

PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS EN RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

47.^a Sesión del Consejo Directivo
OPS/OMS
27 de Septiembre de 2006

MEJORAMIENTO DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD: DE LA PROMOCIÓN A LA ACCIÓN

El factor determinante más importante del desempeño de los sistemas de prestación de servicios de salud es el desempeño de los trabajadores de salud

Gilles Dussault
Profesor Catedrático
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa
Lisbon, Portugal

Sr./señora Presidenta del Consejo Directivo, Ministros de Salud y Jefes de Delegaciones, Dra. Mirta Roses, muchas gracias por esta invitación cordial para hablar a tan distinguida audiencia. Recibo con beneplácito la elección del tema en esta reunión regional, ya que nos permite analizar uno de los tópicos fundamentales para el éxito de las políticas nacionales que procuran mejorar el desempeño de los sistemas de prestación de los servicios de salud.

En efecto, una fuerza laboral con buen desempeño —explicaré lo que quiero decir con ello mas adelante— es el factor crítico y determinante del desempeño de los servicios. Las buenas condiciones de las infraestructuras y equipos no sirven de nada si las personas que prestan los servicios no están allí (ya sea que no están disponibles, que están ausentes del trabajo, o que están en huelga). Por otra parte los trabajadores de salud bien entrenados, sin las herramientas y los suministros apropiados no pueden hacer mucho tampoco. Y aún cuando todos los ingredientes estén allí, si los trabajadores no están motivados, los servicios no se desempeñan bien.

La promoción para generar políticas de recursos humanos en salud, y convencer a los encargados de tomar decisiones, así como a los organismos y donantes internacionales para hacer algo para mejorar el desempeño del personal de salud, ha sido creciente en estos últimos 3-4 años y ha tenido mucho éxito. Esto ha creado una oportunidad que no puede perderse y ahora el desafío estriba en pasar de la promoción a la acción.

Mi punto de partida es que nuestra respuesta a este desafío será más fuerte si conocemos mejor los problemas que deben abordarse. Poniéndolo sencillamente, el tema es cómo los países pueden pasar de la concientización a la acción eficaz.

Para estar en buena capacidad de definir las estrategias para el mejoramiento del desempeño, debemos definir lo que queremos decir con “desempeño” del personal de salud, y necesitamos comprender mejor los factores que lo influyen.

Es común oír que un personal de salud con buen desempeño, es suficiente en número, esta distribuido de una manera equilibrada en la composición de las profesiones/ ocupaciones, por niveles de atención y zonas geográficas, adecuadamente capacitado y motivado a producir servicios eficaces y cualitativos de manera eficiente. Esto es lo que queremos lograr.

También sabemos ampliamente qué tipo de problemas del personal de salud tenemos que abordar (aunque, en la mayoría de los países, estos son pobremente documentados). Normalmente, estos problemas son:

- Desajustes en el número y distribución de los trabajadores por categoría ocupacional: la mayoría de los países de bajos ingresos experimentan escasez de personal de salud en todas las categorías (escasez se define aquí, desde una perspectiva de salud pública, como no tener suficientes trabajadores para satisfacer las necesidades de salud de la población; esta no es la perspectiva de los economistas; es decir, menos trabajadores disponibles que los que el mercado de trabajo está preparado para emplear). Los países de ingreso medio y aún los países de ingresos altos, sufren más por los desajustes entre los diversos grupos ocupacionales, como tener suficientes doctores (no siempre de la especialidades necesarias), pero no suficientes enfermeras y demasiados personal administrativo.
- Desajustes geográficos existen en todas partes, no solo entre zonas rurales y urbanas, sino también dentro de las ciudades grandes, entre las áreas de diferentes niveles socioeconómicos;
- Desajustes de género son a menudo pasados por alto, aunque puedan tener consecuencias importantes: un número insuficiente de doctoras en las áreas tradicionales o más conservadoras puede dar lugar a que algunos usuarios femeninos se abstengan de utilizar los servicios; la ausencia de las mujeres entre los gerentes, lo cual es algo paradójico en un ambiente de trabajo sumamente feminizado, puede conducir a una falta de consideración de las necesidades de las mujeres por los servicios de salud, así como de las necesidades de las trabajadoras de salud;
- Desconexión entre la capacitación ofrecida a los trabajadores de salud y el conocimiento y las aptitudes que necesitarán cuando entren al mercado laboral. Algunos ejemplos son: la falta de preparación para tratar con los aspectos clínicos, psicológicos y sociales del VIH-SIDA (o TB), la falta de capacitación en salud pública o administración gerencial, aptitudes de comunicación, etc.;
- Productividad (lo que los economistas llaman eficiencia técnica). Esto se relaciona con una productividad débil (es decir, sub-utilización de la capacidad disponible), o productividad excesiva (un paciente cada dos minutos), o productividad inapropiada, como la inducida mediante la remuneración de honorarios por servicios prestados;
- Insatisfacción de los trabajadores con sus condiciones de trabajo y, para muchos, con las condiciones del contrato de trabajo. La intención del uso de los contratos a corto plazo fue el introducir la flexibilidad en la utilización del personal, pero, sin embargo, a menudo se ha

utilizado como un mecanismo de ahorro, con efectos negativos en la calidad de los servicios, como ausencia de continuidad en el suministro de atenciones.

- La migración a los lugares con mas oportunidades (del sector de la salud a otros sectores, de zonas rurales a zonas urbanas, de país pobre a país rico) es un problema importante para los países expulsores (más escasez y mayores desajustes, pérdida del rendimiento de la inversión, acceso reducido a los servicios: las delegaciones del Caribe trajeron este tema a su atención en la reunión del año pasado). Aunque se destaca muy poco, los países receptores también experimentan problemas por depender de la inmigración para llenar la escasez (garantía de la calidad, incapacidad de desarrollar estrategias de contratación dentro de sus propios países, y ajuste cultural¹).

Si sabemos cuáles son los problemas, y acordamos que algo debe hacerse (el reconocimiento del problema es un primer paso importante para abordar temas complejos), ¿cuál será la estrategia?

En primer lugar, necesitamos contemplar estos problemas como los síntomas o las consecuencias de "enfermedades" más profundas. Para conocerlos más a fondo, es fundamental reconocer los factores que influyen en ellos y cómo lo hacen. Sólo entonces podremos diseñar estrategias firmes y potencialmente efectivas. La falta de atención detallada a esos "factores determinantes" probablemente explica por qué las asesorías sobre políticas que ustedes reciben quedan cortas en soluciones específicas (aunque el último Informe Mundial de la Salud 2006 realizó un esfuerzo serio en esa dirección).

Precisamos mayor claridad a nivel conceptual, acerca de las dimensiones del desempeño del personal de salud y acerca de sus factores determinantes y las conexiones entre ellos.

Un primer paso es comprender los nexos entre el personal de salud y desempeño de los sistemas de prestación de servicios de salud (SPSS). Podemos definir el "desempeño" de un sistema de prestación de servicios en términos de acceso equitativo, eficacia, eficiencia, capacidad de respuesta a las expectativas de usuarios y protección contra el riesgo financiero inducido por los problemas de salud². Esto es condicionado por el desempeño del personal de salud (PS), y por muchos otros factores como: políticas de salud, insumos, infraestructura, información y conocimiento de recursos financieros y procesos como rectoría, reglamentación, administración gerencial.

1. Los problemas de idioma, los valores dispares, etc.

2. Adaptado desde el WHR 2000,

Un segundo paso, es definir cómo el desempeño del personal de salud se conecta con el de los sistemas de prestación de servicios. Sugiero cuatro dimensiones del desempeño del personal de salud:

- 1- Cobertura³, es decir, el grado en que el personal de salud presta servicios a los diversos subgrupos de la población y suministra la amplia gama de servicios necesarios;
- 2- Productividad, que se refiere a los resultados extraídos de los insumos dados;
- 3- Calidad técnica, es decir, el grado en el cual los proveedores producen servicios según las normas profesionales, como puede esperarse que sean aplicados en el ambiente en que trabajan los proveedores;
- 4- Calidad de servicio, es decir, el grado en el cual los proveedores producen servicios que son aceptables a los usuarios, que satisfacen sus expectativas y que están organizados de manera que los hacen accesibles, social y culturalmente.

Estas cuatro dimensiones se vinculan a las dimensiones del desempeño de los sistemas de prestación de servicios de salud y están vinculados entre ellos, creando una red compleja de interacciones. Por ejemplo:

- La cobertura es claramente un factor determinante de equidad en la accesibilidad. Los desajustes en la cobertura también repercuten en la protección financiera, cuando las personas necesitadas de servicios tienen que viajar largas distancias o gastar de su bolsillo para obtener servicios del sector privado (a menudo de la misma persona que le hubiera prestado el servicio público).
- La cobertura repercute en la eficiencia: la falta de disponibilidad de categorías complementarias de personal reduce la productividad, como en el caso en que los médicos no son apoyados por un suficiente número de enfermeras o técnicos y trabajan por debajo del nivel de capacidad óptima.
- La cobertura también repercute en la eficacia y en la capacidad de respuesta. Este es el caso cuando un servicio clínico está disponible pero no hay nadie para ofrecer el seguimiento complementario (como el seguimiento post-operatorio o asistencia psicológica). Una escasez de personal, se traduce en volúmenes de trabajo más pesados, disminuye la capacidad para ofrecer servicios personalizados, que atiendan las necesidades psicológicas y sociales de los usuarios, etc.

3. El WHR 2006 usa disponibilidad, el cual en mi criterio no implica que hay cobertura real.

Las cuatro dimensiones del desempeño del personal de salud son afectadas por numerosos factores dentro y fuera del sector de la salud. Pueden organizarse de la siguiente manera: individual, organizacional, sector de la salud, factores ambientales más amplios. El cuadro 1 lista los factores principales:

CUADRO 1: FACTORES DETERMINANTES DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

CATEGORÍA	FACTORES DETERMINANTES
Individual	Edad, sexo, estado civil, origen geográfico, religión; Educación, capacitación recibida Nivel de competencias Valores personales, representaciones, preferencias, intereses
Organizacional	Estructura/cultura Capacidades de gestión, estilo, prácticas Proceso de toma de decisiones Condiciones de trabajo Seguridad ocupacional Volúmenes/flujos de trabajo Disponibilidad de otros insumos Estado de infraestructura y equipos
Sector Salud	Políticas de salud Organización de servicios Políticas de recursos humanos para la salud (términos de empleo, carrera, colocaciones, transferencias, ascensos) Reglamentación, mecanismos de relaciones laborales Valores dominantes, objetivos Grado de centralización, de burocratización El rol de los grupos de interés (uniones, consejos, grupos de usuarios, preparación farmacéutica, empresas de equipo)
Entorno Ampliado	Políticas Sociales - prioridades (finanzas, administración pública, planificación, educación) - valores, representaciones (véase el SIDA) Crecimiento económico Seguridad Calidad de rectoría

Por ejemplo, las políticas (los contenidos y compromiso para ejecutarlas) definen cómo el trabajo se reglamentará (habrá lugar para auto reglamentación, cómo se realizará la garantía de la calidad, quién decide el alcance y normas de la práctica, los contenidos y las normas de capacitación, etc.), y se administrará (en forma central, de arriba hacia abajo, burocrática o estratégicamente, por gerentes profesionales, de una manera participativa). Las políticas también determinan cuánto se gastará en la fuerza laboral y cuánto en otros insumos; a menudo los encargados de tomar las decisiones están más interesados en la inversión en equipo e infraestructuras –por razones que ustedes conocen– que en asegurar el flujo continuo de medicamentos, o en los esquemas de apoyo de incentivos para el personal. Las políticas que se originan fuera del sector de la salud (finanzas, planificación, educación, administración pública) tienen una mayor repercusión sobre el ambiente y las condiciones de trabajo, como en el caso en que las Carreras Administrativas estructuradas de Administración Pública se aplican al sector de la salud sin tener en cuenta las necesidades y expectativas específicas de profesionales de la salud.

¿QUÉ MENSAJES PODEMOS LLEVAR A CASA DE ESTO?⁴

Un mapeo mejor conceptualizado de las conexiones entre los problemas del personal de salud y sus factores determinantes puede ser un fuerte apoyo para la acción.

- 1- Un mensaje evidente es que tenemos que aumentar nuestro conocimiento y niveles de información. Esto puede parecer académico, pero las intervenciones no informadas tienen mayores probabilidades de ser arbitrarias, y basados en criterios como la ventaja política, el interés personal y la presión de grupos profesionales (estos siempre estarán allí, pero buena información puede limitar su repercusión potencialmente negativa). Tomemos los desajustes geográficos: los profesionales de la salud, como todos los productores, son sensibles a los incentivos económicos, cuando eligen una carrera, una especialidad, dónde practican, cuánto esfuerzo invertirán en su trabajo, etc. Sabemos que los incentivos económicos no son suficientes para influir en las decisiones principales, como la elección de la ubicación de la práctica, y lo que funciona con un grupo específico (doctores) no necesariamente funciona con otro (farmacéuticos, enfermeras), que lo que funciona en un país podría no funcionar en otro, que lo que funciona en un punto dado, podría no funcionar en otro. No sabemos bien qué incentivo o combinación de incentivos funcionará en un momento y lugar específico. ¿Cómo es

4. Aquí extraigo particularlyon el messagesfound en el Informe de JLI (2004) y el WHR 2006.

esto útil a las instancias normativas? Les dice unos pocos "qué hacer" y "qué no hacer": (1) se necesitan incentivos para convencer al personal de salud a que vayan a las regiones faltas de personal; (2) los incentivos económicos son importantes, pero tienen que complementarse con otros (profesional, como el acceso a la educación continua, a las herramientas de aprendizaje, a los contactos con colegas, a las oportunidades de crecimiento de sus carreras; y personal, como el apoyo de vivienda, la escolaridad para los niños y la asistencia conyugal); (3) se necesitan estudios para comprender las necesidades y expectativas de las diversas categorías del personal de salud, con el propósito de diseñar paquetes adaptados; (4) los incentivos tienden a tener una repercusión de duración limitada y los paquetes tienen que ser evaluados y examinados esporádicamente; (5) incluir a los interesados directos principales es un requisito previo para aumentar la aceptabilidad de las políticas.

- 2- Un segundo mensaje es la importancia de intervenir en el nivel de los factores determinantes. Por ejemplo, para aumentar la productividad es importante, antes de intervenir, comprender por qué la productividad es baja. Los factores tienden a ser múltiples: individual (capacitación insuficiente, falta de motivación, edad, preferencias personales), organizacional (falta de equipo o de medicamentos o bienes fungibles, condiciones de trabajo, riesgos ocupacionales, niveles de remuneración, manejo deficiente, toma de decisiones autoritaria), el sector de la salud (centralización de decisiones y procesos, políticas de recursos humanos para la salud, prácticas de transferencia, reglamentación de práctica profesional, relaciones laborales) y factores de ambiente más amplio (políticas de administración pública, políticas de remuneración, modelos –individual vs. basado en equipo)⁵. Consecuentemente, las intervenciones para mejorar la productividad serán, muy probablemente, una mezcla de acciones a diferentes niveles. Esto no es fácil de diseñar y requiere una estrategia, más que una serie de acciones por partes reactivas, como la capacitación adicional, o la introducción de algún incentivo financiero. Mientras diseñan tales estrategias, los encargados de las políticas y los gerentes considerarán lo que es factible, no lo que podría hacerse en un mundo perfecto.
- 3- Tercero, es poco probable que las acciones aisladas tengan mayor repercusión o sean duraderas. Dadas las interconexiones entre los diversos factores en juego, la eficacia de

5. Un tema para la investigación es el peso relativo de cada factor determinante factorand, qué figura 2 presents como si todos ellos tuvieran la misma importancia.

actuar en una categoría, mientras se ignoran las otras, es muy limitada, consecuentemente, la necesidad de enfoques integrales. Para mejorar la calidad, las políticas deben abordar la educación y capacitación del personal, los insumos disponibles, el sistema de incentivos, las prácticas de manejo, etc. Trabajar en una sola dimensión, digamos la capacitación, puede desperdiciarse sin abordar las otras variables de calidad de desempeño del personal de salud.

- 4- Un cuarto mensaje es que las intervenciones deben ser una mezcla de corto, mediano y largo plazo. Algunos problemas son más complejos y difíciles de cambiar que otros, y requerirán intervenciones a plazos más largos: Por ejemplo, intervenciones en la educación de los trabajadores de salud saben tener repercusiones positivas sobre la accesibilidad (enfaticando las necesidades de áreas no atendidas), en la productividad (aprendiendo a trabajar en equipo, aprendiendo a usar equipos o procedimientos nuevos), y en la calidad (familiaridad con evaluación, dimensiones psicosociales de problemas de salud, capacitación gerencial), puede incluir acciones de corto plazo (cursos cortos) y acciones a plazos más largos (introducción de educación continua, de recertificación/renovación de licencias, revisión de programas de estudios y métodos pedagógicos). Una mezcla de estas acciones es más compleja para diseñar, pero mucho más probable de ser efectiva. Un tema principal aquí es cómo asegurar la continuidad más allá de los cambios del liderazgo administrativo y político. ¿Cómo pueden las intervenciones sólidas, que requieren muchos años para desplegarse y producir sus efectos, mantenerse a pesar de tales cambios? Sugiero que cuanto mayor sea el apoyo que la intervención tiene de los principales interesados, mayor la probabilidad de continuidad. Esto me conduce a mi quinto mensaje:
- 5- Un mensaje final es que se necesitan alianzas para que las intervenciones del personal de salud sean eficaces. Si miramos a las diversas dimensiones del desempeño y sus factores determinantes, vemos que muchos caen fuera del control del sector de la salud: la educación de los proveedores más capacitados está generalmente bajo el control de las universidades o de las escuelas autónomas. Las condiciones de remuneración y empleo, estructura de las carreras, sistemas de incentivos, están a menudo bajo el control de los ministerios de finanzas o administración pública. Los fondos para el incremento de producción del personal pueden venir de organismos externos. Dentro del propio sector de la salud, el Ministerio de Salud tiene poderes limitados: tiene que tratar con uniones profesionales, asociaciones, consejos, los cuales

pueden tener diferentes criterios sobre cuáles son los problemas y qué intervenciones son aceptables. Los trabajadores de salud no son un “insumo” pasivo, como implica la expresión de recursos humanos para la salud; son actores que pueden oponerse al cambio o facilitararlo. Para pasar por alto esto, o para considerarlos como la oposición, según se observa en muchos países, es una garantía de fracaso para la mayor parte de intervenciones.

CONCLUSIONES

Los problemas del personal de salud están ahora en la agenda política. ¿Qué puede esperarse de Ministerios de Salud y de los organismos técnicos como la OPS⁶?

A los Ministerios de Salud, dejaría las siguientes sugerencias:

- Primero, dada la complejidad de los problemas, sus múltiples causas, las interconexiones entre diversos procesos, la diversidad de los actores interesados, generalmente con intereses competitivos, los asuntos del personal de salud no pueden abordarse de una manera mecánica, mediante los procesos formales, por gerentes desprevenidos. Estos problemas requieren una comprensión clara de sus dimensiones técnicas, económicas y políticas, promoción de la acción y aptitudes de comunicación, visión y perseverancia. Los Ministerios deben estar preparados para invertir (reclutar y retener) un banco de profesionales sumamente capacitados y visionarios (algunos llamarían líderes). Para ser eficaz, deberán ser apoyados por un ambiente organizacional e institucional que posibilite el cambio. El compromiso político al nivel más alto, en el sector de la salud, pero también más allá del sector, es un requisito previo a la acción eficaz.
- Los Ministerios tienen que traer los profesionales a la mesa de política y reconocer que desempeñan un papel en el diseño de la política y su implementación. En varias ocasiones, los trabajadores de salud se contemplan como la oposición, que quizá sea verdad hasta cierto punto. Pero si no están envueltos en el proceso de mejorar el desempeño de los servicios de salud, usted puede asegurarse que siempre serán la oposición y al final del día esto no atiende a las poblaciones que necesitan los servicios.
- Los Ministerios deben buscar alianzas dentro de otros actores fundamentales dentro (educación, finanzas, administración pública, planificación, cooperación internacional) y fuera del gobierno (sociedad civil, sector privado, organismos internacionales). En la Salud,

6. Ya que le he dejado al Banco Mundial hace unas pocas semanas para volver al mundo académico, puedo permitirme ser más prescriptivo.

tenemos una tendencia a creer que ya que trabajamos para el bienestar de las personas, y somos expertos, no necesitamos justificar lo que hacemos, lo que gastamos, lo que solicitamos. Nos olvidamos que todos los ministerios creen lo mismo. Los Ministerios de Salud necesitan documentar y explicar lo que hacen, para indicar que están usando sus recursos eficientemente. Tienen que establecer los nexos con otros actores, que tienen poca probabilidad de venir a ellos espontáneamente.

Ya que estoy en la OPS, un organismo que conozco desde hace 20 años y por el cual tengo mucho respeto, permítanme usar la ocasión para hacer unas pocas sugerencias con respecto a lo que el organismo podría hacer para apoyar a los países, con sus mismos recursos limitados. En términos generales, debería concentrarse en el mejoramiento de la capacidad del país de ser autónomo en la formulación y ejecución de políticas, y en el hacer lo que va más allá de la capacidad de países, como:

- Ayudar a construir la base de datos necesaria para sostener la estrategia. La OPS puede ser activa en el apoyo de la capacitación de los individuos que recopilarán, analizarán y difundirán los datos (la OPS probablemente no debiera capacitar estos grupos directamente, pero la organización podría promover y apoyar estos esfuerzos).
- Para recolectar, analizar y difundir la información de buenos ejemplos/prácticas, de la Región (programa de salud familiar de Brasil, el programa UNI financiado por la Fundación Kelloggs para hacer más pertinente la educación de los profesionales de la salud, los esfuerzos recientes de Canadá para abordar el reclutamiento y retención de las enfermeras, y los temas de desajustes geográficos) y de otro sitio (Tailandia en formulación y ajuste de políticas, Irán en cobertura, el uso de los trabajadores de la comunidad en Bangla Desh) de las estrategias usadas para dirigirse a los problemas del personal de salud. No existe tal cosa como “buenas prácticas”. Los problemas son específicos de tiempo y contexto y maquetas o soluciones importadas no sirven. Las estrategias para mejorar el desempeño del personal de salud tienen que ser de fabricación casera, pero tener acceso a la información de lo que se ha intentado, qué funcionó, que no funcionó, puede proporcionar buena orientación.
- Para movilizar el compromiso de los líderes políticos y otros interesados directos, incluyendo los propios trabajadores de salud. La OPS, por su naturaleza y estado de organismo técnico, puede ofrecer asesoramiento imparcial y ayudar a asegurar que las intervenciones del personal de salud tengan continuidad más allá de los cambios a nivel de la toma de decisiones de políticas. Las tres tareas anteriores pueden realizarse, en gran

parte, a través de la red de observatorios de recursos humanos para la salud que la OPS ha lanzado y apoyado. Se necesitan esfuerzos para ayudar a más países a desarrollar su propio observatorio, el cual requerirá una inversión mayor de la OPS y sus aliados (véase el próximo punto).

- Para movilizar a otros actores fundamentales, como los bancos de desarrollo, los donantes bilaterales, las fundaciones activas en la Región, en apoyo de las intervenciones del personal de salud, con miras a crear mejores condiciones para el éxito de los otros programas de salud que apoyan. Esto también implica que la OPS considera a los asuntos del personal de salud como cuestiones transversales, no como un tema específico que debería ser tratado por un departamento trabajando por sí solo.

No quiero numerar docenas de cosas para hacer, que es la receta perfecta para no hacer algo bien. La mayoría de lo que debiera hacerse ya se ha aclarado en el denominado “Llamado a la Acción de Toronto”. El hacer algunas pocas cosas básicas, que indicarán que hay un compromiso verdadero para abordar los problemas del personal de salud de una manera racional, puede hacer mucho. Además, se puede hacer mucho a bajo costo; en diversos estudios sobre la motivación de los trabajadores de la salud, se observa que una de las fuentes principales de insatisfacción en el trabajo –en sí mismo una fuente principal de rendimiento bajo– es la percepción de la falta de un proceso debido en los nombramientos, las transferencias, los ascensos y otras decisiones de gestión. Mucho puede hacerse, a casi ningún costo económico, para cambiar la situación. De manera análoga, el reconocimiento social, no cuesta mucho, pero envía fuertes mensajes positivos a los trabajadores de la salud.

Por otro lado, muchas acciones requerirán inversiones considerables (uso la palabra deliberadamente), y la pregunta de la factibilidad económica y la sostenibilidad tiene que abordarse. Para aumentar el número de trabajadores de salud induce no solo los costos fijos relacionados con su remuneración y beneficios, pero algunos indirectos que su actividad inducirá. El mejorar las condiciones de trabajo en el sector de la salud conducirá a solicitudes del mismo mejoramiento en otros sectores. Los costos, así como los ahorros en las ganancias de eficiencia, deben estimarse. Esta es la primera información que sus colegas en finanzas querrán conocer. Luego el tema es: existe la capacidad fiscal (o espacio fiscal) para apoyar tales intervenciones. Aquí, no se da ninguna respuesta: el espacio fiscal puede ser creado por las ganancias de eficiencia, lo que significa que la gerencia rigurosa puede rastrear los desperdicios y al mismo tiempo promover las prácticas eficaces. Los ejemplos son: (1) haciendo la utilización de los hospitales más apropiada mediante un mayor uso de los servicios

ambulatorios y mejor coordinación con los servicios primarios; (2) mejor utilización del personal de apoyo, comenzando con aumentar el número de enfermeras y agrandando su alcance de la práctica, (3) haciendo uso de las diversas opciones de mecanismos de pago para crear incentivos para mejorar la eficiencia (yendo más allá de sueldos y honorarios por servicios prestados). El espacio fiscal en la salud también puede crearse al reasignar recursos actualmente usados para otras finalidades; esto plantea el tema del valor dado por los encargados de adoptar las decisiones a prestar servicios accesibles y de buena calidad. Esto es la razón por la que los temas de cómo organizar los servicios de salud, cómo financiarlos, no debería dejarse a los técnicos que negocian a puertas cerradas. Luego, nuevo dinero puede recaudarse mediante impuestos o préstamos, pero esto es posible sólo si la población está convencida de que invertir en la salud tiene valor. En una palabra, la factibilidad y la sostenibilidad no están predeterminadas, pueden construirse.

En resumen, los desafíos son significativos, pero sabemos lo que deseamos, sabemos cuáles son los problemas. Lo que necesitamos es una mejor comprensión de los problemas y sus causas, la voluntad y la capacidad de diseñar las estrategias adecuadas y factibles (prioridades, objetivos, planes de acción) para dirigirse a ellas, y el liderazgo que permitirá la movilización de los interesados directos y de los recursos necesarios. Este es su programa; los costos (políticos y financieros) de hacer algo acerca de estos problemas pueden ser elevados, pero los beneficios serán grandes. El costo de no abordar estos problemas es mucho mayor y no trae ningún beneficio. Espero que esto les ayude a avanzar en sus esfuerzos para mejorar el desempeño del personal de salud, en el cual sus poblaciones dependen para satisfacer sus necesidades de salud.