Desregulación
- Garantías a derechos de propiedad

Dicho en otros términos, se propuso la reducción de las capacidades del Estado y retirarlo de sus muchas de sus actividades, para dejar libre a los actores económicos y para que el mercado diera forma a la distribución de los bienes y servicios.

Mientras tanto, en la mayoría de los países de América Latina hay:

- Estancamiento del crecimiento económico
- Crecimiento de la pobreza
- Aumento del desempleo
- Crecimiento de la economía informal
- Profundización de las disparidades sociales
- Alta inestabilidad económica y social
- Resquebrajamiento de la gobernabilidad

Por su parte en el sector salud, en este mismo momento había:

- Incremento poblacional
- Acumulación epidemiológica (situación de salud que se caracteriza por la presencia simultánea de la patología de la pobreza, asociada a las enfermedades infectocontagiosas, con las patologías del desarrollo donde predominan las enfermedades crónicas y sociales)
- Degradación del ambiente
- Deterioro de la infraestructura de los servicios públicos
- Aumento de la demanda de servicios
- Requerimientos por mayor calidad en los servicios de salud

Al mismo tiempo, había un agotamiento de las respuestas del sistema de salud a las necesidades de la población y los servicios públicos de salud no daban respuesta a demandas acentuadas por la existencia de sistemas de atención de salud segmentados y carentes de equidad.

Es importante destacar el conflicto de enfoques y racionalidades que significó el proceso de reforma del sector salud. Entender el proceso y el resultado de la reforma del sector salud requiere comprender la relación dialéctica entre estas lógicas contrapuestas. Una formulada desde el pensamiento economicista (nótese que se evita la expresión pensamiento económico), orientada a la búsqueda de la eficiencia de las instituciones del Estado, entre ellas los servicios públicos de salud y a la reducción del gasto público. Y la otra llevada adelante como uno de los procesos sectoriales de la reforma del Estado y que al mismo tiempo pretendía dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Un modelo está en franca contradicción con el otro. La lógica de la reforma del Estado, basada en el postulado fundamental de la eficiencia, sugería la reducción del gasto y del tamaño del sector público y de los servicios de salud. Mientras la lógica de las propuestas de reforma del sector salud, por lo menos en sus postulados teóricos, se basaban en la búsqueda de la eficacia, equidad y calidad.

### **Dos lógicas contrapuestas: (Consenso de Washington vs. reforma del sector salud)**

- Reducción del gasto público, versus Extensión de cobertura
- Predominio de los servicios privados de salud, versus Mejora de la calidad de los servicios
- Aumento de la responsabilidad individual sobre la salud, versus Aumento de la responsabilidad social sobre la salud

Por un lado, el Consenso de Washington planteaba la reducción del gasto público, planteaba una mayor injerencia del sector privado y una reducción del

sector estatal en la producción de servicios, y consecuentemente un aumento de la responsabilidad individual frente a la salud. Por otro lado, en las reformas de salud los planteos pretendían extensión de cobertura, mejora de la calidad y aumento de la responsabilidad social sobre la salud.

Producto de la contradicción entre estas dos lógicas, el campo de los RRHH se transformó en un campo de tensiones y contradicciones.

Por un lado, los postulados de equidad, eficacia y calidad de los servicios de salud que pretendidamente daban sustento a los proyectos de reforma del sector salud, requerían que en el campo de los trabajadores de salud se lograra:

- Remunerar al personal de salud en forma atrayente y competitiva
- Desarrollar condiciones de trabajo satisfactorias
- Contar con trabajadores comprometidos con su trabajo y con la mejora de la calidad de los servicios (lo cual tiende a aumentar los costos)
- Impulsar la creatividad y la autonomía de los trabajadores para enfrentar nuevos problemas
- Desarrollar un modelo de liderazgo basado en el consenso y en el trabajo en equipo
- Descentralizar las decisiones, para lograr que la capacidad de decisión esté en el espacio de los problemas
- Mejorar la disponibilidad de insumos y tecnología

Al mismo tiempo, el proceso de reforma del Estado, impulsado por las instituciones del sector económico nacionales e internacionales, con mayor poder de determinación que las de los sectores sociales (entre ellas los Ministerios de salud), llevaban adelante políticas de ajuste económico.

En ese marco, la búsqueda de la eficiencia de los servicios de salud en lo atinente a RRHH condujo a:

- Reducir el número de cargos de funcionarios públicos de salud
- Limitar el incremento de los salarios
- Concentrar actividades de los servicios públicos de salud y de su personal en determinados procedimientos (canastas básicas de salud)
- Centralizar las decisiones sobre el personal de salud
- Aumentar los controles administrativos
- Reducir la utilización de insumos y procedimientos
- Contratar la realización de tareas que antes ejecutaban las instituciones públicas de salud (tercerización)

De esta manera los procesos de cambio en el campo de los RRHH que se dieron en el marco de la reforma del sector salud estuvieron sometidos al conflicto entre las lógicas del discurso dominante de la reforma del Estado y el discurso alternativo que se pretendió elaborar en el sector salud.

Producto de esta tensión ente dos lógicas contrapuestas los cambios en el campo de los RRHH en salud reflejaron tendencias del mercado de trabajo en general con algunas particularidades propias.

Las principales tendencias en el campo de RRHH en el período fueron:

- Tendencia a la reducción del empleo formal con incremento de otras formas de relación laboral. En las instituciones públicas de salud la reducción del empleo que se pretendía llevar adelante como política de ajuste de la economía, se encontró con la tendencia mundial de largo plazo hacia el aumento del número de trabajadores en el sector salud, resultando una reducción del número de funcionarios públicos estables con un paralelo aumento del número de contratados que se desempeñan sin las garantías propias del empleo público. Esta situación fue notoria en el sector salud de algunos países de la Región, donde parte importante de los trabajadores de salud dejó de ser funcionario estable, para pasar a ser contratado por períodos determinados. En algunos países esta situación ha comenzado a revertir en los últimos años.
  - Tercerización Una de las formas adoptadas para reducir el número de trabajadores y el presupuesto de las instituciones públicas de salud, fue trasladar hacia fuera de los servicios de salud algunas de las actividades que antes realizaban esas instituciones con personal propio. De esta forma se multiplicaron los contratos del personal de salud (algunas veces mediante fondos de proyectos con financiamiento externo). Las formas de contratación utilizadas fueron variadas, por lo que se multiplicaron los contratos a trabajadores, los contratos a empresas, o a grupos de profesionales. Al mismo tiempo, la coexistencia de trabajadores que desarrollan similares funciones, pero tienen diferentes formas de relación laboral hizo de los servicios de salud un ambiente de gestión donde muchos personajes realizan el mismo trabajo pero responden a diferentes autoridades, reciben diferentes salarios y no gozan de las mismas garantías laborales, situación que ha complejizado la gestión de los servicios de salud.
  - Flexibilidad de jornadas y turnos. Como parte del intento por mejorar la adecuación del trabajo a las necesidades del servicio y en medio a política de diferenciación de los términos laborales, en el sector salud se dio un proceso de extensión de la jornada de trabajo real, que dejó de ser propia de la persona, y no de la función (esto es particularmente notorio en enfermería).

- La preocupación por multiplicar la eficiencia del sector público llevó a colocar una mayor exigencia a los trabajadores públicos, tanto en su productividad como en la calidad de su trabajo.
  - Existe una tendencia general a aumentar la exigencia de calificación de los trabajadores que en salud se expresa por una creciente preocupación por la calidad del servicio y del trabajo, asociada a los requerimientos de la implementación de los proyectos de reforma sectorial y al incremento de las demandas poblacionales. Es de destacar que la lógica de desarrollo de los procesos de reforma del sector salud propusieron modelos de atención y de reorganización de sistemas y servicios sin reflexión previa de las posibilidades que de echo se establecían a partir de los recursos humanos que existían en los sistemas de salud de los países. Por lo cual de forma más o menos explícita y más o menos conciente se propuso que los trabajadores de salud, tendrían que ser acomodados al modelo de atención y al modelo de servicios. Erróneamente, se supuso que la capacitación era suficiente para cambiar la forma de trabajar y la forma de organizar el trabajo en salud, debido a lo cual se produjo una gran inversión en capacitación en todo el continente que en un ambiente que promovía la contratación, determinó el desarrollo de un gran mercado de actividades de capacitación.
  - Preocupación creciente por la evaluación del desempeño de los trabajadores, relacionada o no a políticas de incentivos laborales ligados a la productividad del servicio.
  - Reorganización de los procesos de trabajo, en función de la creciente complejidad del trabajo en salud, que se deriva de la incorporación de tecnología y la redefinición de los procesos de trabajo.
- Un debilitamiento de la negociación colectiva de las relaciones laborales. En el caso del sector salud está situación se dio entre otras por la contratación masiva de nuevo personal a nivel de los servicios lo cual fragmentó a los trabajadores según tipo de relación laboral. Así como los procesos de descentralización de la gestión de los servicios, que hizo inadecuados a los sindicatos nacionales que habían desarrollado experiencia en negociación colectiva.

La confluencia y simultaneidad de esas tendencias de cambio ha hecho que la gestión de los RRHH de salud, en el último período estuvo signada por la necesidad de resolver problemas coyunturales relativos al personal de las instituciones de salud, lo que significó improvisación en las decisiones en recursos humanos. Estas decisiones, de no ser objeto de cuidadosa revisión,

tienden a crear un sistema laboral nuevo sin haber visualizado cuál va a ser su resultado en la calidad del trabajo y en la dedicación y compromiso de los trabajadores de de salud

### **Problemas de RRHH que pueden ser objeto de regulación**

Para categorizar los problemas de RRHH y de los campos y modos de regulación de dichos asuntos utilizaremos tres momentos o etapas que se derivan de los tres conceptos dominantes de la relación Estado – sociedad, que se han manifestado en las últimas décadas: 1) *la etapa burocrática* donde las formas de regulación enfatizaron la normatización, 2) *la etapa de la reforma del Estado y del sector salud* en la que se pretendió desregular o flexibilizar la acción de los actores económicos y 3) *la etapa de revisión de la reforma del Estado*, en la que se reconoce a la regulación como una función central del Estado.

#### 1) *Etapas del Estado burocrático*

Esta etapa abarcó un largo período en el cual la idea dominante se caracterizó por el Estado de bienestar. Los elementos centrales que aquí interesa destacar son:

- Relativa estabilidad económica y social y concepción “desarrollista” que veía a las dificultades económicas y sociales como objetivos a ser necesariamente superados en el futuro de los países.
- El Estado se colocaba como encargado en última instancia de la redistribución de los bienes y servicios.
- Se requería un Estado fuerte. La idea dominante de la gestión gubernamental giraba en torno a la planificación normativa.
- Énfasis en el desarrollo de los servicios públicos de salud.
- La concepción de RRHH enfatizaba al personal de las instituciones públicas de salud.

En la etapa burocrática, la agenda de problemas en RRHH destacaba las incongruencias del modelo de atención con el personal de las instituciones de salud. Los principales asuntos de regulación en RRHH que se plantearon en esta etapa, fueron:

1. En esta etapa el sector salud tuvo importantes limitaciones financieras que se manifestó en el número de trabajadores y en sus salarios. Esta situación todavía existente, remite a la *REGULACIÓN DE LOS FLUJOS DE FINANCIAMIENTO a las instituciones públicas de salud, campo en el que estas instituciones y el personal responsable del desarrollo de RRHH ha tenido hasta la fecha poca participación.*

2. Existieron importantes desequilibrios en la composición de la fuerza de trabajo y grandes inequidades en la distribución geográfica de los recursos que plantearon la necesidad de *REGULACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD*, por lo que en esa etapa se enfatizó la *planificación, programación y gestión de servicios de salud y de RRHH*.
3. Desde esa etapa se manifestó la reconocida incoordinación entre formación de RRHH y servicios de salud que planteó los desarrollos de la *REGULACIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL* que buscó *orientar los programas de formación, establecer el número de ingresantes y de egresados de las instituciones de formación de profesionales*.

## 2) La etapa de la “reforma de Estado”

Esta etapa se caracterizó por la tendencia a la reducción del tamaño y de papel del Estado que se concretó en los procesos de reforma del Estado. En esta etapa se planteó la supremacía del mercado como distribuidor de bienes y servicios y la ineficacia del Estado, por lo que se sostuvo la regulación automática (sin intervención del Estado) de los flujos sociales y económicos, en general y en salud en particular. Los aspectos que interesa resaltar para esta caracterización son:

- Profunda crisis económica y conciencia de necesidad de cambios profundos en las economías nacionales.
  - Reducción del gasto de las instituciones públicas en general y en salud en particular (“ajuste económico”), que constituyó al empleo público como variable de ajuste y se expresó como “flexibilidad laboral”.
  - Gran número de países de la Región instrumentando proyectos de reforma del sector salud, orientados a mejorar la eficiencia de los servicios de salud y que buscaba trasladar la responsabilidad de la salud desde el Estado al individuo.
4. En esta etapa aumentó la flexibilidad del empleo (externa e interna), pérdida de la calidad de las condiciones de trabajo e instauración de políticas de incentivos entre otros. Esta situación planteó la necesidad de *REGULACIÓN DE LA CALIDAD DEL EMPLEO EN SALUD*
  5. La gestión de los servicios de salud tendió a ser descentralizada y algunos de los procesos de gestión de RRHH se descentralizaron en consecuencia. Ello coloca la posibilidad de *REGULACIÓN DE LA GESTIÓN DE RRHH como forma de garantizar*
  6. En esta etapa aumentó la presión social por calidad en los servicios de salud, lo que en el campo de RRHH se tradujo en el requerimiento de nuevas competencias para realizar nuevas funciones. En este marco se plantea la *REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL* y el

*fortalecimiento de procesos de CERTIFICACIÓN y RECERTIFICACIÓN.*

7. Así mismo se dio un aumento incontrolado de la oferta educativa que reiteró la necesidad de *REGULACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO EN SALUD.*
8. En el campo de RRHH en salud durante la etapa de reforma del Estado se mantienen y profundizan los problemas de la etapa anterior, al tiempo en que se destacaron una serie de nuevos problemas: Un ejemplo de los problemas que se arrastran de la etapa anterior lo constituye la multiplicación de instituciones de formación de profesionales de salud que ocurre como parte de la reforma del Estado. Proceso por el cual la formación de profesionales de salud se transforma en un mercado más. Que al tiempo que genera de propuestas de desregulación creciente, plantea el reto de incrementar la *REGULACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DOCENTES.*

### 3) *Etapa de revisión de la reforma del Estado*

Por su parte, la tercera etapa de esta categorización se organiza en torno al proceso de globalización y en él una vez el concepto de la relación Estado y sociedad sufre cambios. En esta etapa hay un reconocimiento simultáneo de la sobre simplificación con que se abordó la etapa anterior la transformación del Estado y al mismo tiempo se reconoce el agotamiento de la capacidad del Estado para llevar adelante políticas sociales. En esta etapa se reconoce:

- Un proceso de globalización creciente.
- La existencia de una nueva estructura de decisiones públicas que se da por la presencia de nuevos actores y mecanismos de influencia en salud.
- Demandas sociales crecientes por más y mejores servicios de salud.
- Reconocimiento de las limitaciones y dificultades que acarrearán las reformas del sector salud y desarrollo de proyectos adecuación de aquellas.
- Destaque de la importancia del desarrollo de RRHH como factor estratégico para el cambio en salud.

En esta etapa permanecen vigentes los problemas anteriores y por tanto las necesidades de regulación anteriormente destacadas. Los problemas de RRHH que se hicieron evidentes en la etapa de la globalización, son:

1. Reclutamiento internacional de personal de salud indiscriminado.
2. Migración creciente del personal de salud
3. Como consecuencia de lo anterior, demandas por garantías internacionales de la calidad del profesional de salud.

En este marco se plantea la *REGULACIÓN DE LA MIGRACIÓN y la REGULACIÓN INTERNACIONAL DE TÍTULOS*.

Resumiendo los procesos de regulación en RRHH en salud se pueden sistematizar en tres principales ejes:

- Regulación de las relaciones de trabajo, el principio evocado es protección al trabajador
  - Interesa las relaciones de trabajo individual (trabajador - empleador) o colectivas (organizaciones de trabajadores - administración laboral) (Incluye: calidad del empleo, gestión de RRHH y desempeño)
- Regulación de la práctica profesional, dirigida a resguardar el beneficio público
  - Control de ejercicio, de la calidad del trabajo profesional, de especificidad y de autonomía profesional y códigos de ética profesional. (Incluye migración)
- Regulación de los procesos de formación de personal, busca garantiza la calidad de la Fuerza de Trabajo
  - Calidad de los procesos de formación, utilización de los campos de práctica, número de ingreso y egreso.

### **Capacidad de llevar adelante procesos de regulación en RRHH**

Finalmente es necesario reconocer que por lo general los países de la Región tienen una institucionalidad inadecuada para la gestión nacional del campo de RRHH y que existe una débil capacidad regulatoria en los ministerios, en las direcciones de recursos humanos y en los espacios de discusión de las cuestiones nacionales de recursos humanos.

La información sobre recursos humanos no es suficiente ni adecuada, si bien es necesario reconocer que este empieza a ser un capítulo de preocupación en los países.

La capacidad técnica y las competencias de las Direcciones nacionales de RRHH o similares, cuando estas existen, no son suficientes para regular un campo compuesto por multiplicidad de actores de diferente institucionalidad, y orientados por intereses divergentes.

En la mayoría de los países está pendiente el desarrollo de la capacidad de liderar instituciones autónomas que actúan políticamente, como son los gremios y las asociaciones profesionales. Por ello que se hace necesario desarrollar esta capacidad de negociación, de concertación y de construcción de

consensos en el tema de recursos humanos. Existe un proceso de autonomía creciente de los actores claves. Las facultades son cada vez más autónomas, los colegios son cada vez más autónomos, es decir, hay un proceso de complejización en el sector salud, y no solo en los recursos humanos. La presencia creciente de empresas, fundaciones, ONGs, etc., determina un enrarecimiento de la institucionalidad en el sector de los recursos humanos.