

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS CARRERAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS:



Análisis de situación y perspectivas
de la cooperación técnica

Dr. Jorge Castellanos
Dr. Carlos Rosales
Eco. Claudia Rozas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD (HSS)
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS (HR)

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS CARRERAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS:



Análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica

Este documento elaborado por Jorge Castellanos, Carlos Rosales y Claudia Rozas, se realizó tomando como insumo las reuniones de consulta en el marco de la cooperación técnica en Gestión de Recursos Humanos en Salud, así como una consulta a los países sobre el proceso de construcción de la carrera sanitaria. Se destacan en estos textos los aportes de los Dres. Pedro Brito, Charles Godue, Mónica Padilla y Felix Rígoli

2006



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD (HSS)
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS (HR)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente Organización Panamericana de la Salud

El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la Región de las Américas: análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica.

Washington, D.C.: OPS, © 2006.

100 p.

ISBN 92 75 32690 8

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2006-10380

I. Título

1. PERSONAL DE SALUD - educación
2. EDUCACIÓN EN SALUD
3. CARRERA SANITARIA - tendencias
4. AMÉRICAS

NLM WA 590

© Organización Panamericana de la Salud, 2006

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, Área de Desarrollo de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	11
EL CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL EN EL CUAL SE DESARROLLAN LAS INICIATIVAS DE CARRERA SANITARIA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	
1.1 Antecedentes	13
1.2 Las políticas públicas: un marco de referencia esencial	16
CAPÍTULO 2	19
ASPECTOS GENERALES DE LA CARRERA SANITARIA	
2.1 Definición	21
2.2 Actores y campo de aplicación	23
2.3 Funciones de la carrera sanitaria	26
2.4 Contenidos estructurales de la carrera sanitaria	27
2.4.1 Escalafón salarial	28
2.4.2 Escalafón y mapa de puestos	28
2.4.3 Sistema de clases, cargos y puestos	30
2.4.4 Política salarial, incentivos y beneficios	31
2.5 La etapas de la carrera sanitaria	32
2.5.1 El sistema de ingreso: la selección y el reclutamiento	33
2.5.2 La etapa del retiro	33
2.5.3 La permanencia en la carrera sanitaria	33
2.5.3.1 Modalidades de vinculación y contratación	34
2.5.3.2 Carrera sanitaria e incentivos	35
2.5.3.3 Evaluación de desempeño e incentivos	35
2.5.4 Ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores de la salud	38
2.6 Atributos y requerimientos de la carrera sanitaria	39
2.6.1 Conceptos básicos	39
2.6.2 Desarrollo de los trabajadores	40
2.6.2.1 Formación y capacitación	41
2.6.2.2 Re-certificación profesional	43
2.6.2.3 Financiamiento de la capacitación	44
2.6.3 Derechos y deberes: un enfoque sistémico	44
2.6.3.1 Derechos de la comunidad	44
2.6.3.2 Derechos y responsabilidades de los trabajadores	46
2.6.3.3 Derechos y responsabilidades del servicio u organización	46

CAPÍTULO 3	47
EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA CARRERA SANITARIA	
3.1 Elementos críticos	49
3.1.1 Origen, motivación y objetivos de la iniciativa	49
3.1.2 Elementos prioritarios: lo «no negociable»	50
3.2 La negociación de la carrera sanitaria	52
3.3 Factores críticos para la viabilizar la aplicación de la carrera sanitaria	54
3.3.1 Generación de evidencia y evaluación económica-financiera como herramientas de negociación y elemento de sostenibilidad de las propuestas de carrera sanitaria	54
3.3.2 Articulación social y viabilidad política	57
3.3.3 Generación de capacidades técnicas y estructuras encargadas de la implementación de la carrera sanitaria	58
3.3.4 Legitimación e institucionalización del proceso	58
3.3.5 Financiamiento	59
CAPÍTULO 4	63
EXPERIENCIAS NACIONALES EN EL DESARROLLO DE LA CARRERA SANITARIA	
4.1 Panorama regional	65
CAPÍTULO 5	77
COOPERACIÓN TÉCNICA Y CARRERA SANITARIA	
5.1 Rol de los organismos de cooperación internacional	80
CAPÍTULO 6	85
ANEXOS	
6.1 Glosario	87
6.2 Matriz de análisis de situación y áreas técnicas incluidas en los procesos de carrera sanitaria	97

PRESENTACIÓN

Hemos asistido en los últimos años, a un significativo y ampliamente documentado deterioro de las relaciones laborales y condiciones de trabajo de los trabajadores en salud, con manifestaciones preocupantes para la conflictividad en el sector. Más importante aún, múltiples estudios establecen una relación entre las modalidades de contratación del personal de salud y la calidad de la atención, o, desde una perspectiva más amplia, entre la motivación del trabajador de salud, su desempeño profesional y el desempeño del sistema y de los servicios de salud. No es de sorprenderse, en este contexto, que el tema de la carrera sanitaria resurja con carácter de urgencia en muchos de nuestros países.

La preocupación por las relaciones laborales y condiciones de trabajo de los trabajadores de salud, encuentra en forma más reciente, un entorno favorable para su abordaje sistemático en una agenda política de salud, tanto en los niveles nacional, regional, como global, que reconoce la centralidad de los recursos humanos en salud para alcanzar las metas de salud del milenio y los objetivos de salud de nuestros países. En la región de las Américas, el Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud, formulado en octubre 2005 en la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, identifica como uno de los cinco desafíos críticos el mejoramiento de las relaciones laborales y de los ambientes de trabajo del personal de salud. El Informe Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y el Día Mundial de la Salud fueron dedicados este año 2006 precisamente al tema de los recursos humanos en salud, para subrayar su importancia decisiva.

El presente documento constituye una contribución al interés y al esfuerzo de muchas instituciones y organizaciones pertenecientes tanto al sector salud como al sector trabajo para una aproximación contextualizada, participativa y constructiva al complejo tema de la carrera sanitaria, que refleje los derechos de los trabajadores de la salud sin perder de vista los derechos ciudadanos, y que responda a una lógica de servicios que promueve el acceso y la calidad.

La política salarial, los sistemas de clasificación de puestos, los incentivos, la evaluación del desempeño, la salud de los trabajadores de salud y el desarrollo de perso-

nal, son partes de los aspectos que los países están abordando en este proceso así como de la discusión en esta publicación.

En este sentido, el documento invita a compartir los aspectos técnicos, las funciones, la dinámica del proceso de construcción de la carrera sanitaria, los últimos desarrollos en la región, los factores de éxito para lograr los objetivos planteados, así como las perspectivas para la cooperación técnica, y presenta a la carrera sanitaria como un elemento fundamental en la organización del trabajo: como mecanismo regulador de las relaciones laborales, como herramienta de desarrollo institucional y como instrumento para la desprecariación del trabajo y el empleo.

Cabe señalar que esta publicación ha sido producto del trabajo de los profesionales de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de la OPS, así como de un grupo de expertos convocado para enriquecer una propuesta regional.

Finalmente, esperamos que sea un aporte técnico efectivo e importante para todos los que desempeñan funciones de responsabilidad en las políticas de recursos humanos en salud y en la gestión del trabajo en salud en la región de las Américas, y que contribuya a lograr una fuerza laboral eficaz, capacitada, compensada y distribuida adecuadamente.

Charles Godue
Jefe, Unidad de Recursos Humanos Para la Salud
Organización Panamericana de la Salud

INTRODUCCIÓN

Con propiedad se señala que los trabajadores del sector salud constituyen el recurso nuclear de la atención de salud¹; de sus decisiones depende la movilización de los recursos tecnológicos, financieros y de infraestructura de los servicios de salud y sus actuaciones son las que generan los procesos de articulación de estos diversos elementos para conformar los sistemas de atención de la salud.

A diferencia de otras actividades económicas, el trabajo en salud tiene especificidades en sus condiciones, forma de organización y especialidad del trabajo, donde la prestación de servicios es una actividad de «mano de obra intensiva», y por lo tanto, la adecuada dotación y el desempeño del personal está estrechamente ligado a la orientación y alcance de los sistemas de prestación de servicios de salud.

Por lo tanto, el manejo del personal en los servicios de salud no se puede restringir a procesos meramente administrativos, sino que requiere una clara visión de la función y alcances estratégicos que estos tienen sobre el sistema de salud.

Hablar entonces de organización del trabajo en el sector salud, bajo la lógica general de la organización de trabajo del sector público, no es suficiente. Estas circunstancias han dado origen a iniciativas de creación o fortalecimiento de la carrera sanitaria en los países de la región de las Américas, como el marco regulador que organiza el trabajo y define las relaciones laborales de los trabajadores de la salud que conforman el componente público, y como una herramienta de desarrollo organizacional y de desprecuarización del trabajo.

En este sentido, el presente documento tiene como objetivo en primer lugar, analizar las características, los aspectos técnicos, las funciones, la dinámica del proceso de construcción de la carrera sanitaria, los factores críticos para alcanzar los objetivos propuestos y los alcances de la misma como una posible línea de acción para resol-

¹ Global Equity Initiative, Harvard University; Joint Learning initiative, Human Resources for Health: Overcoming the crisis; p 22, 2004.

ver algunos de los problemas que enfrenta la fuerza laboral de salud; y en segundo lugar, presentar los últimos desarrollos en la región de las Américas.

Los resultados de este estudio serán utilizados como guía técnica y base para la discusión sobre el proceso de construcción de la carrera sanitaria en más países de la región, así como para consolidar enfoques de cooperación técnica en esta área.

Los cambios en los modelos de desarrollo que se dieron en la región de las Américas, en la década de los años ochenta, y las reformas de los sistemas de salud iniciadas en los años noventa, tuvieron manifestaciones profundas en las estructuras productivas de los países y en la función del Estado en el ámbito de la salud y otros servicios públicos, y en consecuencia en la fuerza laboral.

Durante estos años la reducción del tamaño del Estado y la aplicación de las maneras modernas y «costo efectivas» de administrar las organizaciones públicas afectaron las condiciones del empleo, y transformaron las formas de relación laboral y las condiciones de trabajo con repercusiones negativas para los trabajadores de la salud.

Las nuevas formas de vinculación laboral que preconizan el trabajo «a destajo», los contratos a términos definidos sin protección social, la tercerización, las diversas modalidades de «outsourcing», los esquema de intermediación en la contratación, así como otras formas de remuneración del trabajo en salud, originaron el deterioro de las condiciones salariales y laborales, y en general, afectaron de manera importante el desempeño y la productividad de los trabajadores, lo que se expresa finalmente, en esquemas de trabajo que no responden a los requerimientos de accesibilidad, continuidad y calidad que los servicios de salud deben garantizar a la población.

Como parte del reconocimiento de esta situación, expresada en diversos Foros Internacionales² y Resoluciones de los Cuerpos Directivos^{3,4,5}, la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS ha iniciado una serie de actividades para fortalecer la cooperación técnica y el apoyo a los países de la región en el análisis de estos problemas y para la búsqueda e implementación de soluciones acordes con las diferentes modalidades de organización y orientaciones de los sistemas nacionales

² Grupo de consulta Salud de los Trabajadores de la Salud, Buenos Aires noviembre 2003.

³ 43er Consejo Directivo, 53a Sesión del Comité Regional. Washington DC., EUA Julio 2001. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud. Resolución CE 128.R3.

⁴ 43er Consejo Directivo. Washington DC. Septiembre 2001. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud. Resolución CD43/R6.

⁵ 124ava Sesión del Comité Ejecutivo. Washington DC. Junio 1999. Salud de los Trabajadores en la Región de las Américas. Resolución CE 124.R9.

de salud⁶. Estas actividades se enmarcan en el contexto del Llamado a la Acción de Toronto para el desarrollo de los Recursos Humanos de la Salud, celebrado en octubre del 2005⁷, que fue reafirmado en la celebración del Día Mundial de la Salud y la Semana Panamericana de la Salud en abril del presente año.

En este contexto de políticas públicas de salud de alcance regional, se inscribe la Reunión de un Grupo de Expertos en Carrera Sanitaria realizada en Managua, Nicaragua, del 29 al 31 de mayo del presente año⁸, cuyas deliberaciones y conclusiones sustentan y hacen parte del presente documento, el cual tiene el propósito de apoyar las acciones de los países en sus esfuerzos para recuperar condiciones adecuadas de trabajo en salud.

En este sentido el documento hace, en primer lugar, una referencia al contexto político, social y económico en el cual se han generado influencias que explican el deterioro del salario y la "precarización" de las condiciones laborales que, en mayor o menor grado, se han generalizado en los servicios de salud de los países de la región.

En segundo lugar, el documento presenta un análisis de las características, componentes y funciones de la carrera sanitaria, que ofrece posibles líneas de solución a los problemas que en este campo aquejan a los sistemas de salud; en tercer lugar se evalúa el proceso de construcción de la carrera sanitaria y las condiciones necesarias para el logro de los objetivos propuestos.

A continuación, el documento revisa experiencias a nivel regional en las Américas y situaciones de avance en la implementación de la carrera sanitaria; luego examina el rol de la cooperación técnica internacional en este campo, con particular referencia a las actividades de la Organización Panamericana de la Salud.

Finalmente, el documento identifica las posibles líneas de acción que se plantean para apoyar los proyectos nacionales correspondientes, e intentan conformar una contribución a esos esfuerzos.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la salud; Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud, 2005-2015 (impreso).

⁷ Llamado a la Acción, Toronto, VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; Toronto, Canadá, 4-7 Octubre 2005.

⁸ Se agradece a los participantes de la Reunión de Expertos de Carrera Sanitaria: María Isabel Duré, Edgar Fonseca, Gregorio Montero, César Cabral, María Angela Cherchiglia, María Eliana Gutiérrez, Silvia Marchioni, Tatiana Neira, Carlos Cruz, Alejandro Solís, Tabaré González, Rosa María Borrel, Carlos Rosales, Jorge Castellanos, y Claudia Rozas, por su participación y sus aportes.



CAPÍTULO 1

EL CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL EN EL CUAL SE DESARROLLAN LAS INICIATIVAS DE CARRERA SANITARIA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

■ 1.1 ANTECEDENTES

La década de los años noventa será registrada en la historia como una etapa crítica, ligada a los procesos de reestructuración productiva, como reacción al agotamiento de los modelos económicos que prevalecieron en el mundo durante un largo período. En esta etapa hicieron su aparición las concepciones neoliberales, el fortalecimiento de los mercados y el movimiento de globalización de las economías, todos los cuales han tenido profundas repercusiones en las estructuras productivas de los países y en el rol de los organismos del Estado en la producción de los servicios sociales.

En los países de las Américas, en el sector salud en particular, estos cambios políticos y económicos y sus manifestaciones en fenómenos de flexibilización laboral han dado lugar a una reducción de los empleos fijos y en su reemplazo han estimulado una proliferación de empleos temporales, con esquemas de contratación por periodos restringidos, bajo diversas formas de intermediación en las relaciones laborales. Todas estas expresiones organizacionales, nuevas en el sector salud, desconocen los requerimientos de estos servicios y terminan lesionando los derechos de los trabajadores, además de generar condiciones de funcionamiento institucional que inciden negativamente en la accesibilidad y en la calidad de la atención de salud que se entrega a la población.

La aparición de estos fenómenos expresa la forma cómo el Estado concibe y enfrenta el cumplimiento de sus funciones en los sectores sociales, en este caso particular, en la formulación y aplicación de las políticas públicas para la organización y desarrollo de los servicios de salud.

En general, en los países de la región de las Américas, tradicionalmente, los Ministerios de Salud en representación del Estado, y sus entidades dependientes o adscritas, asumieron un rol activo y preminente, tanto en la adopción de las políticas públicas del sistema de salud como en su ejecución.

Estas instituciones, además de ser prestadores principales y por consiguiente mayores empleadores directos de profesionales, técnicos y auxiliares para la atención de salud, tuvieron la responsabilidad de regular el funcionamiento de los demás organismos del sector y de ejercer supervisión de su desempeño.

La atención de salud de los grupos de población desprotegidos y con menos recursos, fue responsabilidad directa de programas denominados de primer nivel de atención con el apoyo de los hospitales públicos. Los varios grupos de personal vinculados a estos establecimientos fueron reconocidos como trabajadores públicos y tuvieron derecho a los beneficios propios de esta condición, uno de los cuales fue el ser afiliado a la carrera del servicio civil, según las respectivas legislaciones y situaciones nacionales.

Los cambios en la concepción política y en los modelos de desarrollo social y económico surgidos de la crisis de los años setenta, que trajeron profundas modificaciones en el rol del Estado y de sus organismos dependientes, dieron origen a acciones específicas para «reducir el tamaño de los organismos del Estado» e impulsar su “modernización” en la búsqueda de un funcionamiento eficiente y de racionalidad en el gasto público.

Estos movimientos trajeron consigo corrientes de reestructuración de los organismos estatales y de privatización de las entidades públicas, incluidos los servicios de educación y de salud. Estos, a su vez, generaron la necesidad de reformas laborales que permitieran y apoyaran el desarrollo de los nuevos modelos económicos, mediante la desregulación y la flexibilización de las normas del trabajo, para adaptar las situaciones laborales a un contexto de mercado, caracterizado por la competitividad y las tendencias hacia la globalización de las economías.

En ese marco general, originado e influido por tendencias externas a los países y al sector salud, se gestó la corriente específica de reformas de los sistemas de servicios de salud, que con expresiones organizacionales variadas y con manifestaciones finales diversas, según los países, introdujeron profundos cambios en las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud.

El cambio de rol del Estado y de sus organismos dependientes, que dejaron su función protagónica principal en la organización y en la prestación de los servicios de salud, primera manifestación de las reformas de salud, vino aparejado con la aparición de nuevas entidades, en su mayoría de naturaleza privada, que comenzaron a cumplir esa función, utilizando en general, formas de vinculación del personal que modificaron sus condiciones laborales previas.

En los modelos de organización de los servicios, anteriores a los procesos de reforma, la estabilidad laboral fue una característica fundamental, garantizada por dispo-

siciones específicas en los establecimientos públicos y por los códigos del trabajo en el sector privado.

Como resultado de las reformas del sector salud, y por supuesto de los factores que las originaron, se ha generalizado una marcada tendencia de desregulación y flexibilización laboral, que se expresa además en una búsqueda persistente de la disminución del costo de la fuerza laboral y en la introducción de modificaciones sustantivas en las formas de contratación del personal. Todo esto conduce finalmente a inestabilidad laboral, baja motivación, pauperización del salario, multi-empleo como mecanismo de compensación de ingresos y a la consecuente reducción o pérdida de otros beneficios logrados en el pasado por los trabajadores.

Aunque hay muy pocos estudios que presenten evidencia del impacto de estos cambios en la salud de la población, existe evidencia de que las reformas afectaron el desempeño de los trabajadores de la salud (Brito⁹). Del mismo modo, la observación del día a día en el accionar de los servicios de salud indica que esta precarización de las condiciones laborales en las instituciones de salud tiene importantes efectos directos en la accesibilidad, la continuidad y la calidad de la atención a los usuarios de los servicios.

Esta situación ha dado origen en varios países a iniciativas de creación, o en otros casos de renovación y fortalecimiento de movimientos institucionales que conduzcan a la formalización de la denominada carrera sanitaria que busca rescatar espacios y restituir estatus y reconocimientos que permitan a los trabajadores del sector salud cumplir éticamente sus responsabilidades profesionales, en circunstancias dignas y con la protección social que corresponde a su condición de servidores públicos.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS, consistente con esta tendencia, ha fortalecido las actividades respectivas de cooperación técnica y, en conjunto con los países comprometidos, ha realizado un diagnóstico inicial de los avances en este campo¹⁰. En respuesta a estas iniciativas y como parte del apoyo que corresponde a la función solidaria de la cooperación técnica, en este documento se llama la atención sobre aspectos críticos que, de acuerdo con las experiencias revisadas, requieren consideración especial en el proceso de conceptualizar y concretar el establecimiento de un sistema de protección y seguridad en el empleo, para los trabajadores del sector salud.

⁹ Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8(1/2), 2000.

¹⁰ OPS/OMS, Área de Fortalecimiento de los sistemas de Salud; Unidad de Recursos Humanos; *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud*, 2005-2015.

■ 1.2 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UN MARCO DE REFERENCIA ESENCIAL

La conceptualización y el desarrollo de la carrera sanitaria, en cualquiera que sea la situación laboral en la cual se plantee esta iniciativa, requiere una cuidadosa consideración, primero de las políticas generales que definen y orientan el modelo de desarrollo social y económico; segundo de las políticas públicas en materia de trabajo y salarios, en especial en los organismos de gobierno, incluyendo las normas que regulan los contratos de servicios y las formas de contratación en el sector oficial; y en tercer lugar las políticas de salud y servicios.

Política social y económica

Un primer conjunto de definiciones de políticas públicas que tendrá incidencia, y requiere por tanto consideración específica en la gestación y la implementación de la carrera sanitaria, está conformado por las políticas sociales, en particular la política general de salud, que establece las prioridades sectoriales, determina las características generales del sistema de servicios de salud y define las bases de los modelos de prestación de servicios a través de los cuales se realizan las actividades de atención individual y colectiva. En este conjunto normativo, en las circunstancias actuales de los países, tienen especial interés las definiciones que modifican el rol de los organismos del Estado y entre ellas, las que establecen la orientación de los procesos de reforma de los servicios de salud.

Un segundo conjunto de políticas responde al modelo económico del país, que evidentemente determina las políticas de salud en el marco de la inversión social. La política económica, además de limitar la inversión social por la imposición de «techos fiscales», define los ejes de inversión a través de la priorización en sus presupuestos, y en muchos casos se ha favorecido el crecimiento de la inversión física y de la productividad total de los factores, en detrimento de la formación de capital humano y la inversión social, especialmente en los campos de la salud y la educación. El reconocimiento de las políticas de orden económico guiará en gran medida el proceso de negociación, legitimación, e implementación de cualquier política en el campo de la salud.

Políticas de regulación y remuneración del trabajo en el sector público

Las normas que regulan la organización del trabajo y su remuneración conforman un segundo conjunto de políticas públicas de obligada referencia en la concepción de la carrera sanitaria. Estas normas configuran, en los diversos ámbitos nacionales, el contexto político, económico-financiero, social e institucional, en el cual se concibe y se desarrolla la carrera administrativa de los servidores del Estado y la función pública que ellos representan.

Estos son elementos obligados de referencia en las iniciativas para el establecimiento de una carrera sanitaria. Su ubicación efectiva en el contexto nacional y en gran medida su viabilidad, estarán condicionadas por el grado de vinculación que se establezca con la política laboral pública y privada.

Desde esta perspectiva, es esencial el reconocimiento de la función que el Estado debe cumplir, como garante de reglas y juegos democráticos, en la formulación y la aplicación de las políticas y normas que regulan las relaciones de trabajo, en particular en la administración pública, cuya estructura orgánica en general, «está constituida por el conjunto de entidades y organismos que en sus diversos órdenes integran la rama ejecutiva del poder público y tienen a su cargo el ejercicio de actividades y funciones para la administración o la prestación de servicios públicos»¹¹.

En este marco de políticas públicas, de obligada referencia, tienen especial importancia las normas del servicio civil y las características de la carrera administrativa en el sector público, que en concordancia con sus propias definiciones se han establecido en los diferentes contextos nacionales.

En ese marco institucional son especialmente relevantes las normas que regulan los procesos de vinculación y desempeño de los servidores públicos .

Políticas de salud y de desarrollo de servicios

La conceptualización y la aplicación de la carrera sanitaria deben responder a la política de salud y desarrollo de servicios del país y tomar en consideración las características del sistema de salud y el modelo de prestación de servicios. En consecuencia, en el contexto de los procesos de reforma sectorial de salud, éstos deberán ser referentes igualmente obligados para el diseño e implementación de los componentes de la carrera sanitaria, cuyas definiciones deben recoger y tomar apropiadamente en cuenta, las orientaciones básicas de las políticas de salud correspondientes. En este sentido, tienen especial importancia los objetivos y programas para lograr acceso y cobertura universal de atención de salud, así como los modelos que priorizan la estrategias de atención primaria en salud.

En relación con características del sistema de servicios tienen influencia y requieren particular atención, los alcances de la mezcla público-privado de sus instituciones y la disponibilidad de recursos financieros y los mecanismos de canalización y utilización de los mismos.

¹¹ Solano Sierra J. E.; Nuevo Régimen de Carrera Administrativa, Ley 909 de 2004 (22); Ediciones Doctrina y Ley Ltda., Bogotá D.C., 2005.

En el marco de las reformas de los servicios de salud, al hablar de reducción del tamaño del Estado, la primera institución considerada ha sido el hospital público. La reducción del tamaño del Estado en este escenario institucional ha significado despedido de personal, modificación de condiciones contractuales, cambios de horarios y cargas de trabajo, modificación de los niveles de remuneración de las jornadas nocturnas y de días festivos, siendo los más afectados los profesionales, técnicos y auxiliares, cuyas condiciones laborales se ven seriamente comprometidas.

En ese panorama de deterioro laboral, un aspecto especialmente negativo es la transformación progresiva del empleo hacia vinculaciones y relaciones de trabajo altamente inestables. En los sistemas de servicios de salud anteriores a la ola de las reformas, la vinculación laboral usual, prácticamente universal e incuestionada, fue el nombramiento en un cargo establecido en una «planta de personal» definida. Ésta, se ha transformado en una modalidad de vinculación casi exótica, o al menos, cada vez menos frecuente.

En el contexto institucional que hoy predomina en los servicios de salud, las formas de vinculación más utilizadas son el trabajo mediante contrato a término fijo, los esquemas de «outsourcing», o simplemente el pago a destajo por servicios prestados y también la contratación a través de cooperativas y otras modalidades de intermediación, que generan para el trabajador una situación de inestabilidad laboral y lo privan de los beneficios propios de la seguridad social.

Estas anotaciones, con manifestaciones variables según los países, requieren consideración específica en las acciones de establecimiento de la carrera sanitaria, para que los derechos de los ciudadanos puedan ser efectivamente reconocidos en estos procesos.



CAPÍTULO 2

ASPECTOS GENERALES DE LA CARRERA SANITARIA

■ 2.1 DEFINICIÓN

La carrera sanitaria constituye el conjunto de normas y disposiciones que regulan el empleo público en salud, define la relación laboral de los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud y toma en consideración el indispensable reconocimiento de los derechos de la población en los procesos y actividades de atención de la salud.

Así, la carrera sanitaria que genera y formaliza compromisos de mediano y largo plazo entre el Estado y los trabajadores, expresa los acuerdos de un contrato social, que hace explícitos los derechos de las instituciones de salud, de sus trabajadores y de los usuarios de los servicios. Estos acuerdos constituyen mecanismos esenciales para construir relaciones equitativas y estables entre el trabajador, los usuarios y la organización de los servicios de salud.

Los orígenes de la carrera sanitaria se encuentran en el reconocimiento de las características de singularidad y especificidad de las funciones que deben cumplir las instituciones del sector salud y por consiguiente las condiciones que deben satisfacer los trabajadores a ellas vinculados, en una relación laboral.

Desde esa perspectiva, la carrera sanitaria es una expresión equivalente a la carrera administrativa, que ha existido o existió en el componente público de los servicios de salud, pero que se perdió, o al menos se ha diluido o ensombrecido, por los cambios en los servicios de salud generados por los procesos de reforma sectorial, colocando a los trabajadores de estos servicios en condiciones laborales precarias, que lesionan sus legítimos derechos.

El marco general de la carrera sanitaria está determinado por la organización del servicio civil y los acuerdos que sustentan el estatuto del trabajador público en los diferentes contextos nacionales. Otros referentes importantes, como se ha señalado anteriormente, son la política general de salarios e incentivos para el sector público, y «cambios en los roles y en las relaciones entre los actores sociales que están

involucrados en la problemática de recursos humanos en salud»¹². En igual sentido se han destacado la política de salud, las características del sistema de servicios de salud, en particular su composición público-privado y el balance de estos componentes, así como los modelos de prestación de servicios de salud, que el respectivo país ha definido.

Con estas características, la carrera sanitaria no debe ser entendida como un fin en si misma, sino como una herramienta de política y de gestión, que permite establecer reglas de juego claras y horizontes despejados para las expectativas y las relaciones laborales y por ende para un clima organizacional en el cual se evidencia una baja ocurrencia o la ausencia de conflictos laborales.

La carrera sanitaria representa entonces el resultado de un esfuerzo sistematizado para conformar un conjunto de disposiciones e instrumentos cuyo propósito, en un contexto institucional definido, es ordenar la labor y el trabajo de los recursos humanos en salud y armonizarlos con los derechos de la población hacia una atención de salud oportuna, digna y de calidad.

Mediante el diseño y la aplicación de la carrera sanitaria se busca generar respuestas apropiadas a las necesidades de atención de salud de la población y articularlas por una parte, con los requerimientos técnicos y de organización de los servicios y por la otra, con los derechos de los trabajadores de la salud a una remuneración acorde con su nivel de formación y sus competencias profesionales y laborales.

Los conjuntos regulatorios que conforman la base de la carrera sanitaria están constituidos por una gran diversidad de normas, leyes, decretos reglamentos, etc., con gran variedad de contenidos que, según los países, pueden oscilar desde grandes principios hasta pequeños detalles de procedimiento. En general, desde distintos abordajes, estos conjuntos normativos definen objetivos y señalan aspectos relevantes para la comunidad, para la institución y para el personal.

Estos últimos en particular, destacan la transparencia e igualdad de oportunidades para el acceso equitativo a los puestos de trabajo, la normatización y extensión de los beneficios laborales, las oportunidades de capacitación y desarrollo profesional, las condiciones favorables para la concertación de horarios, el desarrollo de valores humanos en el trabajo y la creación de ambientes laborales saludables.

Con las características anotadas, el establecimiento de la carrera sanitaria debe responder a la búsqueda de espacios institucionales de participación y concertación además de representar una apertura de oportunidades de negociación colectiva, a

¹² Reunión de Expertos Nacionales, Managua, Nicaragua, Mayo 29-31 de 2006.

partir de una política de profesionalización de trabajadores de la salud en cuya definición y aplicación es esencial la presencia de los organismos de representación gremial. Desde esta perspectiva sin embargo, como un hecho práctico, es importante tener en cuenta que las convenciones colectivas de trabajo no se deben negociar o discutir por fuera de la carrera sanitaria. Estas deben ser parte de los mismos procesos de negociación.

A manera de síntesis:

- La carrera sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar, la labor o el trabajo de los recursos humanos en salud.
- En ella se expresan intereses de diferentes actores y debe ser abordada desde la perspectiva de:
 - Los derechos del trabajador.
 - Las necesidades del usuario de los servicios de salud.
 - Los requerimientos institucionales.

■ 2.2 ACTORES Y CAMPO DE APLICACIÓN

Actores principales

En las definiciones e implementación de la carrera sanitaria, los actores principales son fundamentalmente tres: las instituciones de atención de la salud del Estado, los trabajadores vinculados a esas instituciones y la población representada por los usuarios de los servicios de salud.

Las instituciones de naturaleza estatal más reconocidas en la prestación de servicios de salud son los hospitales públicos, tanto generales como de especialidades, que representan también las mayores concentraciones de trabajadores del sector salud, tanto profesionales como técnicos y auxiliares. El funcionamiento de estas instituciones, y por consiguiente su respuesta a las necesidades de atención de salud de la

población, dependen del desempeño de este personal, de quien se espera eficiencia y calidad en los procesos y procedimientos de atención, en respuesta a los derechos de los miembros de las comunidades respectivas.

Si bien los Ministerios de Trabajo y Finanzas son actores de los que no necesariamente parte la iniciativa de la carrera sanitaria, deben ser incorporados en la discusión pues influyen en el proceso de negociación, en la implementación y la viabilidad de la carrera sanitaria.

Un interrogante que con frecuencia se plantean los países es la incorporación o no, a la carrera sanitaria de los trabajadores que laboran en los establecimientos que dispensan servicios básicos. Este es el caso de los profesionales, técnicos y auxiliares que actúan en las instancias pre-hospitalarias de prestación de servicios, conformadas por centros de salud, consultorios periféricos, etc., en donde se realizan actividades que, de manera genérica, se engloban bajo la denominación de Atención Primaria de la Salud o también Primer Nivel de Atención.

En la práctica, no deberían existir tales cuestionamientos. Estos trabajadores tienen, en las escalas respectivas, los mismos derechos que quienes laboran en los centros de alta complejidad. Por otra parte, la función que cumplen estos trabajadores de las unidades periféricas del sistema de salud son, desde una perspectiva social, tan o más importantes que las que se llevan a cabo en los centros especializados. De hecho en un sistema apropiadamente organizado, las unidades periféricas pueden llegar a solucionar proporciones superiores de las demandas de atención de la población, con lo cual se evidencia su alta rentabilidad social.

Los trabajadores que prestan servicios de salud remunerados, con vinculación laboral y reglamentaria y otras modalidades de vinculación laboral en los organismos e instituciones de la administración pública, conforman la función pública en el sector salud. Esta función pública forma parte de la estructura orgánico-funcional del Estado, el cual puede delegarla o ejercerla directamente.

La composición de la función pública varía según los países, pero en general hacen parte de ésta y por lo tanto están o deben ser considerados para su incorporación en la carrera sanitaria los empleos públicos de carrera, los empleos de periodo fijo y los empleos temporales.

La presencia de la población en la carrera sanitaria se establece mediante participación de organizaciones de la sociedad civil, en particular en los procesos de negociación, para presentar y hacer valer los derechos de los usuarios, especialmente en relación a la accesibilidad a los servicios y a la calidad de la atención. Aunque no siempre es fácil lograr esta representación, la misma se debe procurar en todas las situaciones.

Campo de aplicación

En el diseño y la implantación de la carrera sanitaria, es necesario señalar en forma inequívoca las instituciones y los grupos de servidores públicos a quienes se está involucrando en las disposiciones y normas correspondientes. En otras palabras, es esencial determinar el campo de aplicación de la carrera sanitaria. Usualmente se vinculan a ésta, tanto las instituciones de salud estatales y sus trabajadores, de carácter nacional, de los ámbitos territoriales y locales o municipales y eventualmente pueden también ser parte de la carrera sanitaria los trabajadores de los organismos estatales descentralizados que actúan en el área de la salud.

En la definición de quienes se integran a la carrera sanitaria, sin embargo, con frecuencia se plantean interrogantes y aun divergencias importantes que se relacionan con la incorporación de todos los trabajadores o únicamente de los denominados «trabajadores de blanco» o sea quienes están directamente involucrados en los procesos de atención, a diferencia de quienes laboran en los servicios de apoyo, cuyas actividades hacen posible el accionar de los primeros. Este segundo grupo, en general conformado por trabajadores que realizan funciones administrativas o no específicas y de servicios generales, usualmente están vinculados a la carrera administrativa existente en el sector público de los países, o como parte del proceso de reglamentación se pueden afiliar a ella. Las decisiones a este respecto habrán de tomar en cuenta las circunstancias específicas del sistema de salud y la conveniencia de ubicación de estos grupos de trabajadores para preservar sus derechos y procurar su movilidad y posibilidades de desarrollo personal y ocupacional.

En la determinación del campo de aplicación de la carrera sanitaria se debe analizar en qué medida es posible y conveniente incorporar trabajadores de instituciones de carácter semioficial o con regímenes especiales. Este es el caso, en algunos de los países de la región de las Américas, de los trabajadores de los organismos de atención de salud de los antiguos seguros sociales de corte bismarkiano, que por varias décadas fueron los responsables de la atención de salud de los afiliados a esos regímenes y algunos de los cuales aún persisten.

Para efectos de la incorporación específica de los trabajadores se distinguen agrupaciones básicas, o clases, que comprenden directivos, profesionales funcionarios, técnicos, auxiliares y administrativos. En algunos países de la región, el grupo de directivos corresponde a puestos de confianza y sus ocupantes son de libre nombramiento y remoción, por lo cual no hacen parte de la carrera administrativa y tampoco podrían ser incorporados en la carrera sanitaria.

Los profesionales funcionarios, los técnicos y los auxiliares, son usualmente personas naturales que ejercen en propiedad, actividades específicas y pueden estar vinculados a cargos permanentes a los cuales pueden haber llegado por el sistema de

méritos. En general, estos grupos cumplen con los requisitos y satisfacen los criterios para ser incorporados en la carrera sanitaria. Quienes ocupan cargos administrativos, como antes se ha señalado, usualmente están incorporados en la carrera administrativa general de los empleados públicos o son candidatos idóneos para vincularse a ella.

■ 2.3 FUNCIONES DE LA CARRERA SANITARIA

La carrera sanitaria cumple funciones importantes en las situaciones de empleo que ameritan consideración particular:

Ordenamiento de las relaciones laborales

La carrera sanitaria cumple una función de ordenamiento de las relaciones laborales en cuanto define reglas básicas de interacción y hace explícitos los compromisos que mutuamente acuerdan y acogen la institución y el trabajador, en relación con estabilidad y permanencia en las posiciones, requerimientos de producción con calidad, remuneración e incentivos, motivación y disciplina, entre otros aspectos de interés compartido en las situaciones de trabajo. Estos acuerdos contribuyen a establecer un clima organizacional de armonía y entendimiento con repercusiones positivas en el funcionamiento de la institución. Este ordenamiento garantiza además, la aplicación igualitaria de criterios de producción, rendimientos, evaluación, etc., a todos los trabajadores.

Herramienta de desarrollo organizacional

La combinación de componentes permanentes y elementos flexibles que caracteriza la carrera sanitaria, la hace especialmente útil para generar espacios de participación y de concertación. En esa medida facilita el establecimiento de compromisos que favorecen los procesos de desarrollo organizacional y de gestión y contribuye a reivindicar el derecho a la atención de la salud. Por otra parte, dignifica el derecho al trabajo decente en salud y su implementación orienta la formulación de políticas públicas y acompaña y facilita su aplicación, desde una perspectiva económica, social y laboral.

El desarrollo organizacional de la carrera sanitaria, tiene como eje de desarrollo organizacional la gestión del recurso humano, y en este sentido, los incentivos, la evaluación de desempeño, la capacitación, la recertificación, entre otros, son instrumentos importantes para la búsqueda de la idoneidad del cargo, la productividad y el desarrollo del trabajador y la calidad de los servicios.

Carrera sanitaria como instrumento en la desprecuarización del trabajo

La precarización de las condiciones del trabajo es un fenómeno común en todo el sector laboral, que está determinado por múltiples factores. Por consiguiente abor-

dar el tema y generar soluciones para los problemas que se derivan de ella y de la flexibilización concomitante, implica definiciones específicas de política pública y contar con mecanismos de gestión de amplio espectro, incluyendo el desarrollo de formas de evaluación de desempeño de mayor envergadura y más estables.

La carrera sanitaria, no soluciona por si sola los problemas derivados de la precarización de las relaciones laborales en los servicios de salud. No obstante, al generar un contexto de responsabilidades y compromisos, contribuye de manera importante a garantizar estabilidad para quienes aportan al logro de las metas institucionales.

Desde el punto de vista laboral, la carrera sanitaria define un marco de regulación y establece necesidades presupuestales que deben ser programadas, y que contribuyen igualmente a la estabilidad. Es claro que sin estabilidad no puede haber carrera sanitaria y que ésta depende del soporte económico que le defina el Estado, cuya acción, capacidad y atribuciones decisorias obviamente son fundamentales para garantizar los efectos benéficos de la carrera sanitaria.

■ 2.4 CONTENIDOS ESTRUCTURALES DE LA CARRERA SANITARIA

La carrera sanitaria como expresión administrativa de la función pública, responde en general a un conjunto de principios rectores que tienden a una finalidad común que es el logro de los cometidos y compromisos sociales de las instituciones del Estado. En tal condición, esos principios son de obligada observación y salvaguardia para todos los trabajadores del sector público y constituyen por tanto elementos sustantivos de la fundamentación legal, filosófica y ética de la carrera sanitaria.

Con las variaciones de énfasis, propias de los diferentes contextos nacionales, que rigen para la función pública y aplican por consiguiente en el diseño y la implementación de las iniciativas de carrera sanitaria, estos principios están usualmente relacionados con valores sociales que preconizan, entre otros, la igualdad de oportunidades, el mérito individual para ocupar posiciones, la moralidad en el comportamiento y la eficacia, la imparcialidad y la transparencia en el desempeño.

En el marco de estos principios básicos, la carrera sanitaria comprende usualmente normas y regulaciones específicas para el ingreso, la permanencia, la capacitación, los ascensos y el retiro de los trabajadores amparados por la misma, pero sus fundamentos deben estar estrechamente relacionados con las determinaciones en materia de escalafón, puestos, cargos y salarios que maneja el país. La definición de estos aspectos, que constituyen elementos centrales de la carrera sanitaria, requiere una estrecha articulación con las políticas públicas correspondientes. Dada su importancia, son sujeto de consideración en los siguientes acápitales.

2.4.1 Escalafón salarial

Escalafón en general significa «lista de los individuos de un cuerpo clasificados por orden de grado o antigüedad»¹³.

En el marco de la carrera sanitaria el escalafón es, en general, una expresión del mapa de puestos previstos en las instituciones del sector salud, listados o clasificados por orden de competencias, capacitación y antigüedad. El escalafón debe incluir la tabla salarial que se sustenta en el mapa o sistema de clasificación de cargos y este mapa de clasificación de cargos debe reflejar el modelo de organización institucional. En esa medida, el mapa salarial orienta sobre prioridades del gestor institucional.

La definición del escalafón y sus expresiones salariales no tienen valores universales. Por lo tanto, deben ser analizadas y decididas en el marco de las opciones que permiten los respectivos contextos presupuestales. Por otra parte, las opciones salariales deben estar ligadas a la función y en esa perspectiva, también a las posibilidades de movilidad horizontal y vertical¹⁴.

En relación con el salario, es importante tener en cuenta que una parte de la remuneración es común y estará vinculada a la matriz general. Ésta se reconoce como el salario base, que es fijo. La otra parte corresponde a los beneficios e incentivos y en general es variable, dependiendo de diversos factores. Este segundo componente del salario, representado por los beneficios e incentivos, es el que en esencia garantiza las posibilidades de movilidad. Por ello es necesario definir los toques del escalafón salarial en los niveles horizontal y vertical.

En la carrera sanitaria, la definición de los salarios básicos, para evitar que se generen inequidades, debe estar encuadrada en la política salarial definida para todo el aparato del gobierno y de acuerdo con el contexto político, social y económico del país. En ese marco, el salario básico (digno) debe ser común y los incentivos deben estar concebidos en función de determinados puestos o situaciones y en relación con la evaluación del desempeño.

2.4.2 Escalafón y el mapa de puestos

Una segunda consideración en el establecimiento del escalafón es su relación con el «mapa de puestos». En la experiencia de los países se reconoce que el escalafón debe estar ligado al mapa de puestos y, en ese marco, a los criterios de antigüedad,

¹³ Diccionario Larousse Ilustrado, 1995.

¹⁴ En relación con estos términos, en la sección de anexos de esta publicación se incluye un glosario que facilitará un mejor entendimiento de los mismos.

capacitación, experiencia, evaluación¹⁵. En este sentido, el escalafón refleja la estructura funcional de cargos y marca las trayectorias posibles de la carrera del trabajador.

El análisis de la estructura de puestos debe estar vinculado al desarrollo de los recursos humanos. Deben proponerse los mecanismos de ascensos, o movilidad vertical –que deben tener en consideración los mecanismos contemplados para la estructura del Estado–, y las modalidades de promoción o movilidad horizontal.

La movilidad vertical implica ascensos y cambios en el nivel de responsabilidad, de la función o el perfil ocupacional. En tanto que la movilidad horizontal representa movimientos en la misma función, y está vinculada al desarrollo de los recursos humanos, entendiendo la misma como un proceso continuo, dinámico y flexible de actividades de formación continua y educación permanente, evaluación del desempeño individual o institucional y experiencia en el puesto.

Expresado en términos de gráfico, el escalafón tiene en su vertical los cargos y sus diferentes niveles agrupados en sus respectivas categorías, y en su horizontal la trayectoria posible en mérito al desarrollo del cargo en forma específica, y/o a méritos derivados de evaluaciones de desempeño y capacitación adquirida.

En el diseño y definiciones del escalafón es importante buscar elementos comunes, que permitan establecer clases o categorías que, en cuanto sea posible, se considere apropiado ligarlas según la naturaleza de sus funciones y responsabilidades y de acuerdo con los conocimientos y competencias laborales u ocupacionales.

La revisión de algunas experiencias nacionales muestra que los países encuentran igualmente recomendable evitar el exceso de diferenciaciones que conduce a la inclusión de muchas clases o categorías¹⁶. En este sentido por ejemplo, se debe tener en cuenta que la inclusión de sub-especialidades clínicas basadas en procedimientos (ecografía, laparoscopia, etc.) genera una apertura muy grande de clasificación, que no solo es innecesaria sino además inconveniente.

En la misma línea de razonamiento, las experiencias indican que no es apropiado incluir el nivel de atención en la definición del escalafón salarial. En primer lugar porque usualmente existe bastante confusión respecto a los verdaderos significados y alcances del concepto de niveles de atención en los sistemas de servicios de salud

¹⁵ Presentaciones de participantes en la "Reunión de Expertos" convocada por la Organización Panamericana de la Salud en Managua, Nicaragua, Mayo 2006.

¹⁶ Reunión de Expertos Nacionales, Managua, Nicaragua, Mayo 29-31 de 2006.

y en segundo lugar porque, como se explica más adelante, es más adecuado ligar las ubicaciones en el escalafón a criterios de escolaridad y experiencia.

La experiencia de los países indica además que en el establecimiento del escalafón es favorable partir de un planteamiento de «bandas anchas» es decir clases o categorías que ofrezcan una amplitud apropiada para incluir diversos campos con elementos comunes de la actividad de la atención de salud¹⁷.

En este escalafón los ascensos dependen del diseño y del número de cargos por nivel, al igual que de la disponibilidad financiera. El presupuesto se elabora de acuerdo a la estructura de la organización, la cual puede ser rectangular o piramidal. En este último caso no todos los trabajadores de niveles bajos pueden llegar al tope. En esta forma se garantiza el control presupuestal.

2.4.3 Sistema de clases, cargos y puestos

La implementación del sistema de clases y las definiciones de cargos, puestos y salarios, que son elementos fundamentales en la construcción conceptual y operativa de la carrera sanitaria en el sector público, forman parte de la gestión de personal, que corresponde a instancias propias de las instituciones responsables de ejecutar estas funciones, en el marco de las políticas públicas y las directrices que formulen los respectivos organismos del servicio civil o sus homólogos.

En ese marco legal y administrativo, en el proceso de creación e implementación de la carrera sanitaria, se deberán establecer la nomenclatura y clasificación de empleos o cargos, determinar las plantas de personal, definir el sistema salarial y de protección prestacional de los trabajadores de las instituciones de salud que se proyecta incorporar a la carrera sanitaria y generar las normas de relaciones laborales correspondientes, en particular las referentes a los requisitos y procesos de vinculación y de retiro y a los sistemas de bienestar y de incentivos.

Las definiciones y alcances en materia de clases, cargos, puestos, etc., usualmente muestran algunas peculiaridades, según los países, pero en general se reconoce la conveniencia de expresar las clases en forma amplia, de tal manera que permitan la clasificación de varios grupos y en lo posible evitar denominaciones como «técnico» y «administrativo» para designar clases, por cuanto éstas generan con frecuencia confusión en razón de sus otras connotaciones y acepciones. Las definiciones de cargos están usualmente relacionadas con niveles de responsabilidad (asociados a un conjunto de funciones, tareas y competencias requeridas) y lugares de destino y

¹⁷ Presentaciones de participantes en la "Reunión de Expertos" convocada por la Organización Panamericana de la Salud en Managua, Nicaragua, Mayo 2006.

la designación de puestos se utiliza frecuentemente asociada a modelos de prestación de servicios, refiriéndose a un cargo ocupado por una persona en un determinado servicio o unidad.

Teniendo en cuenta las variaciones que se encuentran en los países, en relación con estos términos, en la sección de anexos de esta publicación se incluye un Glosario que se espera facilite al lector un mejor entendimiento de los mismos.

2.4.4 Política salarial, incentivos y beneficios

En general los salarios están vinculados a una estructura y se determinan como parte de una política pública. Por lo tanto, las definiciones en materia de política salarial y laboral, en la carrera sanitaria, trascienden el campo de acción del sistema de servicios de salud y están más específicamente relacionadas con el accionar de los respectivos sectores laboral y económico de los países.

Dentro de ese marco referencial, el manejo del tema salarios en la carrera sanitaria requiere la adopción de una política retributiva en cuya definición y aplicación se deben tener en cuenta principalmente y entre otros aspectos: el nivel de formación de los trabajadores de salud, la naturaleza de sus funciones y su ubicación en los modelos de prestación de servicios y de atención que ha adoptado el país.

En este sentido, un referente fundamental en los planteamientos de escalafón y de escalas salariales está constituido por las políticas de atención de la salud y las prioridades que se definan para su implementación. Así, un profesional universitario puede estar ubicado en la instancia inicial de prestación de servicios (primer nivel de atención) en cargo administrativo o asistencial, pero su salario deberá corresponder a la categoría de su formación y a la naturaleza de las funciones correspondientes.

En la determinación de la retribución del trabajador es importante tener en cuenta que si bien el salario es fijo, ésta puede tener componentes móviles que complementen al salario. Cuando se requiere establecer esos componentes móviles en la remuneración (por movilidad, lugar, desempeño, productividad, antigüedad, entre otros), éstos tienen el carácter de incentivos o beneficios y por tanto no son parte constitutiva del salario.

Los incentivos y beneficios constituyen un componente móvil de la remuneración y además se caracteriza por no ser permanente, pues al volverse periódicos o sistemáticos pasan a ser parte del salario.

Los incentivos responden usualmente a elementos o aspectos de desempeño y función y se utilizan para estimular la aplicación de determinadas políticas. En general se distingue entre incentivos básicos, asignados para buscar determinados efectos de

implementación de una política o desarrollo de un programa especial o prioritario e incentivos negociados que usualmente responden a solicitudes de los trabajadores por determinados beneficios.

Los beneficios constituyen un componente de la retribución del trabajador que se utilizan como mecanismos de corrección de inequidades, discriminaciones u otros problemas de orden estructural, que es necesario subsanar o enmendar. En algunos países, por ejemplo, existen beneficios en forma de «bonificación por escolaridad», beneficios económicos para la compra de uniformes, «salario familiar», entre otros, y pueden ser económicos y no económicos.

El otorgamiento de incentivos, en el marco de la carrera sanitaria, debe estar vinculado a la evaluación del desempeño y éste, a la definición de una política retributiva orientada a la búsqueda de objetivos y metas institucionales, que a su vez deberán estar relacionados con acuerdos y compromisos de gestión, que en última instancia constituyen instrumentos gerenciales que permiten vincular la productividad y la producción con los esquemas de remuneración e incentivos.

Las decisiones en materia de incentivos y beneficios deben tener el mismo alcance que las definiciones de la política salarial. De hecho, deben ser parte de ella ya que generan la posibilidad de darle movilidad a la carrera sanitaria.

La introducción de incentivos requiere un análisis cuidadoso de sus implicaciones y la elaboración de los correspondientes presupuestos. Éstos definen la viabilidad y la sustentabilidad de las propuestas de incentivos en el escalafón salarial, las cuales no son posibles en un contexto de presupuestos históricos. La utilización de incentivos en la carrera sanitaria debe igualmente estar planteada en forma suficientemente clara para evitar que se conviertan en un elemento fijo de las retribuciones y garantizar que mantenga las características propias del incentivo como herramienta de gestión.

Los planteamientos anteriores señalan con toda claridad que el establecimiento de la carrera sanitaria exige estudios detallados de su impacto fiscal. Estos estudios deben entregar información sobre las implicaciones de la implementación del escalafón y también de la movilidad que genere la inflación por cambios en la canasta básica y de su incidencia en la incorporación de incentivos.

■ 2.5 LAS ETAPAS DE LA CARRERA SANITARIA

El desarrollo de la carrera sanitaria debe ser visto como un proceso cuyas etapas están determinadas por el sistema de ingreso, la permanencia y el retiro. En cada una de estas etapas se identifican sub-componentes que es preciso revisar y satisfacer cuando se trata de implementar una carrera sanitaria.

2.5.1 El sistema de ingreso: la selección y el reclutamiento

El ingreso a la carrera sanitaria no es ni debe ser automático ni sujeto a decisiones individuales. La selección, previa convocatoria, puede ser directa o como es más frecuente, mediante concurso. De acuerdo con los resultados, el paso siguiente es la vinculación que puede o no tener un periodo de prueba, sujeto a evaluación, y finalmente, si ésta es positiva, vendrá la incorporación o inscripción en el registro de la carrera sanitaria.

En este proceso de ingreso, cuando se instaura la carrera sanitaria en instituciones en funcionamiento, con frecuencia se plantean serios interrogantes respecto a los criterios y definiciones de quienes ingresan. Usualmente estas decisiones están influenciadas por el juego de poder al interior de las instituciones.

Un aspecto práctico que se plantea, es la definición de quiénes de los que ya están en la carrera administrativa, ingresan a la carrera sanitaria. En gran medida esto depende del grado de movilidad entre diferentes estatutos de personal.

Un aspecto fundamental en el reclutamiento, es la utilización de pruebas o instrumentos de selección, entre los cuales se distinguen los concursos de méritos, los cuales pueden ser abiertos o estar circunscritos a determinadas disciplinas o grupos según la especificidad de los requerimientos de los cargos respectivos. En todo caso, la realización de los concurso exige garantía de transparencia y objetividad para asegurar equidad e igualdad de oportunidades en la competencia y resultados óptimos de la selección.

2.5.2 La etapa del retiro

Esta etapa corresponde al cese o pérdida de los derechos y prerrogativas de la carrera sanitaria, que se pueden dar por haber completado los periodos de servicio, por renuncia, por calificación no satisfactoria del desempeño, por revocatoria de los privilegios o por traslado a una posición de libre nombramiento y remoción.

El retiro del servicio implica la cesación definitiva de las funciones del trabajador vinculado a un cargo o situación de empleo por una de las causales antes mencionadas. El retiro de la carrera sanitaria, al igual que el ingreso, debe estar apropiadamente reglamentado.

2.5.3 La permanencia en la carrera sanitaria

Comprende fundamentalmente las acciones y modalidades de contratación, la evaluación del desempeño, los ascensos y también otras actividades y situaciones de orden administrativo, que se relacionan con la capacitación, la movilidad (vertical y

horizontal) del personal y la estabilidad o permanencia de las circunstancias que permitieron el ingreso a la carrera. Esta etapa termina cuando hacen su aparición las causales de retiro, previstas en las normas o reglamentaciones correspondientes.

2.5.3.1 Modalidades de vinculación y contratación

Las diferentes modalidades del empleo que determinan variedades en la vinculación del personal a los servicios de salud, son importantes en el establecimiento y el desarrollo de la carrera sanitaria. En este sentido, en general se reconocen como modalidades principales en el sector público las vinculaciones de carrera, usualmente reglamentadas por las disposiciones que rigen la carrera administrativa, las vinculaciones a cargos de libre nombramiento y remoción, los empleados de periodo fijo y las vinculaciones de carácter temporal o provisional, cuyos mecanismos de contratación deben ser definidos para el corto y el mediano plazo.

Sin entrar en el análisis de los factores que determinan estas diferentes modalidades del empleo, que por lo demás varían según las características de organización del sistema de servicios de salud, desde la perspectiva de ingreso a la carrera sanitaria, es claro que no podrían hacerlo quienes ocupen cargos de libre nombramiento y remoción, usualmente ligados a posiciones de dirección y empleados de cualquier orden jerárquico vinculados a posiciones que impliquen situaciones de confianza. Tampoco serán elegibles para la carrera sanitaria aquellos empleados que ocupen posiciones para las cuales la designación es por un periodo fijo.

Los demás grupos de empleados y trabajadores son en principio aptos para ingresar a la carrera sanitaria y su vinculación debe ser apropiadamente reglamentada. En especial los contratos de corto plazo en los cuales la flexibilidad debe estar en función de los beneficios sociales y las condiciones de empleo, no en función de la estabilidad.

En relación con la movilidad tanto horizontal cuanto vertical, la reglamentación de la carrera sanitaria debe contemplar disposiciones claras y específicas para preservar los derechos de los trabajadores, en encargos transitorios y otras eventualidades similares y también para impedir los abusos cuando esos encargos impliquen asumir provisionalmente posiciones de mayor jerarquía, y en esta línea debe también garantizar que una vez finalizado el encargo, el trabajador retorne a su puesto inicial. En el mismo sentido se deben reglamentar en forma clara los ascensos, que constituyen la forma de promover al funcionario por el reconocimiento de méritos y el cumplimiento de los requisitos correspondientes.

Si bien la enunciación anterior puede cubrir las variedades convencionales de la contratación de los servicios de salud, es importante tener en cuenta que en los procesos de reforma de los servicios de salud, estas modalidades se han desvirtuado

o han sido total o parcialmente reemplazadas por modalidades espurias de vinculación, que lesionan los derechos de los trabajadores, que obviamente no son aceptables en la carrera sanitaria y por el contrario son justamente una de las razones más poderosas para su conceptualización y desarrollo.

Se mencionó inicialmente que en la etapa de permanencia en la carrera sanitaria son también componentes importantes la evaluación del desempeño y las actividades de capacitación. Dada su significación y trascendencia, estos aspectos se tratan específicamente en las siguientes secciones que revisan elementos funcionales y atributos de la carrera sanitaria.

2.5.3.2 Carrera sanitaria e incentivos

Como se indicó anteriormente, un componente importante de la etapa de permanencia de la carrera sanitaria es la utilización de incentivos. El sistema de incentivos es una herramienta para motivar el desarrollo de competencias y lograr la idoneidad del cargo a través de la promoción de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, comportamientos y desempeño.

Los incentivos también deben ser vistos como instrumentos de desarrollo organizacional pues armonizan los objetivos de los trabajadores con los de la institución. Sin embargo, sólo si se les diseña y define de manera apropiada, pueden tener efectos deseados en la organización y en la vida institucional. Es necesario entonces «mirar con ojos críticos» y analizar cuidadosamente las ventajas y las desventajas que puede tener, en la carrera sanitaria, en primer lugar la incorporación de incentivos, y en segundo lugar, comparativamente, sus diferentes modalidades.

El sistema de incentivos también está ligado a la movilidad vertical y horizontal y en este sentido articula los diferentes niveles de atención y las necesidades funcionales de la organización.

2.5.3.3 Evaluación de desempeño e incentivos

Hay una relación directa entre la evaluación del desempeño y la aplicación de incentivos, los cuales son instrumentos poderosos de gestión. En el marco de la carrera sanitaria, la evaluación del desempeño es una herramienta y un componente estratégico de gestión, cuya aplicación permite realizar acciones para el crecimiento y desarrollo del personal y también coadyuva para el establecimiento de las bases para acometer actividades de mejoramiento de la gerencia de la institución, integralmente.

La evaluación del desempeño tiene como horizonte el cumplimiento de las metas de la institución; por consiguiente sus objetivos se deben definir en función de esas

metas. Esos objetivos se logran promoviendo la ética del trabajo y el compromiso individual con la organización y con la gerencia o supervisión inmediata, que es a quien corresponde realizar la evaluación individual del trabajador.

La evaluación del desempeño, tradicionalmente, ha estado ligada a una lógica de actuación individual, con una orientación de oportunidades y de incentivos que se ofrecen a los trabajadores para seguir perfeccionándose mediante procesos tendientes al logro o la consolidación de la profesionalización. Un ejemplo frecuente de estos enfoques se encuentra en la capacitación de las auxiliares de enfermería, con base en la evaluación de su desempeño, para avanzar hacia la profesionalización. Infortunadamente, los esfuerzos realizados por varios países en este campo, no siempre se han acompañado de cambios en la legislación que permitan consolidar sus resultados.

Sin embargo, en el marco conceptual antes esbozado, es claro que, como componente de la carrera sanitaria, la proyección y el campo de acción de la evaluación del desempeño deben tener también como áreas de acción, las responsabilidades de los equipos de trabajo en función de las metas institucionales. Esta evaluación de equipo es en esencia un proceso de integración, en el cual cada jurisdicción debe decidir a qué aspectos le asigna más peso. Sin embargo, no se puede prescindir de las evaluaciones individuales pues la carrera sanitaria es en sí individual, pero pueden combinarse la evaluación individual con otros mecanismos de evaluación colectiva por metas.

En uno y otro caso, evaluación individual o de equipos de trabajo, el proceso debe partir de un ejercicio de auto-evaluación que se considera necesario incorporar para promover los procesos de reflexión respecto de las propias prácticas.

De cualquier manera, los resultados positivos deben ser recompensados mediante beneficios definidos previamente. Según la experiencia de algunos países se deben evitar los incentivos económicos porque pueden estimular corrupción y en este sentido es posible incorporar otros elementos de incentivos en la evaluación.

La evaluación de desempeño individual es severamente cuestionada en algunos países, entre ellos Chile, pues tiene un alto costo en horas-persona para aplicarla y también en dinero. Es proclive además, a generar situaciones de alto nivel de conflicto, produce estado de inseguridad en el personal, crea malestar o ruido institucional y el costo muchas veces no se traduce en cambios significativos o son apenas marginales. Se considera también que no es un abordaje justo porque hay factores institucionales que condicionan la actuación, entre ellos la capacidad de liderazgo de los gerentes y las condiciones de equipamiento, disponibilidad y distribución de recursos.

Todo lo anterior indica que es necesario revisar y reposicionar el tema de la evaluación del desempeño individual. No obstante, como no hay un mecanismo alternativo para remplazarla, parece conveniente combinarla con modalidades de evaluación colectiva y contar con un sistema de información que haga posible minimizar los efectos negativos y tener un control que garantice una aplicación adecuada de la metodología adoptada. En esencia se requiere actuar sobre la base de la evidencia; sin embargo, en estos procesos no ha existido una preocupación por generar evidencia que permita construir bases sólidas para la selección de opciones.

Algo similar ocurre en relación con los incentivos. La mejor forma de utilización de éstos parece ser su aplicación colectiva, pero en el área de la salud se presentan restricciones y conflictos para ese efecto, porque en general, en estos servicios la capacidad de trabajar en equipo es paradójicamente poco desarrollada. Esto hace que, en el marco de la carrera sanitaria, no se puedan eliminar las evaluaciones individuales, pero es necesario contar con elementos de equilibrio que permitan capacidad de interlocución entre los trabajadores individualmente y la organización, para desarrollar relaciones constructivas. Ese es un reto presente en la mayoría de situaciones de implementación de la carrera sanitaria.

Uno de los aspectos críticos en los procesos de evaluación es la decisión respecto a la metodología que se va a utilizar; la periodicidad de la evaluación, los elementos a evaluar, qué herramienta es la apropiada y también la menos costosa; igualmente quién evalúa y cuáles serán las instancias y mecanismos de regulación de la evaluación del desempeño. Éstas no son preguntas fáciles de responder. Hay sin embargo algunos puntos de referencia que pueden ayudar en el análisis de las situaciones, para encauzar mejores decisiones.

En primer lugar, la evaluación no debe ni puede ser optativa; como es un componente de la carrera sanitaria, se debe realizar siempre. De otra manera, los beneficios de la carrera sanitaria como herramienta para el desarrollo organizacional y como ordenador de las relaciones laborales, se verán truncados.

En relación con las decisiones respecto a metodología, parece igualmente importante tener en cuenta que la evaluación se debe hacer en función de las metas de la organización y que cada sección, servicio o unidad que conformen ésta, debe ser evaluado con referencia a las metas institucionales.

Es esencial entonces, analizar cuidadosamente las características de la situación objeto de evaluación para definir prioridades y evitar que al final del ejercicio, los elementos que se han evaluado resulten ser irrelevantes para los propósitos del proceso. Este análisis ayudará a definir en mejor forma, qué herramienta metodológica puede ser la más apropiada y la que puede entregar los mejores resultados desde

una perspectiva de costo-efectividad, aunque no sea necesariamente la opción menos costosa.

Otro aspecto que requiere consideración cuidadosa son los antecedentes de la evaluación. En general ésta ha estado muy ligada a una interpretación punitiva y esto ha generado a su vez un rechazo a su aplicación.

Lograr cambios de concepción de estos procesos es usualmente de una gran complejidad, por cuanto implican modificaciones de cultura institucional y clima organizacional que son muy difíciles de alcanzar en cortos plazos. A pesar de estas dificultades es importante instaurar la cultura de evaluación de desempeño y, dentro de la organización, llegar a un criterio homogéneo con respecto al proceso de evaluación y sus diversos componentes y manifestaciones.

Como la promoción horizontal no puede ser automática y no depende del tiempo de permanencia sino que está ligada a la evaluación del desempeño, se requiere intentar enfoques de desarrollo personal, para lo cual es útil pensar en portafolios de aprendizaje, con base en acuerdos de trabajo condicionado al desarrollo personal.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los procesos de evaluación deben estar apoyados en sistemas de información y de auditoría, que permitan controlar las eventuales manifestaciones de corrupción y a su vez contar con elementos de equilibrio que permitan la interlocución entre los trabajadores y la institución.

2.5.4 Ambiente de trabajo y salud de los trabajadores de la salud

Es frecuente que a los trabajadores de los servicios de salud no se les vea como receptores del derecho a la salud y a la atención de la salud. Por el contrario, se percibe al trabajador de la salud solamente como el instrumento para proveer los servicios y no como un trabajador o una trabajadora, con condiciones de trabajo que influyen en su salud y en su vida.

La problemática en salud de los trabajadores de la salud está asociada a los siguientes factores: «1) Existencia de riesgos evitables e inaceptables para ciertos grupos de trabajadores. 2) Superposición de los resultados de la pobreza con los efectos de la exposición a la nocividad de los ambientes de trabajo; es decir, trabajadores en las labores más peligrosas e insalubres son también los más pobres, con condiciones de vivienda y ambiente inadecuados. 3) Deficiencia en el acceso a servicios de salud ocupacional. 4) Expansión de la informalidad, del trabajo precario y de la marginalización

del trabajo»¹⁸. Asimismo, cada vez más, se registra una mayor incidencia de maltratos y de violencia en los lugares de trabajo que atañen a los trabajadores, poniendo en riesgo la dignidad personal y la autoestima con implicaciones directas sobre la calidad en la atención.

El rescatar ese reconocimiento del trabajador de la salud como receptor de salud, debe ser objeto de consideración en el funcionamiento de la carrera sanitaria; en primer lugar para rechazar y evitar situaciones de trabajo inaceptables por sus implicaciones para la salud, y en segundo lugar, para garantizar a todo el personal condiciones saludables de trabajo y medidas apropiadas de prevención y control para la exposición a riesgos y de promoción de la salud.

En este sentido, como parte de las actividades de prevención, requieren consideración especial la vacunación en TB, hepatitis, influenza, examen medico anual obligatorio y otros que se considere apropiados en cada contexto.

■ 2.6 ATRIBUTOS Y REQUERIMIENTOS DE LA CARRERA SANITARIA

2.6.1 Conceptos básicos

Amplitud conceptual en el diseño de la carrera sanitaria

En la definición del contenido y más específicamente en la construcción de la carrera sanitaria, los gobiernos deben tener en cuenta tanto los elementos permanentes de la misma, como la necesidad de incorporar otros atributos de adaptabilidad que permitan realizar ajustes en el tiempo a través de procesos de concertación social, convenciones colectivas y otras modalidades de negociación laboral.

En esta línea, se destaca la necesidad de una concepción amplia, para una construcción dotada de un grado apropiado de flexibilidad, que permita un desarrollo dinámico y una proyección en el tiempo, acordes con una visión de contrato de largo plazo. Los costos de modificar una carrera sanitaria son altos, por lo cual su concepción no debe estar ligada a una determinada política u orientación de desarrollo de los servicios de salud, (por ejemplo atención primaria) porque el sesgo que esto representa, potencialmente la puede convertir en una herramienta rígida cuya aplicación genere más problemas gerenciales y administrativos en vez de los beneficios sociales que se esperan de ella.

¹⁸ OPS. Desarrollo de la Salud de los Trabajadores de la Salud (Plan de Trabajo) Condiciones de salud y trabajo en el sector salud. Marco Conceptual y Operativo. Taller: Condiciones de salud de los trabajadores de la salud. 2006. p.6

Flexibilidad

Como expresión de un contrato de largo plazo, la construcción de la carrera sanitaria debe considerar ciertos equilibrios que permitan evaluaciones intermedias para verificar si se cumplen las condiciones inicialmente previstas. Para garantizar la introducción de correcciones de mediano plazo y adecuaciones en el sistema, es necesario contar con proyecciones de incremento presupuestario, con un sistema que garantice el compromiso de los trabajadores y con providencias que permitan responder a exigencias de actualización de los trabajadores. Asimismo, se requieren mecanismos de gestión que permitan alternativas adaptables a las necesidades cambiantes, de tal manera que la carrera no se constituya en un instrumento rígido.

En otras palabras, se requiere un diseño flexible. Sin embargo, es indispensable tener en cuenta que en los ámbitos laborales el término flexibilización usualmente se asocia a una política neo liberal, en contra de derechos de los trabajadores y se le interpreta como un componente negativo para el trabajador.

Estabilidad laboral

Algo similar ocurre con la característica de estabilidad laboral que debe procurar la carrera sanitaria, pues en este caso el concepto de estabilidad se asocia con inamovilidad. Las características de estabilidad laboral que debe procurar la carrera sanitaria deben entenderse como «flexibilidad con protección», por lo que es necesario garantizar un sistema que evite que dicho concepto se convierta en sinónimo de «inamovilidad», aunque en este contexto hace referencia a las garantías de continuidad en la relación de empleo que tienen los trabajadores públicos para protegerlos de arbitrariedades en los sistemas.

Es necesario entender que la estabilidad debe darse en función del cargo y no del puesto o de las posibilidades de movilización geográfica y horarios de trabajo. En este sentido, se deben garantizar movilidad y disponibilidad, al igual que componentes de disciplina laboral, horarios, calidad del trabajo, evaluación y desarrollo laboral, incentivos y beneficios.

Por lo anterior, la estabilidad laboral debe entenderse como «estabilidad con protección» y en la carrera sanitaria es necesario garantizar un sistema que evite que dicho concepto se convierta en sinónimo de inamovilidad.

2.6.2 Desarrollo de los trabajadores

Comprende primordialmente los procesos de formación, capacitación y re-certificación de los varios grupos de trabajadores y las interrelaciones que generan estas actividades.

2.6.2.1 Formación y capacitación

Un componente fundamental de la carrera sanitaria, está conformado por las acciones que buscan propiciar y asegurar el desarrollo personal y profesional de los trabajadores de los servicios de salud. En este conjunto se destacan en particular, necesidades de capacitación en las áreas específicas de trabajo y de establecimiento de relaciones con la educación formal y la educación continuada, con propósitos de re-certificación, reconocida como una de las estrategias de mayor efectividad para asegurar calidad permanente en la prestación de los servicios.

Se plantea así una necesidad de vincular y coordinar las acciones respectivas de la carrera sanitaria con la implementación de las políticas públicas para la educación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, que a su vez lleva consigo la necesidad de desarrollar vínculos efectivos con las entidades formadoras del personal, en respuesta al «Quinto Desafío para una Década de Recursos Humanos»¹⁹ identificado como una prioridad en la región de las Américas.

Alcances de la capacitación en la carrera sanitaria

La falta de adecuación y los vacíos de pertinencia de la educación del personal de salud en relación con los requerimientos de los servicios son casi proverbiales y han sido ampliamente documentados²⁰. En su formación, el personal de salud frecuentemente no está expuesto a aspectos que posteriormente, en su vida laboral, le son esenciales para el desempeño de sus responsabilidades y funciones.

Esta inadecuación de la educación formal y profesional y las restricciones reconocidas a este respecto, se han hecho más evidentes en los últimos años con ocasión de los procesos de reforma de los sistemas de servicios de salud, que plantean nuevas exigencias tanto en áreas del conocimiento como en competencias profesionales y laborales.

Esta disociación entre la educación del personal de salud y los requerimientos del medio y los escenarios laborales en los cuales se debe desempeñar, hace imperativo que, en el marco de la carrera sanitaria, se realicen acciones orientadas a ligar y apoyar los enfoques de desarrollo integral de los servicios con actividades de capacitación que aporten conocimientos y competencias relevantes para una comprensión y un compromiso del personal con la misión institucional y con la resolución práctica de problemas del diario quehacer de las instituciones.

¹⁹ OPS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. 2005.

²⁰ Republica de Colombia, Ministerio de Salud, CHC Consultoría y Gestión: La formación del Personal de Salud: Un reto al futuro; 70-76; Bogotá D C 2002.

Características y desafíos de la capacitación

Las necesidades del abordaje anterior implican una visión prospectiva de educación permanente que debe sustentar y orientar las acciones de capacitación en la carrera sanitaria.

En ese marco de referencia, los propósitos y ejes de la capacitación, se deberán orientar a garantizar la calidad de la atención, a apoyar el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales y a generar y desarrollar competencias ligadas a la especificidad de las diversas áreas de actividad para fortalecer el ejercicio de las especialidades y su potencial de innovación, más allá de la aplicación convencional de los protocolos y guías de atención.

Dentro de esta orientación, en la carrera sanitaria, la capacitación deberá responder a una juiciosa identificación de necesidades concretas y a subsanar vacíos en aspectos críticos de la prestación y del desarrollo de los servicios que, sin duda, surgen del mayor o menor grado de paralelismo, conceptual y funcional, de la formación del personal, la educación formal y los requerimientos del trabajo en las instituciones que conforman el sector salud.

La capacitación, así entendida, se debe desarrollar como educación en servicio que responda a tres tipos principales de requerimientos:

1. Educación continuada o, mejor aún, educación permanente, en especial para apoyar el desarrollo del trabajo en equipo; dirigida a grupos que comparten responsabilidades y funciones.
2. Capacitación en áreas específicas, para proyectos o actividades prioritarias definidas. Los destinatarios serán los involucrados en esas acciones.
3. Capacitación en función de la evaluación, individual y de grupos; de acuerdo con las necesidades detectadas.

En síntesis, en relación con la capacitación conviene destacar:

- La educación es uno de los pocos momentos favorables para construir equipos, por tanto esos espacios deben ser aprovechados en todo su potencial y posibilidades.
- Las acciones de educación en servicio, de la carrera sanitaria, no solucionan todos los requerimientos de la capacitación en los servicios de salud, por lo cual es necesario complementar apropiadamente dichas acciones. La capacitación por otra parte, no soluciona todos los problemas y requerimientos de la carrera sanitaria.
- La capacitación es una herramienta útil en el proceso de inducción de los trabajadores de los servicios de salud para explicar la misión institucional y las características de la organización, definir criterios de calidad en la atención de la salud y presentar protocolos, guías y otros instrumentos de gestión.

2.6.2.2 Re-certificación profesional

Se reconoce que la implementación de la carrera sanitaria debe considerar y vincular la re-certificación de los profesionales de la salud, en particular de aquellos cuyas funciones y responsabilidades se relacionan con la atención directa, individual y colectiva. Asimismo, es importante vincular el proceso de re-certificación, las políticas de salud y los incentivos al personal de salud.

No obstante, este componente no siempre aparece con claridad en esos procesos. La re-certificación es indispensable para mantener los estándares que garanticen la calidad de los servicios. Ese es un rol fundamental de la re-certificación que sin embargo en algunos países tiene carácter voluntario, en tanto que es obligatoria en aquellos otros en donde se ha desarrollado una cultura de la calidad de la atención de la salud. Éste, que es otro de los retos que enfrentan los países que deciden implementar la carrera sanitaria, requiere atención específica en las decisiones correspondientes. En este contexto, una situación específica que requiere consideración especial es la adopción de políticas claras respecto a cómo incorporar a los residentes que se están formando en las áreas clínicas en la carrera sanitaria.

2.6.2.3 Financiamiento de la capacitación

El financiamiento de la capacitación, en la carrera sanitaria, debe ser motivo de consideración específica en la estimación de costos de implementación y de desarrollo de la misma. La importancia de lograr que ésta sea una realidad se reconoce ampliamente, como una de las condiciones fundamentales para generar proyectos de capacitación, con autonomía de decisión, que respondan a necesidades prioritarias del desarrollo de los servicios. No obstante, con indeseable frecuencia se observa que la capacitación está ligada a la ejecución de proyectos que condicionan y restringen las actividades de capacitación a los intereses del proyecto respectivo, restándole flexibilidad y pertinencia.

Esto ocurre en especial en algunos países que no disponen de recursos para financiar una carrera sanitaria, con lo cual la selección de candidatos y beneficiarios de la capacitación se torna discriminatoria. Para evitar estas situaciones, es fundamental que los gobiernos consideren y ejecuten planes de capacitación permanentes, estructurados en función del desarrollo de los servicios, incluida la incorporación de la carrera sanitaria. Aunque esto no es siempre posible, algunos países lo han logrado con éxito. Se destaca el caso de Chile en donde la capacitación está vinculada al aspecto organizacional, y se beneficia la destinación específica de fondos para capacitación, equivalentes a 1% del costo de las remuneraciones²¹.

2.6.3 Derechos y deberes: un enfoque sistémico

En la conformación del contexto político, económico, social y también ético en el cual se define y se desarrolla la carrera sanitaria, ocupa un lugar importante el conjunto de derechos y responsabilidades y deberes de los actores principales de estos procesos. Esos actores son en esencia la sociedad en general, representada por los diferentes grupos comunitarios usuarios de los servicios; las instituciones y organizaciones mediante cuya acción coordinada se prestan esos servicios a la población y los trabajadores que laboran en esas organizaciones, que son en última instancia quienes realizan las actividades de atención de la salud individual y colectiva.

2.6.3.1 Derechos de la comunidad

La salud y la atención de la salud son derechos fundamentales del ciudadano que el Estado debe garantizar. El reconocimiento de estos derechos y la responsabilidad que compete al Estado de hacer efectivo el ejercicio de los mismos, para todos y cada uno de los miembros de la sociedad, plantea exigencias definidas al sistema de servicios, independientemente de la naturaleza jurídica, pública o privada, de las instituciones

²¹ Reunión de expertos nacionales, Managua, Nicaragua, Mayo 2006.

que lo conforman. El Estado, mediante la acción de sus organizaciones competentes, tiene la responsabilidad de proveer directamente o realizar acciones para que las instituciones que conforman el sistema de servicios de salud desarrollen la infraestructura, el equipamiento, los protocolos y la capacitación del personal, requeridos para garantizar a los usuarios del sistema, el derecho a la atención de la salud con calidad.

En ese marco se inscribe el establecimiento de la carrera sanitaria, a la cual por supuesto no se puede imputar la responsabilidad total de dar respuesta a los requerimientos que plantean los derechos de los usuarios. Aunque la carrera sanitaria no puede resolver por sí sola este tema de los derechos de la sociedad a la atención de salud, en su diseño e implementación sí se deben identificar y tratar apropiadamente aquellos elementos básicos que positiva o negativamente tienen influencia en la satisfacción y el respeto de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

En este sentido es claro que en la carrera sanitaria no puede haber normas, procesos, componentes, etc, que violen derechos fundamentales de la población. Al contrario, el reconocimiento de esos derechos se debe expresar en instrumentos tanto técnicos como administrativos, llámense guías, protocolos, procedimientos, etc, que obliguen a garantizar la preservación y la satisfacción de esos derechos individuales y colectivos.

La discusión y el análisis de las acciones necesarias para satisfacer esos derechos deben, igualmente, ser sujeto de especial consideración en el proceso de negociación de la carrera sanitaria.

Desde la perspectiva de un enfoque sistémico, el reconocimiento de los derechos, individuales y colectivos de los ciudadanos a la atención de la salud, requiere ser visto conjuntamente con las responsabilidades asociadas a la observación de esos derechos y a las acciones necesarias para garantizar la satisfacción de los mismos.

Por una parte es procedente hacer evidentes las responsabilidades del Estado frente a la sociedad civil y por la otra es necesario tener presente que con frecuencia los trabajadores pierden la percepción de que ellos son parte del Estado cuando están ejerciendo sus funciones en el sistema de servicios de salud.

En este marco de referencia conceptual y operativo para hacer efectivas las garantías del derecho a la atención de salud, es necesario tener en cuenta que en el sector público «lo que no está legislado no está permitido», en tanto que en el sector privado «lo que no está legislado está permitido». Esta dualidad conceptual y política tiene por supuesto implicaciones en las líneas de acción que deban asumir los organismos gubernamentales para generar formas de organización y modalidades de funcionamiento de los servicios de salud, que permitan garantizar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos a la atención de la salud.

2.6.3.2 Derechos y responsabilidades de los trabajadores

Salario digno

Al igual que a la población usuaria, a los trabajadores de los servicios de salud les asisten derechos y deberes, que deben ser motivo de cuidadosa consideración en el diseño y en la implementación de la carrera sanitaria.

En este sentido, un derecho fundamental de los trabajadores es recibir un salario digno, acorde con sus responsabilidades y funciones. Éste debe ser uno de los propósitos centrales del establecimiento de la carrera sanitaria, la cual debe proveer los mecanismos de reconocimiento del mérito y de ascenso en la vida laboral, apropiados para el desarrollo personal y profesional de los diferentes grupos de trabajadores de los servicios de salud.

La carrera sanitaria debe contemplar instrumentos que garanticen estos derechos también en casos de excepción, incluso cuando un trabajador ocupe transitoriamente una posición superior y luego deba regresar a su posición original.

Reconocimiento de la autonomía profesional

En algunos países se viene revisando el tema de reconocimiento de la autonomía profesional, dentro de las regulaciones que para tal fin establezca el Estado como garante de los derechos de la sociedad en general.

2.6.3.3 Derechos y responsabilidades del servicio u organización

El objetivo de las instituciones u organizaciones es el desarrollo de la función de rectoría del sistema de salud, y en tal sentido tienen como responsabilidad la generación de una política de administración y desarrollo del recurso humano, la optimización del tiempo disponible y la eficiencia de los servicios, así como del uso de capacidades y talentos de las organizaciones.

La organización debe velar por el cumplimiento de los términos de la contratación, acorde a las funciones, capacidad y formación. Así mismo, en función a sus responsabilidades para atender las necesidades de la población e institucionales, debe contar con la capacidad de movilizar al personal así como disponer de personal suficiente, formado y capacitado para dar respuesta a las necesidades de salud, y para ello es necesario evaluar periódicamente su desempeño, con la finalidad de tomar las mejores decisiones.



CAPÍTULO 3

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA CARRERA SANITARIA

■ 3.1 ELEMENTOS CRÍTICOS

Las propuestas de carrera sanitaria se originan en diferentes contextos políticos e institucionales, en los cuales existen muy variadas tradiciones de orientación del empleo público y del contrato social, los cuales constituyen un marco de referencia fundamental y a la vez, elementos críticos que influyen en la determinación de las características finales de la carrera sanitaria. Los países combinan y articulan estas influencias con aspectos específicos de sus respectivos escenarios y situaciones laborales, para conformar diferentes modalidades de carrera sanitaria, las cuales reflejan las peculiaridades de cada situación nacional. Éstas se expresan finalmente, en instrumentos administrativos y legales (leyes, decretos, reglamentos, etc.) que se espera garanticen su implementación.

3.1.1 Origen, motivaciones y objetivos de la iniciativa

La iniciativa de la carrera sanitaria puede surgir de cualquiera de los actores que participan en las relaciones de trabajo en el sector salud, vale decir: el Estado, las instituciones que conforman el sistema de servicios de salud o los trabajadores, directamente o mediante la acción de organizaciones gremiales.

Además de quien origina las acciones para establecer la carrera sanitaria, es muy importante la motivación de la iniciativa, es decir, las razones por las cuales se plantea la necesidad de la misma. Esta iniciativa puede responder a una acción de reivindicación de derechos de los trabajadores, que se han desconocido o han sido vulnerados, o en una aproximación espontánea puede representar esfuerzos definidos para construir y desarrollar nuevos elementos de organización institucional en pro del bienestar, la estabilidad y el desarrollo personal y profesional de los trabajadores. La respuesta a este dilema determinará la función primordial de la carrera sanitaria o su énfasis principal, en relación con aspectos tales como: ordenamiento institucional, regulación, integración de los diferentes grupos y categorías del personal, desprecarización, etc. En última instancia, éstos serán objetivos expresos o tácitos del proceso, pero muy diferente puede ser su tratamiento en las discusiones y

deliberaciones y por tanto en el resultado final, dependiendo del punto de partida del ejercicio.

3.1.2 Elementos prioritarios: lo «no negociable»

En el proceso de construcción de la carrera sanitaria es necesario reconocer los aspectos dinámicos de la misma y los diferentes contextos en los cuales surge la necesidad o la iniciativa de desarrollo de una carrera sanitaria en el país. No obstante, existen una serie de elementos prioritarios que la carrera sanitaria debe tener en cuenta y que no constituyen aspectos a negociar. La carrera sanitaria, se define y se desarrolla en base a principios de reconocimiento del mérito, igualdad, eficacia, transparencia y consideraciones de orden económico.

En el diseño de la carrera sanitaria es esencial tener en consideración aspectos fundamentales como la estabilidad o flexibilidad con protección, la igualdad de oportunidades de ingreso, el desarrollo de los recursos humanos garantizada, idoneidad del cargo, la profesionalización del personal de salud a partir de la consolidación del principio de mérito y la valoración del desempeño, los derechos y deberes del trabajador, organización y comunidad, y la flexibilidad en la organización y gestión de la función pública para adecuarse a las necesidades cambiantes de la sociedad.

En todos los casos, cualesquiera que sean los elementos incluidos en la carrera sanitaria de cada país, ésta debe ser pensada como una carrera única, teniendo en consideración la visión de sistema. De igual manera, es necesario reconocer los aspectos dinámicos de la carrera sanitaria, y aquellos componentes de carácter fijo que no son sujetos de revisión en el tiempo.

La carrera sanitaria es un ordenador de las relaciones laborales y, desde esa perspectiva, debe ser vista como un importante instrumento de gestión. Su implementación debe permitir la regularización de los contratos de los diferentes grupos del personal y homogenizar la pertinencia y aplicabilidad de las normas básicas de la gestión de personal.

La carrera sanitaria tiene como una de sus funciones fundamentales la estructuración del empleo y el establecimiento de un ordenamiento del mismo, lo cual está ligado a la introducción de un escalafón salarial y éste, a la vez, exige garantizar la idoneidad para el puesto.

Escalafón salarial-idoneidad del puesto, es entonces una ecuación primordial en el diseño y la implementación de la carrera sanitaria, que exige una descripción de todas las categorías de trabajo. La idoneidad del puesto requiere el establecimiento para todos los cargos, de requisitos mínimos los cuales no son negociables.

La propuesta de la carrera sanitaria debe llevar igualmente consigo una oferta de capacitación, que exprese un compromiso con el componente de desarrollo del personal vinculado a las diferentes categorías y grupos que conforman su estructura.

En el proceso de diseño de la carrera es importante subsanar la falta de conocimiento sobre qué es la carrera sanitaria y cuáles pueden ser las expectativas legítimas y realistas respecto a la misma. Esto incluye definir con claridad, en el momento oportuno, cuál es el rol de la participación gremial en las diferentes etapas del proceso.

Para los efectos anteriores, es necesario formar cuadros y grupos de trabajo al interior de la administración y de los gremios, con el propósito de orientar y facilitar su participación en la discusión de las definiciones de la carrera sanitaria y garantizar la orientación apropiada y productiva de dicha participación. En la misma línea, se requiere adecuar y fortalecer las áreas de actividad que permitirán o harán posible la implantación, tales como elaboración de guías y realización de eventos informativos y de capacitación. Un requerimiento importante, respecto a estas actividades, es establecer su costo y asegurar la disponibilidad financiera para llevarlas a cabo.

La implantación de la carrera sanitaria exige contar con un sistema de información, que permita, en primer lugar, caracterizar la línea de base del personal que se incorpora y en etapas subsiguientes, realizar la supervisión y el seguimiento necesarios de todos los procesos que de ella se derivan. Si no existe ese sistema de información es necesario crearlo, para asegurar, en cuanto sea posible, un óptimo manejo y disponibilidad de la información correspondiente. Esto puede significar un elemento más de complejidad en el proceso, pero es imprescindible para el buen funcionamiento y la gestión de la carrera que se intenta establecer.

En relación con la gestión de recursos humanos, para efectos de la carrera sanitaria, no es suficiente el establecer una definición de los perfiles del personal de salud que se incorporan a la carrera. Un funcionamiento apropiado de ésta y una gestión efectiva de aquella, exigen una revisión a fondo de la estructura de recursos humanos de la institución correspondiente y la introducción de los ajustes necesarios para garantizar procesos y procedimientos eficientes y orientados a lograr y mantener estándares de calidad compatibles con los postulados que fundamentan la carrera.

También dentro de esta línea de reestructuración de procesos y procedimientos de recursos humanos es importante tener en cuenta que hay áreas de los servicios de salud que, por las características de los pacientes que en ellas reciben atención, deben ser protegidas para garantizar un funcionamiento permanente, sin factores de perturbación laboral de ninguna índole. Este es el caso por ejemplo, de los servicios de atención de urgencias, centros de trauma, unidades de cuidado intensivo y en general de todos aquellos servicios cuya operación es crítica para la supervivencia de los pacientes que reciben atención en ellos. Estos servicios deben ser considera-

dos de manera especial y específica en la negociación de la carrera sanitaria, en particular en relación con la imposibilidad legal y social de su participación en el ejercicio del derecho de huelga.

La carrera sanitaria, dentro de las orientaciones anteriores, requiere ser concebida como una carrera única, con una visión sistémica, que permita incorporar a los trabajadores de las instituciones que conforman los sistemas de servicios de salud, incluidos eventualmente, aquellos vinculados a instituciones de carácter privado. Este puede aparecer como un planteamiento que se aleja de la ortodoxia, que entiende las carreras administrativa y sanitaria como inherentes exclusivamente al sector público. Dentro de una lógica sistémica no habría lugar a la existencia de limitaciones para la movilidad de los trabajadores en las instituciones de atención de la salud; sus derechos deberían poder ser reconocidos en uno y otro sub-sector sin restricciones de ninguna índole. No obstante, es todavía un reto al futuro desarrollo de la carrera sanitaria que los países habrán de abordar con decisión y ánimo innovador, en el marco de sus definiciones de política laboral y de salud.

De lo anterior se deduce que las acciones para definir elementos críticos de la carrera sanitaria se ubican en diferentes ámbitos de la vida institucional, en particular en las áreas de estructura administrativa, financiera y legal. En ese contexto, los países habrán de lograr situaciones de equilibrio entre «lo deseable» y «lo posible», pero teniendo en cuenta que aunque la carrera sanitaria debe ser dinámica y estar sujeta a revisión continua, una vez que se plasma en un instrumento normativo, ley o decreto, adquiere un cierto grado de rigidez.

■ 3.2 LA NEGOCIACIÓN DE LA CARRERA SANITARIA

La negociación es un elemento clave para el éxito de la carrera sanitaria. El proceso de negociación para la construcción de la carrera sanitaria es una estrategia que posibilita el encuentro y el diálogo social entre los diferentes actores que participan en el proceso: Estado, instituciones públicas, trabajadores, usuarios, los representantes de instituciones públicas. Tiene como fin adoptar compromisos concretos y legitimar los contenidos de la carrera sanitaria, así como crear un espacio de acuerdo social que logre construir un estado de paz social.

Las carreras se generan en diferentes contextos, con diferentes tradiciones de contrato social, del empleo público, y con diferentes modelos que plantean diferentes condiciones y estrategias. Los caminos que se eligen para la introducción de la carrera sanitaria son por lo tanto diferentes y depende generalmente de las necesidades políticas.

El proceso de construcción de la carrera sanitaria, toma diferentes dimensiones e incluye diferentes elementos de acuerdo a la circunstancias propias del contexto

político, institucional, social y económico de cada país. En situaciones de emergencia y crisis política, la carrera sanitaria se plantea como una solución a un problema específico, usualmente vinculada a negociaciones salariales; de acuerdo a la experiencia de los países, generalmente implican arreglos insostenibles y de corto plazo. Mientras que cuando la introducción de la carrera sanitaria se plantea como un proceso, se permite un análisis y evaluación profundos y más amplios, con procesos de evaluación y concertación social que garantizan estabilidad y sostenibilidad.

En la construcción de la carrera sanitaria, son de especial relevancia las características del «clima institucional» en el cual se ha de desarrollar el proceso. Muy diferentes han de ser los avances en el proceso y los resultados finales, si se trabaja en un ambiente de «paz social» o si en ese ambiente predominan las presiones y los problemas y dificultades propios de un conflicto laboral. Las características de estos dos espacios y momentos políticos: la crisis o la paz social, marcarán sin duda la negociación.

Asimismo, según donde se origine la iniciativa, se establecen los elementos que forman parte de la carrera sanitaria y se define el margen para la negociación o la introducción de nuevos elementos. Por ejemplo, en Chile las políticas públicas de inversión guiaron el desarrollo de la carrera sanitaria, en tanto se permitió incrementar los salarios sólo en el caso de estar relacionados al desempeño. A fin de lograr negociar con éxito una carrera sanitaria integral, es importante que la iniciativa parta del sector salud, se tenga en cuenta el modelo de atención y se realice un examen crítico de todo el aparato de prestación de servicios, a fin de que la carrera sanitaria tenga correspondencia con las políticas de salud del país.

Dentro del proceso de negociación también se observan dos momentos diferentes que son críticos para el éxito de la carrera: en un primer momento durante la etapa de introducción de la carrera sanitaria, es necesario estructurar paralelamente la discusión con los gremios, la discusión con representantes de hacienda, educación, salud, y la discusión sobre los temas de disponibilidad de recursos. En un segundo momento, una vez introducida la carrera sanitaria, es indispensable mantener mesas de negociación permanentes, y construir un ámbito donde se discutan temas permanentemente con otros sectores como parte del proceso de intercambio de intereses y vigilancia del proceso de implementación, lo que permitirá evaluar y afinar los elementos flexibles de la carrera sanitaria.

La organización del proceso y el liderazgo en la conducción de su desarrollo, serán igualmente determinantes en sus resultados. Liderazgo significa capacidad de conducción y de lograr acuerdos y consensos que establezcan situaciones equitativas de reconocimiento de los derechos y deberes que en una justa y equilibrada relación laboral corresponde a cada grupo de actores en ese proceso.

Interpretar liderazgo como la capacidad de «ganar la pelea», lo que con frecuencia puede ocurrir, es condenar de antemano al fracaso el proceso de negociación de los acuerdos que puedan fundamentar una buena iniciativa de carrera sanitaria.

Determinar con objetividad y ánimo tranquilo, las características de los negociadores, de una y otra parte, es fundamental para asegurar buenos resultados en la negociación. Ésta será buena en la medida en que «todos ganen»: la sociedad en términos de servicios oportunos y de calidad; las instituciones en eficiencia, efectividad y un reconocimiento de calidad y buen crédito en la comunidad; y los trabajadores con el reconocimiento de sus derechos y de la valoración institucional y social de su trabajo.

■ 3.3 FACTORES CRÍTICOS PARA VIABILIZAR LA APLICACIÓN DE LA CARRERA SANITARIA

En los últimos años se ha prestado cada vez mayor atención al desarrollo de la carrera sanitaria como parte de las políticas de desarrollo de recursos humanos para la salud. Sin embargo, los acercamientos hacia su evolución se ven limitados por la falta de atención a aspectos cruciales para agilizar los procesos negociación, la aplicación exitosa de la misma, y el compromiso de las partes y la sostenibilidad, como son:

- ◆ La generación de evidencia y uso de evaluación económica como herramientas de negociación y elemento de sostenibilidad de las propuestas de la carrera sanitaria.
- ◆ Mayor articulación social en el proceso de negociación para lograr respaldo, legitimidad y viabilidad política.
- ◆ La generación y movilización de capacidad técnica y estructuras encargadas de la implementación de la carrera.
- ◆ Legitimación, institucionalización del proceso.
- ◆ Financiamiento.

3.3.1 Generación de evidencia y evaluación económica-financiera como herramientas de negociación y elementos de sostenibilidad de las propuestas de la carrera sanitaria

La dimensión económica en la formulación de la carrera sanitaria rara vez se discute en el ámbito de salud o en los procesos iniciales de su formulación. Con el fin de reforzar las capacidades nacionales para la construcción de propuestas propias y apoyar los procesos de negociación de la carrera sanitaria, se hace necesaria la generación de evidencia e información sobre costos y efectividad de diferentes estrategias y alternativas.

En estos análisis económicos y de sostenibilidad de la iniciativa, es importante tener presente que la dimensión económica de la carrera sanitaria y sus implicaciones no siempre se discuten o se definen en el ámbito familiar y comprensivo de los escenarios de salud. Estos temas se tratan en terrenos pragmáticos de los estamentos institucionales que manejan las finanzas nacionales. Los Ministerios de Finanzas o de Hacienda, según las denominaciones adoptadas por los países, son los escenarios previsibles para estas discusiones, a las cuales se requiere llegar con suficiente información convincente para lograr decisiones positivas.

Tanto el desarrollo de la carrera sanitaria cuanto la corrección en los desajustes de la misma, requieren necesariamente compromisos financieros sustanciales a corto plazo y mediano plazo. En este sentido, es necesario identificar los requerimientos mínimos de inversión que garanticen la sostenibilidad de la carrera sanitaria y dimensionar la capacidad del país para movilizar los recursos necesarios.

En ese sentido, diversos aspectos tienen implicancias económicas que son necesarias incorporar en el proceso de construcción de la carrera sanitaria. Así, la definición de escalafones salariales tiene implicancias presupuestales en el tiempo, tanto en los aspectos de movilidad vertical y horizontal cuanto en los incrementos de la base salarial usualmente negociados. Los programas para mejorar la motivación y el desempeño a través de incentivos y beneficios económicos e incrementos salariales también deben ser explícitos en la programación presupuestal. Así por ejemplo, la redistribución geográfica del personal requiere sistemas de incentivos para atraer a los trabajadores a las zonas distantes, que deben estar reflejados como parte de los costos de la carrera sanitaria a fin de garantizar el compromiso del gobierno y su correspondiente asignación presupuestaria estable. El análisis de competencias y de idoneidad del puesto puede requerir la contratación de nuevo personal. Pueden también abordarse programas de retiro anticipados, económicamente atractivos, como estrategia para reducir el exceso de personal o para la contratación del personal con perfiles más adecuados. Los planes de carrera sanitaria también consideran capacitaciones y formación continua como parte de la estrategia de desarrollo profesional que deben programarse y dimensionarse presupuestalmente. La implementación de la carrera sanitaria y los cambios en las condiciones de trabajo implican asimismo el garantizar capacidades físicas mínimas de infraestructura y de equipamiento que posibiliten la actuación de los equipos de salud, lo cual requiere una inversión que debe ser dimensionada. También existen costos administrativos asociados a la implementación de la carrera sanitaria ligados a los equipos responsables de implementar, supervisar y auditar el cumplimiento de los planes y metas.

En muchos casos ciertos elementos no son incluidos en la evaluación económica financiera. Cuando estas situaciones se presentan, los planes de incentivos y beneficios son usualmente los más afectados. Como no se cuantifican sus requerimientos, no se incorporan en la negociación y quedan para decisión posterior y a cuenta de

un presupuesto eventual que deberá ser definido más adelante, lo que implica usualmente que los compromisos adoptados no son sostenibles en el tiempo.

Durante el proceso de negociación debe considerarse asimismo que la implementación exitosa de la carrera sanitaria tiene además implicancias positivas en dos ámbitos que deben considerarse: las mejoras en el desempeño y productividad de los trabajadores de la salud y por ende en los resultados de salud de la población y la posible reducción de costos como consecuencia del uso racional de los recursos.

Por un lado, las mejoras en términos de resultados de salud de la población pueden ser producto del incremento de la efectividad de los recursos humanos en la provisión de servicios de salud. Existe evidencia de que las intervenciones que afectan la motivación y satisfacción de los trabajadores (salarios, prestigio, condiciones de trabajo, estrategias de selección y reclutamiento transparentes, capacitación) son altamente efectivas en la mejora del desempeño de los trabajadores de la salud²², y ésto a su vez incide sobre los resultados en la salud de la población²³. Por otro lado, la carrera sanitaria al ser una herramienta ordenadora de relaciones laborales promueve la utilización racional de los recursos humanos y físicos, y en este sentido, se espera que el uso eficiente de los recursos humanos y sus competencias se traduzcan en una reducción de costos en el mediano plazo. Así por ejemplo, establecer un programa de incentivos (económicos y no-económicos o en forma de capacitación), reduce los costos del llamado «burn-out» que se traducen en problemas de salud y ausentismo y reduce los costos de la alta rotación de personal o «turn-over». Al respecto, Jones²⁴ estima que el costo de remplazar a una enfermera es de 1.2 a 1.3 veces su salario promedio.

Establecer los costos de la carrera sanitaria tiene implicancias positivas para los gobiernos en la programación y en el control presupuestal. Sin embargo, en un contexto de escasez y competencia de recursos no basta con dimensionar los recursos necesarios; por el contrario, debe garantizarse el uso adecuado de los mismos y la oportunidad de invertir en la carrera sanitaria frente a otras alternativas. En este sentido es importante dimensionar las ganancias de eficiencia y de efectividad en términos de mejoras en la salud de la población y beneficios financieros. Estas constituyen herramientas para la argumentación de por qué la inversión en recursos

²² Bennett, Sara and Lynne Miller Franco. January 1999. Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework. Major Applied Research 5, Technical Paper 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

²³ Row AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet 2005; 366:1026-1035.

²⁴ Jones CB. The costs of nurse turnover, part 2: application of the Nursing Turnover Cost Calculation Methodology. Journal of Nurse Administration. 2005 Jan;35(1):41-9.

humanos es prioritaria y costo-efectiva en relación con otros rubros de inversión que concurren a los mismos objetivos y agilizan el proceso de negociación, la toma de decisiones y el compromiso.

Es imprescindible también, tener en cuenta en qué situaciones la inversión en el desarrollo de recursos humanos es más pertinente que otras intervenciones que pudieran tener también un impacto positivo en los resultados de salud de la población y cuáles son las acciones o áreas temáticas del plan de carrera sanitaria que podrían impactar con mayor efectividad en los objetivos planteados, a fin de priorizar actividades si fuera necesario. Así por ejemplo, un plan de carrera sanitaria con miras a fortalecer la estrategia de atención primaria, puede ser costo-efectiva, en tanto fomenta la promoción y la prevención y por tanto incide en la reducción de los costos hospitalarios al promover la reducción de hospitalizaciones a favor de un mayor número de atenciones ambulatorias y reduce la probabilidad de enfermedad de la población en el futuro²⁵.

3.3.2 Articulación social y viabilidad política

La carrera sanitaria es una expresión de liderazgo político y técnico, que requiere de espacios de discusión, participación y concertación, tanto en la construcción de la misma, cuanto en los procesos de revisión en las mesas de negociación, y por lo cual requiere de capacidades técnicas y procedimientos de gestión.

Dussault y Dubois²⁶ señalan que sólo la intervención y el convencimiento de todos los actores interesados garantizarían un cambio, por lo que la movilización de los sectores salud, educación, finanzas, gobiernos locales, cuerpos profesionales, entre otros, es una estrategia necesaria para garantizar el compromiso de las partes y la viabilidad política.

En este sentido es necesario incorporar a grupos de interés como son los gremios médicos en la discusión, pues sin su presencia se garantiza el fracaso. Los servicios civiles son asimismo un aliado fundamental en el proceso de la negociación, pues desde la función pública dan referencias y validan las propuestas.

Garantizar la representatividad de la comunidad y proveer de herramientas a la misma para poder asegurar comprensión y posterior control sobre los diferentes aspectos definidos es un aspecto fundamental muchas veces olvidado. Se hace necesario además difundir información sobre la carrera sanitaria y formar cuadros

²⁵ Tomblin Murphy Consulting Incorporated. Health Human Resources Component. Literature Review Report. Health Human Resource Planning/ Modeling Activities for Primary Health Care Nurse Practitioners. The Canadian Nurse Practitioner Initiative.

²⁶ Dussault G and Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health 2003, 1:1.

dentro de la administración y de los gremios para que puedan participar de la discusión, a fin de garantizar control y participación social alrededor de la definición de la carrera sanitaria. Mientras más amplia la articulación social en el proceso de desarrollo de las propuestas y la negociación, será más fácil contar con respaldo y legitimidad.

3.3.3 Generación de capacidades técnicas y estructuras encargadas de la implementación de la carrera sanitaria

Saltman y Figueras²⁷ señalan que aquellos países que han sido más exitosos en reformar su sistema de salud son precisamente aquellos con mayor información sobre las experiencias exitosas en otros países y con capacidad de movilizar las capacidades técnicas necesarias para el diseño de políticas adecuadas y viables. En este sentido es fundamental generar una masa crítica capaz de realizar planteamientos técnicos y de negociar, a fin de garantizar una negociación madura a partir de una base técnica sólida.

Asimismo, en el proceso de construcción de la carrera sanitaria no basta con definir el perfil de los integrantes de la misma; se requiere montar una estructura de recursos humanos y adecuar y fortalecer las áreas que harán posible la implantación de la carrera sanitaria –guías capacitaciones, entre otros– y el seguimiento y monitoreo de los resultados a través de mecanismos periódicos externos de control y evaluación. Ésto a su vez implica contar con un sistema de información para caracterizar la línea de base de la carrera sanitaria, y la supervisión de la misma, elementos que deben ser tomados en cuenta en el momento de planificar los recursos necesarios para la implementación de la carrera.

3.3.4 Legitimación e institucionalización del proceso

La implantación exitosa de la carrera sanitaria está determinada en gran medida por el grado de legitimidad e institucionalidad de la carrera sanitaria y las políticas de desarrollo de recursos humanos.

Hay factores de carácter económico, político y social en cada país que otorgan un marco favorable para la implementación de las normas. Según señala Zuvanic et.al.²⁸ sobre la implementación de las carreras civiles en la región de las Américas, la viabilidad de la implementación de las mismas está determinada por las demoras entre la

²⁷ Saltman RB and Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe 1997.

²⁸ Zuvanic, Laura y Iacovelo, Mercedes. Institucionalización y burocracia en América Latina. X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Oct. 2005.

emisión de la ley y su respectiva reglamentación, así como de la concertación de los actores dentro y fuera del Estado, que permiten que los procesos normativos sean mucho más aditivos. A esto se le suma la alta volatilidad de los funcionarios y los horizontes de corto plazo de las políticas. Así, aun cuando existe consenso sobre las prioridades en materia de políticas de desarrollo de recursos humanos, la credibilidad de cualquier iniciativa y por lo tanto su legitimidad, están en juego.

Tan importante como la legitimación de la propuesta es la institucionalización del proceso y el rol de gestión de la carrera sanitaria. Un indicador claro de la prioridad otorgada al desarrollo de los recursos humanos en salud, es el grado de institucionalización de las áreas a cargo de la gestión de la carrera sanitaria.

En general, en los países de la región de las Américas, la formulación de las políticas y la gestión de recursos humanos en salud es un proceso que se da en diversos ámbitos. Usualmente la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud es quien tiene a su cargo las cuestiones inmediatas de la administración del personal. Sin embargo, es usual que no exista una entidad encargada de conducir los procesos de desarrollo de recursos, e incluso se reconoce la presencia de diversas instituciones con injerencia sobre la política de recursos humanos en salud, con intereses divergentes, yuxtaposición de funciones y autonomías institucionales, sin una visión común hacia el desarrollo de los recursos humanos.

La estrategia de institucionalización debe incluir como eje, que las políticas se centren en el desarrollo de recursos humanos y que las unidades de administración de personal se ocupen del desarrollo de planes estratégicos, otorgándoles asimismo autonomía. En este sentido, según OPS, para institucionalizar la gestión de desarrollo de políticas de recursos humanos en salud, es necesario impulsar en los países la creación de una instancia que funcione como espacios de concertación interinstitucional y una instancia gubernamental responsable por la conducción de la política de recursos humanos en salud²⁹.

3.3.5 Financiamiento

Las propuestas de introducción de la carrera sanitaria deben incluir, como se mencionó anteriormente, un análisis económico y financiero de sus requerimientos e implicaciones. Los análisis y las decisiones que de ellos se deriven, son esenciales para lograr aceptabilidad inicial y garantizar sostenibilidad política y financiera en el mediano y largo plazo.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Enfoque perspectivas de las políticas de recursos humanos en salud. Curso Virtual de Liderazgo en Recursos Humanos en Salud.

Con frecuencia, estas evaluaciones de los requerimientos financieros no se realizan, o se llevan a cabo sin la suficiente amplitud y profundidad. Esto ocurre, en especial, cuando la introducción de la carrera sanitaria se hace bajo presiones de un conflicto laboral o situaciones de crisis, cuyas soluciones, por carencia de suficiente información de las implicaciones financieras, en el mejor de los casos tendrán vigencia limitada o en el peor de los casos conducirán a nuevas reclamaciones y confrontaciones.

Los requerimientos de financiamiento de las propuestas, deben establecer como mínimo cuánto costará la implementación de las propuestas y a la vez presentar información suficiente sobre las fuentes de recursos que se propone utilizar para atender esos requerimientos. Es esencial tener en cuenta que ésta es la información que requieren los niveles decisorios, tanto políticos como financieros, del Estado o de las instituciones comprometidas en el proceso de introducción de la carrera sanitaria.

Cualquier resultado del proceso de evaluación y negociación debe necesariamente garantizar la disponibilidad de fondos explícitamente para sostener la carrera sanitaria, darle credibilidad y que sea una alternativa que represente una solución de largo plazo. En este sentido deben incorporarse todos los elementos discutidos previamente, como son los incentivos, beneficios y salarios, así como capacitación y cualquier necesidad de inversión en infraestructura y equipamiento. Ello asegura que estos no queden para decisión posterior y a cuenta de un presupuesto eventual que deberá ser definido más adelante, lo que implica usualmente que los compromisos adoptados no sean sostenibles en el tiempo.

No obstante, uno de los principales problemas en este sentido son las restricciones fiscales de los países. En conjunto la fuerza laboral de los servicios de salud representa una proporción importante de los presupuestos de las instituciones del sector salud. Ésta puede llegar a ser el 75% de los rubros presupuestales. Se estima que en los países de ingresos bajos, los costos del personal exceden las dos terceras partes de los presupuestos de salud pública y se citan cifras similares para los componentes privados de los servicios de salud³⁰. En este sentido, cualquier requerimiento presupuestal para el desarrollo de la fuerza laboral en este sector, implica una movilización importante de recursos.

En muchos países en los cuales funcionan, los organismos internacionales de financiamiento impusieron metas fiscales para reducir la inflación y el déficit fiscal; para ello los países tienen límites presupuestarios. Si bien hay una necesidad de

³⁰ Global Equity Initiative, Harvard University; Joint Learning initiative, Human Resources for Health: Overcoming the crisis; p 22, 2004.

ampliar la infraestructura y equipamiento para la atención de salud e invertir en recursos humanos en salud, muchos países se ven imposibilitados de ampliar sus presupuestos para contratar a más trabajadores de la salud o de aceptar subvenciones para la ampliación de la cobertura de atención en salud por los techos fiscales impuestos, y por lo tanto, finalmente, para poder garantizar el incremento en la inversión en recursos humanos, los gobiernos se ven forzados a reducir la inversión en otros componentes de salud.

No obstante, el propio Fondo Monetario Internacional (FMI)³¹, reconoce que existe un dilema en los programas de sostenibilidad fiscal que éste apoya y promueve, e indica que si bien existen países en los que el gasto en salarios del sector público ha llegado a niveles insostenibles, la inversión en la fuerza laboral en ciertos sectores productivos como son educación y salud, brindan posibilidades de retorno económico.

De acuerdo a Heller et al.³² del FMI, considerables recursos podrían liberarse y brindar opciones de ampliación del espacio fiscal, por ejemplo a través de la inversión en atención primaria de salud, que enfatiza la atención preventiva y curativa y reduce costos hospitalarios. También anota que en muchos países, la legislación laboral es uno de los aspectos que ofrecen las mayores restricciones para el crecimiento económico, indicando que las leyes de trabajo deben examinarse para lograr el equilibrio adecuado entre la protección de los derechos de trabajador, por un lado, y permitir la flexibilidad suficiente del mercado de trabajo, por el otro.

En todo caso, una mayor inversión en el sector salud es imprescindible, y es necesario hacer hincapié en la contribución del sector salud a la economía nacional muchas veces menospreciada, tanto por su capacidad de absorción de la fuerza de trabajo cuanto por la contribución de la salud en la formación y preservación del capital humano. Y en este sentido, cualquier negociación interna o con organismos internacionales de financiamiento, que busque lograr la ampliación del espacio fiscal y de la inversión en este aspecto, requiere de una evaluación y dimensionamiento previos a la negociación, de todos los costos y beneficios que implica esta inversión.

³¹ Peter S. Heller, 2005, Understanding Fiscal Space, IMF Policy Discussion Paper. Washington: International Monetary Fund.

³² Peter S. Heller and Christian Keller, 2001, "Social Sector Reform in Transition Countries," IMF Working Paper No. 01/35. Washington: International Monetary Fund.



CAPÍTULO 4

EXPERIENCIAS NACIONALES EN EL DESARROLLO DE LA CARRERA SANITARIA

■ 4.1 PANORAMA REGIONAL

La carrera sanitaria es, como señala un reciente informe de OPS/OMS³³ el resultado de esfuerzos nacionales que ponen «de manifiesto la necesidad de construir un marco integrador que partiendo de una visión política del trabajo en salud, como ámbito de responsabilidad del Estado en el contexto actual, oriente las decisiones y la generación de marcos y mecanismos regulatorios para brindar una mayor coherencia con la realidad»³⁴.

Dentro de esta orientación, como señala el documento citado, «Un gran número de países de la región han iniciado procesos de análisis de sus legislaciones laborales y se encuentran desarrollando propuestas enmarcadas en las llamadas –carreras sanitarias o carreras profesionales–, en un intento de proteger los derechos de los trabajadores en este escenario de inestabilidad creciente»³⁵.

En esta línea se elaboró un diagnóstico sobre la situación de los países en el proceso de construcción de la carrera sanitaria, que partió de un análisis inicial elaborado en la reunión de un grupo de expertos nacionales realizada en Managua, Nicaragua, del 29 al 31 de mayo del presente año. Sobre la base de esta experiencia se estructuró un formato que se utilizó para realizar una consulta a los países sobre el proceso de construcción de la carrera sanitaria. Asimismo, se hizo una revisión de la documentación existente, en proceso de elaboración o aprobación, de los marcos legales relacionados a la carrera sanitaria provistos por los mismos países, los cuales se ponen a disposición en el disco compacto adjunto a esta publicación.

Los resultados permiten identificar los principales procesos en la definición de la carrera sanitaria y sus componentes y expresiones funcionales en los países de

³³ OPS/OMS: Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud , 2005-2015.

³⁴ OPS/OMS: Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud , 2005-2015.

³⁵ OPS/OMS: Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud , 2005-2015.

Latinoamérica. El diagnóstico realizado servirá como base para las discusiones posteriores sobre la carrera sanitaria y de insumo para la elaboración de un instrumento técnico para los países en la construcción de la carrera sanitaria, así como para consolidar enfoques de cooperación técnica en esta área.

Se observa entonces que en los países de Latinoamérica, si bien los grados de desarrollo en la construcción de la carrera sanitaria y contenidos de la misma difieren de país a país, la carrera sanitaria representa el resultado de un esfuerzo nacional para conformar un conjunto de disposiciones e instrumentos cuyo propósito, en un contexto institucional definido, es ordenar la labor y el trabajo de los recursos humanos en salud y armonizarlos con los derechos de la población a una atención de salud oportuna, digna y de calidad.

No es de sorprender que en la mayoría de los países de Latinoamérica la iniciativa de la carrera sanitaria se origina en el conflicto laboral y surge como una necesidad de organizar un sistema que garantice la estabilidad laboral y mejores condiciones salariales, como es el caso de Nicaragua, Ecuador, Perú, República Dominicana y Guatemala. En otros países surge, aunque menos frecuentemente, como una iniciativa gubernamental y legislativa, como es el caso de Colombia, mientras que también puede tener origen en una iniciativa institucional como en Bolivia y Paraguay.

La diversidad de marcos e instrumentos legales para la regulación del trabajo es amplia; existe a nivel de países un conjunto de normas diversas, con diferentes grados de formalización (leyes, decretos, reglamentos) y con gran variedad de contenidos entre países y en el mismo conjunto normativo (desde grandes principios a pequeños detalles). En la región de las Américas, la viabilidad de la implementación de las mismas está determinada generalmente por las demoras entre la emisión de la ley y su respectiva reglamentación, y en esta línea, muchos países de la región cuentan con leyes que sustentan la carrera sanitaria pero no se han logrado implementar por falta de los instrumentos o reglamentaciones. Otros países han dejado la reglamentación de la Ley para un momento posterior, relegando para un futuro la discusión de aspectos técnicos fundamentales que muchas veces exigen procesos de negociación más críticos. Este es el caso de Ecuador, donde el establecimiento del escalafón salarial, así como la definición de los incentivos estarán sujetos a reglamentación posterior a la aprobación de la ley. En Brasil no se cuenta con una ley, pero en cambio se cuenta con directrices para el desarrollo de las carreras estadales.

En algunos países como Bolivia y Uruguay cuentan con un Estatuto para trabajadores de la Salud o Ley de Carrera Sanitaria además de una Ley de Carrera Administrativa, mientras que otros países como Guatemala o Haití no cuentan con marcos legales laborales de ningún tipo. En Perú, existe una norma de carrera sanitaria específica para médicos cirujanos, enfermeras, obstétricas, cirujano-dentistas, quí-

mico-farmacéuticos y técnicos médicos, producto de los reclamos laborales de cada uno de estos gremios.

En general, se observa que la carrera sanitaria en Latinoamérica es un instrumento legal que busca ser de aplicación en el ámbito nacional (a excepción del caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como tal). Sin embargo, llama la atención que no en todos los países el campo de aplicación de la carrera sanitaria incluya o busque la inclusión de todas las instituciones del sistema de salud, lo cual puede conducir a nuevos conflictos e inequidades. En Perú y Colombia la carrera sanitaria se aplica o plantea su aplicación tanto al Ministerio de Salud y de la Protección Social respectivamente, como a las demás instituciones de carácter oficial del sistema. En cambio en República Dominicana se propone una aplicación voluntaria a las demás instituciones fuera del Ministerio de Salud, en tanto que en Ecuador la aplicación de la carrera sanitaria es voluntaria para todos los trabajadores del sector.

En la construcción de la carrera sanitaria uno de los puntos más importantes es la definición de quiénes están incluidos en ella. Usualmente, los países definen el ámbito de aplicación de la carrera sanitaria al personal de blanco únicamente y excluyen al personal administrativo que generalmente se encuentra bajo el régimen de la carrera administrativa. Algunos países como Chile incluyen en la carrera sanitaria únicamente al personal de servicios de salud mientras que otros como Ecuador proponen la inclusión de todo el personal sin excepción. Una de las interrogantes más frecuentes sin embargo, es la incorporación de los médicos residentes y del personal de confianza en la carrera sanitaria. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y República Dominicana excluyen explícitamente a los residentes, y Nicaragua por su parte, incluye en su proyecto de ley a todo el personal (administrativo, asistencial, de servicios de apoyo y que cumplen con las funciones esenciales de salud pública), a excepción del personal de confianza. En Perú la carrera sanitaria o administrativa, no considera a todo el personal del sistema, únicamente al personal nombrado, excluyendo a una gran proporción de la fuerza laboral.

La carrera sanitaria cumple funciones importantes en la situación del empleo y responde generalmente a los modelos de salud y a los objetivos de gestión y organización del trabajo en el país; su diseño responde a un contexto político social y económico y al peso de poder que se le da a cada uno de los actores, por lo que son notorios los diferentes énfasis que se les da en cada país.

En Perú, el alto nivel de conflictividad generó múltiples arreglos específicos para diferentes profesionales, por lo que la carrera sanitaria se convirtió en un instrumento regulador de relaciones laborales que no tiene que ver con el modelo de prestación de servicios, y que si bien no es la referencia legal para los convenios de gestión, constituye la base de las condiciones contractuales para la prestación de servicios. En Nicaragua, si bien la carrera sanitaria tiene origen en el conflicto laboral y surge con

la necesidad de garantizar la estabilidad laboral y mejores condiciones salariales, su construcción nace del consenso de la necesidad de crear soluciones de largo plazo, donde no sólo participaron los actores del sector salud sino también del sector trabajo y finanzas. En tal sentido, el énfasis de la carrera sanitaria en Nicaragua, además de estar en la gestión y regulación del recurso humano, establece la vinculación con el Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS e introduce en el sistema de gestión y evaluación del desempeño, compromisos de gestión individual. En Chile, por otro lado, la carrera sanitaria busca ser un instrumento de gestión y regulación del recurso humano, que se centra en el ámbito administrativo y prioriza los convenios de gestión, lo cual responde a una agenda de gobierno y es el reflejo de una política nacional que no necesariamente parte de un proceso de concertación.

En el desarrollo y construcción de la carrera sanitaria, los países tuvieron en consideración en mayor o menor medida, aspectos fundamentales como la estabilidad o flexibilidad con protección, la igualdad de oportunidades de ingreso, el desarrollo de los recursos humanos, los derechos y deberes del trabajador, organización y comunidad, la regularización de los contratos, estructuración del empleo e introducción de un mapa de puestos y un escalafón salarial, idoneidad del cargo, la profesionalización del personal de salud a partir de la consolidación del principio de mérito y la valoración del desempeño.

Mapa de puestos y el escalafón salarial

Los países reconocen en general los aspectos fijos y flexibles de la retribución del trabajador y proponen en este sentido, establecer un salario base que responde generalmente a la política salarial de los países y componentes flexibles que garanticen las posibilidades de movilidad de la retribución, como son los incentivos y beneficios.

La composición del escalafón a su vez se enmarca dentro de la estructura o mapa de puestos. La experiencia de los países indica que en la definición del mapa de puestos, es recomendable evitar el exceso de diferenciaciones, sobretodo porque facilita la planificación presupuestal. Además se manifiesta que en el establecimiento de la tabla de referencia salarial es favorable partir de un planteamiento de «bandas anchas» que permita movilidad y flexibilidad.

En Chile, el escalafón de la carrera sanitaria define cinco (5) bandas y una única escala de sueldos, con 30 niveles de remuneración. Las cinco (5) bandas corresponden a: directores, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares.

En Nicaragua, el anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria considera un sistema de desarrollo del recurso humano basado en la movilidad vertical y horizontal, que define la tabla de referencia salarial. Ésta se construyó en relación al nivel de com-

plejidad establecida por la metodología HAY, y establece veintidós (22) niveles de ascenso –operativo, ejecutivo y directivo–, y períodos de movilidad horizontal cada tres años, a través de diez (10) clases, para una vida laboral estimada de treinta años.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los agrupamientos se hacen por especialidad y por función. Esto permite definir competencias, generar procesos de selección y establecer sistemas de incentivos. De acuerdo a la disponibilidad de presupuesto se pueden incentivar determinadas funciones que el sistema considere prioritarias. En este sistema es necesario establecer intervalos de acuerdo con unidades retributivas que deben tener incrementos independientemente de la inflación, etc.

Incentivos y evaluación de desempeño

Los países definen criterios para fijar incentivos y establecen los tipos de incentivos aplicables en la carrera sanitaria y estos pueden ser económicos, no económicos y mixtos, individuales y colectivos. En la experiencia de Chile los reconocimientos de beneficios por desempeño colectivo han demostrado ser un potente instrumento gerencial; en particular los incentivos no económicos, y específicamente los asociados a la especialización. Aunque los incentivos colectivos son los más costosos, han sido también los incentivos de efectos más claros en el programa de atención primaria y en los objetivos de redistribución geográfica.

En general, el sistema de incentivos se establece explícitamente en la ley, aunque en muchos países los mecanismos de asignación, los pesos asignados a los diferentes criterios, la autoridad encargada de la administración de incentivos y de la evaluación económica, entre otros, se establecen en reglamentos que en muchos casos se definen posteriores a la aprobación de la ley.

Colombia utiliza ampliamente los incentivos no económicos como programas de becas y de desarrollo profesional. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires utilizan incentivos económicos en forma de suplementos al salario, diferenciales por agrupamiento y actividad (población a cargo, disponibilidad horaria, actividad compleja, área de urgencia, tarea insalubre, guardia de sábado y domingo, inversión de recursos propios). Además se han establecido incentivos para funciones de atención primaria en salud también en forma de suplementos salariales.

Nicaragua además de los incentivos económicos por desempeño, experiencia y basados en calificación académica, define como incentivos no económicos (laborales y profesionales), a los referidos a una serie de reconocimientos como facilidades de estudio de pos-grado o doctorados, becas de desarrollo profesional y reconocimiento a la investigación y docencia, y los incentivos en forma de reconocimiento

social que son reconocimientos máximos que la sociedad, Estado y otras organizaciones hacen en forma honorífica.

En el Perú, en cambio, debido a las normas de austeridad se han limitado ampliamente las políticas de incentivos y actualmente sólo son aplicados los incentivos para las ampliaciones de horarios de trabajo.

Hay una relación directa entre la evaluación de desempeño y la aplicación de incentivos, y constituye una herramienta ampliamente utilizada para la gestión y organización del recurso humano en los países. En general, además de la evaluación de desempeño, los criterios más utilizados para fijar incentivos son la experiencia y la calificación académica. Algunos países como Ecuador y Brasil definen además la ubicación geográfica, el trabajo de alto riesgo y el trabajo de difícil acceso como sujeto de incentivos. Brasil además otorga gratificaciones o adiciones salariales por dedicación exclusiva al Sistema Único de Salud, por participación en atención primaria y por el ejercicio en urgencias o emergencias. En Chile, dentro del énfasis regulatorio de la carrera sanitaria, los incentivos se asocian al cumplimiento de metas sanitarias.

Si bien la antigüedad no es un criterio que se sugiere considerar para fijar incentivos o como factor de promoción, países como Nicaragua y Paraguay lo utilizan. En Chile también se incluyeron componentes complementarios a la evaluación de desempeño como antigüedad, uso de uniforme, puntualidad, no haber tenido ausencias injustificadas. Estos esquemas han dado buenos resultados para neutralizar incentivos de «ir a paro» de los trabajadores.

República Dominicana plantea en su proyecto de ley de carrera sanitaria incentivos amplios, tanto económicos como educativos, por puesto de trabajo, evaluación del desempeño, desarrollo profesional, logro de metas y la obtención de resultados, prestación de servicios fuera del horario ordinario, docencia, investigación y antigüedad.

Desarrollo de recursos humanos

El desarrollo de recursos humanos dentro de la carrera sanitaria se plantea en todos los países, y comprende los procesos de capacitación, promoción y re-certificación.

En el campo de la capacitación y formación permanente, sobre todo Colombia y Brasil han desarrollado ampliamente este componente con el fin de regular la pertinencia, calidad y cantidad de programas de formación. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires define planes bianuales de capacitación y establece la exigencia de la capacitación y desarrollo de competencias para la idoneidad del cargo. Chile define programas de perfeccionamiento y especialización para la capacitación y desarrollo de competencias y establece un sistema de planes anuales de capacitación elabora-

dos por los propios servicios de salud según las necesidades. Uruguay además vincula la formación con los derechos del usuario y la generación de espacios de participación de la comunidad y hace énfasis en el trabajo en equipo. En Paraguay se valora entre otros aspectos ya mencionados el tiempo de trabajo, la movilidad geográfica, la re-certificación periódica, y la antigüedad.

Las posibilidades de promoción y ascenso dentro de la carrera sanitaria en los países se definen por la promoción vertical y horizontal, que de acuerdo a lo observado, se basan en el mérito, la capacitación y la evaluación de desempeño ligadas al cumplimiento de metas institucionales.

Este último mecanismo, es la herramienta por excelencia para establecer y definir la promoción en la carrera sanitaria. En el proyecto de carrera sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se definen los mecanismos de evaluación de desempeño, que incluye la periodicidad, la modalidad de evaluación (auto-evaluación, del superior inmediato, evaluación grupal), el comité local de evaluación y la forma de evaluación de cargos de conducción. En Paraguay se somete el desarrollo del personal a calificación y cuantificación.

Asimismo, la acreditación de competencias es fundamental en la promoción en diversos países, y para ello se plantean sistemas de certificación y re-certificación. En general los países plantean estos sistemas por educación continuada, por créditos y reconocimiento de eventos, foros, simposios, etc. En Chile se plantean mecanismos formales para la acreditación como requisito para la promoción y en Brasil un programa nacional de calificación. En México los mecanismos y criterios de evaluación definidos en la carrera administrativa son definidos por los comités de profesionalización.

Vida laboral

La carrera sanitaria determina mecanismos para la formalización de la relación laboral, y en este sentido establece tipos de contratación, define beneficios y obligaciones por tipo de contratación, la carga horaria, establece los mecanismos de egreso, reconoce la autonomía del ejercicio profesional, entre otros.

En esta línea, Ecuador propone tipos de contratos directos y con estabilidad laboral y define además los tipos de contratación, entre ellos los nombrados, contrato por horas, por tiempo fijo, entre otros. En el Perú únicamente los trabajadores con estabilidad laboral son incluidos en la carrera sanitaria o administrativa, y no considera al resto del personal, únicamente al personal nombrado. Además no están comprendidos en dicha carrera los funcionarios que desempeñan cargos políticos o de confianza. Se definen además diferentes tipos de contratos, algunos con relación laboral, y otros intermediados por la contratación de servicios administrativos. Ello

generó una gran flexibilización en materia laboral y que más del 30% de la fuerza laboral tenga actualmente contratos flexibles precarios.

Salud y seguridad del trabajador de la salud

Esta es un área que aun no ha sido ampliamente desarrolla por los países o incluida en los procesos de carrera sanitaria, pues generalmente se plantea únicamente el aspecto de salud ocupacional desde una perspectiva de protección contra riesgos laborales y aseguramiento, enmarcada dentro de las leyes de seguridad social de los países.

Proceso de negociación:

El caso de Nicaragua

Entre el 2002 y 2003 se dieron una serie de medidas en Nicaragua para lograr el equilibrio salarial que se perdió luego de que ciertas normas introdujeran rigideces e inequidades en los salarios de los trabajadores de la salud, quienes quedaron con remuneraciones inferiores a otros trabajadores del Estado con complejidad similar o menor. Sin embargo, se aplicaron incentivos discrecionalmente, lo que profundizó las diferencias salariales en personas que con igual cargo tenían diferentes incentivos. Este problema se agudizó con la propuesta de ordenamiento de la escala salarial, estableciendo los cargos por niveles de complejidad, lo que benefició a grupos específicos como médicos y enfermeras, complejizando aún más el problema de la administración de cargos.

Las distorsiones introducidas generaron malestar entre los trabajadores, y el MINSA inició un proceso de revisión de la aplicación de los incentivos. Durante el 2004 se llegó a un acuerdo de eliminar el pago de esos incentivos incorrectamente aplicados y se identificaron necesidades financieras para corregir estas distorsiones. Sin embargo el incremento salarial aprobado en el presupuesto de 2005 no permitió una nivelación de los salarios.

Durante este mismo año se inició una huelga del sector que duró seis meses y afectó incluso los servicios de emergencias, motivo por el cual en enero del año 2006 se aplicó un incremento salarial a todos los trabajadores de salud para dar fin a la protesta.

Dado que las estrategias aplicadas hasta la fecha fueron insuficientes y sólo dieron paso a nuevos y mayores reclamos, en el marco de las protestas, el Estado, los trabajadores de la salud y la sociedad civil llegaron a un consenso de la necesidad de elaboración en conjunto de una Ley de Carrera Sanitaria y una Política Salarial que garantice soluciones sostenibles de mediano y largo plazo, a

las demandas de los trabajadores, las necesidades de la población y los requerimientos de la institución³⁶.

Con el objetivo de lograr la ejecución de estos acuerdos se constituyeron grupos de trabajo para discutir los contenidos de la referida ley y para garantizar la representatividad del Estado y de los trabajadores, estas comisiones contaron con alta representación sindical (alrededor de 300 gremios de trabajadores de salud) liderados por representantes de los Ministerios de Hacienda y Salud.

Se conformaron siete comisiones de trabajo para discutir y acordar los aspectos técnicos de la propuesta de ley, que tuvieron como particularidad que no constituían equipos estrictamente técnicos:

- ◆ Comisión 1: Marco referencial de la carrera sanitaria.
- ◆ Comisión 2: Reclutamiento y selección.
- ◆ Comisión 3: Escalafón sanitario (política salarial, cargos, salarios).
- ◆ Comisión 4: Desempeño e incentivos.
- ◆ Comisión 5: Vida laboral y desarrollo de RRHH.
- ◆ Comisión 6: Egresos.
- ◆ Comisión 7: Coherencia y viabilidad técnica, política, social, jurídica.

La carrera sanitaria en Nicaragua tiene su origen en el conflicto laboral y surge como una necesidad de organizar un sistema de escalafón salarial que garantice la estabilidad laboral y mejores condiciones salariales.

Al momento de iniciarse el trabajo de estas comisiones, los trabajadores se encontraban en huelga y las reivindicaciones solicitadas por los trabajadores eran básicamente salariales. En el caso de los médicos el salario se encontraba alrededor de los US\$400 y las reivindicaciones salariales solicitadas llegaban hasta US\$1,000.

La estructura planteada en el proyecto de ley de carrera sanitaria en Nicaragua contempla básicamente un sistema de escalafón salarial y un sistema de incentivos³⁷. El sistema de escalafón salarial responde a un mapa de escalas y categorías ocupacionales que contempla las necesidades ocupacionales del sistema; y el sistema de incentivos se basa en el reconocimiento de la calificación, experiencia y desempeño de los trabajadores.

Durante el proceso de negociación, se construyó inicialmente un sistema alrededor de puestos, que consideraba puestos propios (medicina, odontología, enfermería,

³⁶ Exposición de motivos. Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria y Política Salarial en Nicaragua. Octubre 2006.

³⁷ Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria y Política Salarial en Nicaragua. Octubre 2006.

entre otros), puestos comunes (o administrativos) y puestos tipo. En este esquema se agrupaban puestos específicos y el sistema de acreditación se haría en función a los puestos tipo, no con base en puestos específicos. La tabla de referencia salarial contemplaba inicialmente cincuenta y tres (53) denominaciones de medicina y odontología, para casi 130 denominaciones en total. El salario estaría compuesto por una retribución fija (asignación o salario básico), al cual se le sumaba una retribución variable por antigüedad.

Se consideró que sería necesario lo siguiente:

- ◆ Simplificar las categorías funcionales y salariales.
- ◆ Las categorías salariales deberían fijarse según categorías profesionales, sobre la base de bandas anchas que permitieran movilidad y flexibilidad, e incluir factores de movilidad horizontal y vertical, pues de otro modo, la única forma de incrementar el salario sería mediante el ascenso vertical, pues este esquema no permitiría la movilidad horizontal por mayor capacitación o desempeño.
- ◆ En cuanto a la relación de la matriz de cargos con la tabla salarial, lo importante sería que el salario sea justo y equitativo, y no intentar expresar y reivindicar a todas las especialidades.
- ◆ Que el manual de clasificación y tabla de salarios estuvieran vinculados con el modelo de atención y las políticas de salud.

Esta idea se desechó y actualmente el proyecto de ley³⁸ a presentarse al Legislativo parte del análisis de la estructura de puestos del Ministerio de Salud y con el objetivo de establecer una carrera sanitaria vinculada al desarrollo de los recursos humanos, se propone además de los mecanismos de ascensos contemplados para la estructura del Estado, dos tipos de movildades que se articularán de la siguiente forma:

- ◆ La **movilidad vertical o ascenso**, que está determinada para el concurso de plazas vacantes en los puestos de Dirección establecidos en la estructura de la organización.
- ◆ La **movilidad horizontal o promoción**, que está vinculada al desarrollo de los recursos humanos, entendiendo la misma como un proceso continuo, dinámico y flexible de actividades de formación continua y educación permanente, evaluación del desempeño individual o institucional y experiencia en el puesto, la cual se somete a una convocatoria según los periodos establecidos y será de carácter voluntario.

³⁸ Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria y Política Salarial en Nicaragua. Octubre 2006.

Los criterios de promoción son

- ◆ Formación y capacitación.
- ◆ Experiencia laboral en el puesto.
- ◆ Evaluación del desempeño.

Considera además una clasificación de puestos de acuerdo a:

- ◆ La función: directivo, ejecutivo y operativo.
- ◆ La naturaleza del trabajo: administrativo, asistencial, FESP y servicios de apoyo o generales.

Para la denominación de cargos actualmente existen 58 denominaciones de médicos, y en estos momentos se está haciendo el levantamiento de la ficha de cada puesto para la nueva nomenclatura; se prevé que en el grupo de los médicos se reduzcan a 3: médicos generales, especialistas y subespecialistas.

La tabla de referencia salarial está en relación al nivel de complejidad establecida por la metodología HAY, y establece veintidós (22) niveles de ascenso –operativo, ejecutivo y directivos–, y períodos de movilidad horizontal cada tres años, a través de diez (10) clases, para una vida laboral estimada de treinta años.

La estructura de la remuneración está compuesta por:

- ◆ Retribución fija: salario básico más un bono de productividad.
- ◆ Retribuciones variables: beneficios e incentivos (por antigüedad, zonaje, turno, doble turno, condiciones anormales, experiencia por nivel académico, docencia, responsabilidad, permanencia, nocturnidad, trabajo de terreno, complemento salarial).

Finalmente, el proceso de negociación y discusión de la carrera sanitaria hizo evidente la necesidad de generar capacidad institucional y de desarrollar cuadros técnicos que fortalezcan el proceso de desarrollo y negociación de la carrera sanitaria. Asimismo, resaltó la necesidad de establecer comisiones técnicas capaces de generar propuestas específicas y con capacidades de negociación adecuadas, especialmente en el aspecto legal, de evaluación económica-financiera y de clasificación de cargos y salarios, y la importancia de establecer en el proceso, mecanismos para garantizar la disponibilidad presupuestaria.

A la fecha, el anteproyecto de ley fue presentado al Poder Ejecutivo para ser aprobado, pero aún se encuentra en discusión en los escenarios de política salarial.

En este sentido, es claro que el éxito de la carrera sanitaria requerirá de una combinación de consenso político, análisis técnico y garantías para la sostenibilidad financiera.



CAPÍTULO 5

COOPERACIÓN TÉCNICA Y CARRERA SANITARIA

En general, en la región de las Américas, las cuestiones relativas a los recursos humanos en salud estuvieron ausentes de las agendas políticas sobretodo durante las reformas del sector salud en los noventa³⁹. Incluso la forma en que los recursos humanos en salud influyen en el éxito de las reformas del sector salud no fue materia de una discusión profunda (Rígoli y Dussault⁴⁰).

En la última década sin embargo, se ha reconocido la importancia de la inversión de los recursos humanos en salud para hacer frente a desafíos globales como son las metas de desarrollo del milenio, las enfermedades crónicas y las crisis de salud por epidemias, desastres naturales y conflictos⁴¹.

Según Dussault⁴², la aparición de nuevas enfermedades, la situación de precarización del trabajo, desempleo y pobreza, el crecimiento demográfico de la población, obliga a mejorar la eficacia de los sistemas de salud, lo que a la vez requiere jerarquizar la gestión del recurso humano, ya que la misma fue un factor relegado en las reformas.

En esta línea, la construcción de la carrera sanitaria surge como elemento clave para el proceso de fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en salud, en tanto plantea aspectos de equidad y de reivindicación del derecho a la salud y al trabajo decente en salud, en los cuales la desprecuarización del trabajo y la gestión de los recursos humanos en salud son el eje fundamental.

³⁹ Brito, Quintana P; Desafíos y problemas de la gestión de Recursos humanos en salud en las reformas Sectoriales, Programa desarrollo Recursos Humanos. División Desarrollo de sistemas y servicios de salud, OPS/OMS, 2000.

⁴⁰ Rigoli F and Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. Human Resources for Health 2003, 1:9. November 2003.

⁴¹ WHO. World Health Report 2006. Working together for health.

⁴² Dussault, G. y De Souza, L.E. La Gestión Estratégica de Recursos Humanos En Salud. Universidad de Montreal, Facultad de Medicina, Departamento de Administración de la Salud. Escuela de Verano en Salud Pública.

Surgen así desafíos importantes en el campo de la cooperación técnica, y en este sentido resulta fundamental establecer alianzas globales y nacionales para hacer visible los desafíos y promover acciones para el desarrollo de los recursos humanos e incluir en el proceso a la academia, asociaciones profesionales, agencias de cooperación financiera y agencias de cooperación internacional. Asimismo, aparece como indispensable generar suficiente volumen de financiamiento para combatir realistamente la crisis y mantener un nivel adecuado del mismo en el tiempo que garantice la sostenibilidad de las iniciativas de los países y las actividades de cooperación.

■ 5.1 ROL DE LOS ORGANISMOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En los últimos años, la expansión de organismos de cooperación y la consecuente competencia por fondos ha obligado a las agencias de cooperación internacional a generar nuevas modalidades de cooperación técnica, las cuales enfatizan la construcción de capacidades nacionales y el uso de la expertise nacional e institucional para la implementación de proyectos.

Consecuentemente, las iniciativas de los países aparecen con más fuerza en el accionar de la cooperación internacional y constituyen parte importante de la demanda actual en cooperación técnica, generando elementos comunes entre la agenda de cooperación técnica internacional y los planes de los países en materia de desarrollo.

Las agencias de cooperación técnica y financiera, en este sentido, tienen el rol de colaborar colocando los desafíos críticos en la agenda social y política, proveer ayuda técnica, apoyar a los países a implementar y garantizar la sostenibilidad de políticas adecuadas. Tienen como rol acompañar y asesorar en los procesos, generando directrices a través de la evidencia y garantizando recursos disponibles que se puedan movilizar en términos de expertise, para apoyar a los países en la construcción de sus planes de carrera sanitaria.

Asimismo, la cooperación técnica y financiera cumple un rol fundamental como elemento político, como catalizador para llegar a consensos por su fuerza de convocatoria y de movilización de capacidad técnica y política, pudiendo así apoyar la generación de participación e intervención de los principales actores a través de la organización de seminarios, conferencias y talleres, que buscan finalmente lograr consenso.

Cooperación multilateral

Reconociendo la importancia de los recursos humanos en salud, la OPS ha acompañado los procesos de cooperación técnica en torno al desarrollo de los recursos

humanos en salud en los países de la región y ha logrado mantener una perspectiva estratégica de la gestión de los recursos humanos en salud⁴³.

Durante los setenta, la planificación en recursos humanos fue un componente importante del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y de la propia OMS⁴⁴; sin embargo ésta se centró en una programación normativa más que en una planificación estratégica. Según Brito et.al.⁴⁵, la ineffectividad de la planificación en recursos humanos durante esos años se debió a que no consideró las dinámicas propias del campo de salud. A partir de mediados de los ochenta surge la necesidad de enfocar la planificación de recursos humanos desde una dimensión política que involucrara todos los aspectos del campo, y en este contexto el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS promovió activamente el desarrollo de nuevas aproximaciones a la planificación del personal, orientándola hacia las dinámicas de formación, trabajo y gestión de los recursos humanos⁴⁶.

Asimismo, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud decidió orientar su cooperación técnica hacia la educación del personal que trabaja en los servicios de salud, dado que uno de los grandes problemas en la gestión de los recursos humanos en salud giraba alrededor de la formación y la idoneidad del cargo, lo que finalmente se amplió a la perspectiva de educación permanente, aspecto fundamental en el desarrollo de la carrera sanitaria y la gestión de recursos humanos en salud (Davini et. al⁴⁷).

Actualmente, la nueva agenda o de reconstrucción de capacidades en materia de recursos humanos en salud es el resultado de los muchos problemas que arrojó la aplicación de la reforma, de algunos de sus fracasos y de la actual necesidad de recomponer el rol del Estado como rector en materia de política social, y en salud en particular para responder a la situación de deterioro de las relaciones y condiciones laborales en los servicios de salud.

En el reciente reporte de la Organización Mundial de la Salud 2006⁴⁸, dedicado a los recursos humanos de la salud, se presenta como uno de los principales desafíos en

⁴³ Brito, Quintana P; Desafíos y problemas de la gestión de Recursos humanos en salud en las reformas Sectoriales, Programa desarrollo Recursos Humanos , División Desarrollo de sistemas y servicios de salud, OPS/OMS, 2000.

⁴⁴ Hall T.L. y Mejía A. Planificación del personal de salud: principios métodos, problemas, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1979.

⁴⁵ Brito P, Padilla M., Rígoli F. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. Revista Cubana de Educación Médica Superior 2002;16(4).

⁴⁶ Róvere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC. OPS; 1993 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos 96).

⁴⁷ Davini M.C., Nervi L., Roschke M.A., Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud N°3. Programa De Desarrollo De Recursos Humanos, OPS, Washington DC, junio 2002.

⁴⁸ WHO. World Health Report 2006. Working together for health. p. 71.

este campo, la construcción de una agenda que promueva el desempeño adecuado de los trabajadores, que incluye tres instrumentos fundamentales:

- ◆ Los relacionados al trabajo: descripción de puestos, normas y códigos de conducta, herramientas que promuevan la idoneidad del cargo, supervisión y evaluación de desempeño.
- ◆ Los relacionados a los sistemas de soporte institucional: política salarial, sistemas de comunicación e infraestructura.
- ◆ Los relacionados al ambiente laboral: educación permanente, trabajo en equipo, sistemas de responsabilidad, transparencia y rendición de cuentas. En este sentido, la carrera sanitaria intenta abordar estos aspectos como ordenador de relaciones laborales, instrumento de desprecuarización del trabajo y protección al trabajador.

En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS ha iniciado una serie de actividades para fortalecer la cooperación técnica y el apoyo a los países de la región en el análisis de estos problemas y para la búsqueda e implementación de soluciones acordes con sus orientaciones nacionales de mediano y largo plazo. Estas actividades se enmarcan en el contexto del Llamado a la Acción de Toronto para el desarrollo de los Recursos en Salud, celebrado en octubre de 2005, que fue reafirmado en la celebración del Día Mundial de la Salud y la Semana Panamericana de la Salud en abril del presente año.

Como reflejo de ello, la agenda de cooperación técnica de la OPS/OMS en materia de desarrollo de recursos humanos en salud responde a las prioridades de los países y los elementos que son materia de demanda actual en cooperación técnica, incluyen entre otros, al proceso de construcción de la carrera sanitaria.

En términos de cooperación financiera, durante la década de los ochenta y noventa muchos de los proyectos en materia de desarrollo financiados por el Banco Mundial, fueron más exitosos en el desarrollo de la infraestructura y equipamiento que en estimular la reforma institucional, particularmente en cuanto a la falta de atención a la sostenibilidad de la fuerza de trabajo en salud, probablemente debido a una falta de entendimiento del significado de los recursos humanos en salud como factor crítico para el éxito de las reformas (Dussault⁴⁹).

Asimismo, el Fondo Monetario Internacional estableció metas para reducir la inflación y reducir el déficit fiscal de los países en los cuales funciona y para ello estos países tienen límites presupuestarios para invertir en recursos humanos en salud. En

⁴⁹ Dussault G, Human Resources Development: The Challenge of Health Sector Reform. August 1999.

este sentido, la Organización Mundial de la Salud⁵⁰ declaró que las acciones inmediatas para combatir los desafíos relacionados a los recursos humanos en salud deberán incluir el alineamiento de las políticas a nivel global sobre el espacio fiscal.

La OIT es también uno de los promotores del trabajo decente y la protección del trabajador a través de la regulación de las condiciones de trabajo y políticas de protección social, que incluyen aspectos de promoción de la productividad, salud ocupacional, migración, seguridad social, ambiente laboral, entre otros, aspectos que son cruciales en la construcción de la carrera sanitaria. La estrategia de promoción del trabajo decente que apoya la OIT constituye el eje en donde convergen los derechos en el trabajo, el empleo, la protección social y el diálogo social y es además un concepto organizador que sirve para proporcionar un marco general para las acciones de desarrollo económico y social⁵¹.

Tanto el Banco Mundial como el Fondo Monetario Internacional reconocen cada vez más la importancia de los derechos básicos en el mercado laboral y la importancia de los estándares de trabajo que la OIT promueve. Como resultado, el FMI ha declarado públicamente su apoyo a las normas de trabajo fundamentales de la OIT, sin embargo, el Banco Mundial, ha estado más limitado por sus mandatos a buscar una justificación económica a su acercamiento a estos estándares⁵².

Cooperación bilateral: inter-países

La Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aplica la cooperación técnica entre países (CTP)⁵³, como instrumento singular de solidaridad, cooperación horizontal y fortalecimiento de las capacidades institucionales de los países para dar respuesta a sus necesidades de salud. La OPS establece en su misión: «liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los estados miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas»⁵⁴.

En tal sentido, la cooperación técnica entre países constituye un instrumento y una oportunidad para el establecimiento de alianzas y el desarrollo de redes con distintos sectores de la sociedad y establecer consensos.

⁵⁰ WHO. World Health Report 2006. Working together for health.

⁵¹ Organización Internacional del Trabajo. Página Web.

⁵² ILO. Report VI: The role of the ILO in technical cooperation. International Labor Conference. Geneva July 1999.

⁵³ La Cooperación Técnica entre países en la OPS/OMS. Página web. Pan-American Health Organization. World Health Organization.

⁵⁴ Valores, Visión y Misión OPS/OMS. Página Web. Pan-American Health Organization. World Health Organization.



CAPÍTULO 6

ANEXOS

■ 6.1 GLOSARIO⁵⁵

✓ **Actores en recursos humanos:**

Son aquellos grupos o individuos que influncian o tienen potencialmente la capacidad de influenciar a favor o en contra, cambios en este campo.

✓ **Actores sociales:**

En el sector o sistema de salud, son los sujetos que actúan de forma técnica y política, directa o indirectamente, en cada uno o todos los subsistemas de formación, gestión, atención y participación.

✓ **Ambiente laboral:**

Se entiende como el conjunto de cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto que son percibidos, sentidos o experimentados por las personas que componen la organización y que influyen sobre su conducta. La importancia del ambiente laboral se basa en la influencia que éste ejerce sobre el comportamiento de los trabajadores y sobre su productividad, siendo fundamental su diagnóstico para el diseño de instrumentos de gestión de recursos humanos.

✓ **Atención primaria:**

Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación⁵⁶.

⁵⁵ El glosario fue realizado en el contexto de los acuerdos e intercambio con los países participantes en las actividades de cooperación técnica sobre carrera sanitaria, por lo que son definiciones válidas para el presente estudio.

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. El nuevo compromiso de Salud para Todos en el siglo XXI.

✓ **Beneficios:**

En materia de política retributiva los beneficios son elementos móviles de la retribución del trabajador y adicionales al salario. Los beneficios pueden ser asimismo no económicos. Se utilizan como mecanismo de corrección de inequidades, discriminaciones u otros problemas de orden estructural, que es necesario subsanar o corregir.

✓ **Buena práctica:**

Con este término se hace referencia a una técnica o metodología que, mediante la experimentación y la investigación, ha demostrado conducir de manera fiable a un resultado deseado.

✓ **Campo de los recursos humanos en salud:**

Un campo social, pues significa pensar sobre (o analizar, reflejar, crear) el espacio de interacción entre las llamadas «estructuras» de la sociedad (los elementos objetivos) y la dimensión personal/psicológica (la subjetividad) de los actores sociales. Significa también comprender que las fronteras de un campo no son estáticas y que no se pueden determinar en la externalidad del mismo. Son los sujetos que definen, a través de su actuar y de su pensar, los límites del propio campo.

✓ **Campo social:**

Expresión utilizada y acuñada por Boirdier, funciona según determinadas reglas de organización e instancias de legitimación (o jerarquía) social.

✓ **Cargo:**

Se entiende por cargo el conjunto de funciones, actividades y tareas determinadas a desarrollar, y su descripción incluye las competencias, requisitos y régimen horario requeridos para su desarrollo⁵⁷.

✓ **Carrera Sanitaria:**

Existen diversas denominaciones para carrera sanitaria, como reglamento o ley de recursos humanos, estatuto del funcionario de salud, ley médica o «plano de cargos y salarios». Carrera sanitaria se refiere al conjunto de normas ordenadas que regulan la gestión de personal público de salud y que definen la relación laboral de los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud, y reconoce los derechos de la población, los derechos del trabajador y los requerimientos de la institución en la que trabaja.

⁵⁷ Borrador de la Ley de Estatuto Único del Trabajador de la Salud.

✓ **Carrera administrativa:**

Es el conjunto de normas que regulan la trayectoria laboral de los servidores públicos en su relación integral con la administración del Estado.

✓ **Categorías de los puestos de trabajo:**

Para la creación de una categoría se debe tener en cuenta la existencia de un conjunto amplio de puestos de trabajo que tengan en común: nivel profesional, un conjunto de competencias asociadas, conocimientos, habilidades y actitudes comunes; funciones comunes a la categoría profesional⁵⁸.

✓ **Certificación:**

Como proceso regulador constituye una herramienta útil para reconocer que una persona ha completado su formación técnica, de pregrado o postgrado, y que llena los requisitos académicos y de práctica, para el libre ejercicio profesional en su campo. El propósito de la certificación es mejorar la calidad de todos los servicios de salud, a partir de una oferta de recursos humanos altamente calificada desde el punto de vista ético, científico y profesional, para que estos profesionales sean capaces de desempeñarse en forma eficiente y eficaz.

✓ **Clase:**

Agrupaciones básicas que deben expresarse en forma amplia, de tal manera que permitan la clasificación de varios grupos. Las clases se clasifican como directivos, profesionales, funcionarios, técnicos, auxiliares y administrativos.

✓ **Condiciones de trabajo:**

«Se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refiere (...) a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos»⁵⁹.

✓ **Desarrollo de los recursos humanos:**

Se refiere a la adquisición, incremento o perfeccionamiento de los conocimientos y destrezas necesarios para la adecuada realización del trabajo⁶⁰.

✓ **Descentralización:**

La descentralización, como estrategia común en los sistemas de salud de los países, asume conformaciones y objetivos propios en cada caso. En este estudio, el concepto de descentralización utilizado incluye una distribución de responsabilidades, atribuciones y de recursos, la cual presupone cambios en las estructuras político-institucionales, en la relación entre los niveles de gobierno, en el financiamiento y, por ende, en la participación de las poblaciones. En las distintas

⁵⁸Reglamento de Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, República Dominicana.

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud. "Desarrollo de la Salud de los Trabajadores de la Salud (Plan de Trabajo)", p.4.

⁶⁰ Reglamento de Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, República Dominicana.

acepciones entretanto, hay consenso de que la verdadera descentralización tiene un componente político esencial que es la transferencia de poder a una instancia que no es la central o nacional. Y que este traspaso involucra actividades de regulación, de concertación y de formulación de políticas previas que afectan, incluso, la relación entre la esfera pública y la privada y de ésta con la sociedad. [«Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo» LUISA GUIMARÃES].

✓ **Educación continua:**

Es el conjunto de experiencias educativas que siguen a la formación inicial y que permiten al recurso humano en salud, mantener, aumentar y mejorar su competencia técnico profesional, perfeccionar el desempeño de sus funciones y el incentivo de la carrera profesional⁶¹.

✓ **Educación permanente:**

Consiste en una propuesta educativa concebida como una herramienta de gestión y cambio organizacional que incide e impacta en los procesos de trabajo⁶².

✓ **Equipo de salud⁶³:**

Se define al equipo de salud como sigue:

- ◆ Médicos
- ◆ Odontólogos
- ◆ Bioquímicas
- ◆ Psicólogos
- ◆ Licenciados en Enfermería
- ◆ Trabajadores Sociales
- ◆ Auxiliares de Enfermería
- ◆ Auxiliares de Laboratorio
- ◆ Promotores de la salud.
- ◆ Técnicos (anestesiista, hemoterapeuta, obstetra, radiólogo, anatomía, patológica, laboratorio, enfermería).

✓ **Escalafón:**

El escalafón es una expresión del mapa de cargos previstos en las instituciones del sector salud, listados o clasificados por orden de competencias, capacitación y antigüedad. Muestra la estructura funcional de cargos y marcan las trayectorias posibles de la carrera sanitaria. El escalafón debe incluir la tabla salarial que sustenta el mapa o sistema de clasificación de cargos.

⁶¹ Reglamento de Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, República Dominicana.

⁶² Reglamento de Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, República Dominicana.

⁶³ Borrador de Ley de Carrera Sanitaria del Personal de Blanco del Sistema de Salud del Paraguay.

Expresado en términos de gráfico, el escalafón tiene en su vertical los cargos y sus diferentes niveles agrupados en sus respectivas categorías, y en su horizontal marcan la trayectoria posible en mérito al desarrollo del cargo en forma específica (nivel de atención, complejidad, etc.), y/o a méritos derivados de evaluaciones de desempeño y capacitación adquirida.

✓ **Evaluación de desempeño:**

La evaluación de desempeño es una herramienta para optimizar la gestión de los profesionales. Su objetivo es el de detectar la idoneidad funcional, las necesidades de capacitación para mejorar su desempeño actual y futuro y fomentar el crecimiento profesional y desarrollo de carrera de los profesionales de salud. Debe visualizarse e implementarse como una herramienta de apoyo y un sistema de consolidación del profesional en sus distintas funciones⁶⁴.

✓ **Formación en salud:**

Todas las acciones relacionadas con el gerenciamiento de la educación (investigación, extensión, documentación para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, participación social y control democrático del sector). (Ceccim, RB).

✓ **Fuerza de trabajo en salud:**

Está constituida por dos grandes áreas que se interconectan entre sí: el trabajo y la educación, en donde la formación, la gestión, la atención, y la participación se interrelacionan y permiten, a los diferentes actores sociales, ejercer sus funciones.

✓ **Gestión de recursos humanos de salud:**

Ortún Rubio V. (Innovación organizativa en sanidad. 1996), define el concepto diciendo que «gestionar supone coordinar y motivar a las personas que forman parte de una organización (en este caso sanitaria) para conseguir la finalidad de ésta». Nelson Marcondi, define a la gestión estratégica de los recursos humanos, como aquella que puede ser comprendida como la definición de políticas y directrices en relación a sus recursos humanos para aumentar las habilidades de los funcionarios –y por tanto del propio organismo público– para alcanzar su trabajo a modo de lograr sus objetivos. Pedro Brito, señala que al hablar de gestión de recursos humanos no nos estamos refiriendo a «aquello que hacen las oficinas de personal», sino la teoría y práctica acerca de los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc.) inherentes al trabajador y su contribución a la atención de salud de la población, en una institución especializada que también es un lugar de empleo.

⁶⁴ Borrador de Carrera de Profesionales de la Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

✓ **Gestión del trabajo en salud:**

Se refiere a un conjunto de acciones intencionadas y concertadas, en las dimensiones nacional, subnacional y local, que permiten planificar, financiar, organizar y sostener el trabajo en salud, incluyendo una adecuada distribución de capacidades humanas en función de las necesidades del sistema de salud, así como el diseño y utilización de instrumentos legales de regulación (leyes, normas), financieros (salarios e incentivos), administrativos (clasificación de puestos y plan de cargos), entre otros, en un marco de negociación permanente y de gerencia compartida.

✓ **Gestión en salud:**

Está relacionada con el gerenciamiento y con el soporte de las otras acciones (instrumentos gerenciales, sistemas de información, planificación de metas, costos, por ejemplo) (Ceccim, RB).

✓ **Gestión política:**

Convocar actores relevantes, construcción de consensos y negociación.

✓ **Gestores:**

Todo profesional de la salud que tiene responsabilidad de gestionar, administrar y promover acciones tendientes al cumplimiento de la misión institucional.

✓ **Incentivos:**

«Todos los premios y castigos que los prestadores enfrentan como resultado de las organizaciones en las cuales funcionan, de las instituciones en las que operan y de las acciones específicas que llevan a cabo»⁶⁵.

Los incentivos pueden ser económicos, laborales y profesionales, y de reconocimiento social.

En materia retributiva, los incentivos constituyen un componente móvil de la retribución del trabajador y son adicionales al salario. Estos responden usualmente a elementos o aspectos de desempeño y función, y no son permanentes. En general se distingue entre incentivos básicos, asignados para buscar determinados efectos de implementación de una política o desarrollo de un programa especial o prioritario, e incentivos negociados que usualmente responden a solicitudes de los trabajadores por determinados beneficios.

⁶⁵ Informe 2000 sobre la Salud Mundial.

✓ **Movilidad horizontal:**

Está vinculada al desarrollo de los recursos humanos, entendiendo la misma como un proceso continuo, dinámico y flexible. Es el progreso en la carrera con el reconocimiento salarial correspondiente dentro de cada agrupamiento. La promoción general suele basarse en la permanencia en el cargo, méritos derivados de evaluación de desempeño y créditos por capacitación adquirida.

✓ **Movilidad vertical:**

La movilidad vertical está ligada a la estructura para ocupar los cargos de conducción. La promoción suele basarse en mecanismos de concursos generales. El profesional que acceda a un cargo de jefatura mantiene su nivel alcanzado en la carrera, y continúa promocionando horizontalmente de acuerdo a los requisitos de evaluación y capacitación establecidos específicamente para los cargos de conducción.

✓ **Nivel de escolaridad:**

Los recursos humanos en salud pueden estructurarse según su nivel de escolaridad de la siguiente manera:

- ◆ Universitario: nivel terciario de educación.
- ◆ Técnico: nivel secundario de educación.
- ◆ Auxiliares: nivel básico de educación.
- ◆ Básico de salud: nivel primario de educación.

✓ **Personal de blanco:**

Los recursos humanos en salud son personas debidamente habilitadas para el ejercicio profesional, que a través del desarrollo y la aplicación del saber y la tecnología específica tienen la misión de promover, prevenir y resolver los problemas de salud de la población, por lo tanto son sujetos y actores⁶⁶.

✓ **Participación en salud:**

Está relacionada con los usuarios de los servicios de salud (garantía de amplio acceso a la participación y control social en la planificación, evaluación) y con el control en salud (articulación con los movimientos sociales y negociación política con la sociedad, entre otras. (Ceccim, RB).

✓ **Perfil de formación:**

Orientación general y específica que las carreras o facultades desean generar en los alumnos; las competencias que deberían desarrollar a lo largo de su aprendizaje y su carrera profesional; los valores y principios que deberían obtener a lo

⁶⁶ Borrador de Ley de Carrera Sanitaria del Personal de Blanco del Sistema de Salud del Paraguay.

largo de su formación; la visión acerca de los problemas de salud-enfermedad y socio-sanitarios del contexto nacional, local e internacional y los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo a los que podrían tener acceso después de su formación.

✓ **Planificación estratégica:**

Proceso de planificación a nivel de una organización, que comprende la elaboración de un diagnóstico interno y del ambiente externo; formulación de misiones, objetivos y metas; análisis (externo) de fortalezas y debilidades; formulación, selección y elección de estrategias; actividades, costo y plazos; y evaluación. Incluye planes estratégico, táctico y operacional. Dentro de las diferentes corrientes que existen, está la de Carlos Matus, quien construye una propuesta sobre la noción de situación, definida como el espacio o lugar social donde está situado el actor y la acción. Por otra parte, Mario Testa sostiene que la planificación debe verse desde una lucha por el poder político. Al mismo tiempo, propone el concepto de coherencia entre los propósitos, los métodos y la organización de las instituciones responsables de desarrollarlos.

✓ **Planificación de recursos humanos:**

Tiene como propósito fundamental «asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población». Para la Unidad de Recursos Humanos de la OPS la planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de las políticas, para orientar la intervención regulatoria y para contribuir a definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud.

✓ **Prácticas adecuadas:**

Se entienden por prácticas adecuadas, las intervenciones de gestión y de organización en RRHH, que han logrado abordar con éxito un problema determinado.

✓ **Promoción:**

Es el cambio de nivel jerárquico a que tienen derecho los recursos humanos en el progreso en la carrera sanitaria, de forma individualizada, a niveles previamente definidos para determinadas categorías profesionales, como reconocimiento al desarrollo profesional que implique valor añadido a la organización y mejor adecuación a los objetivos del sistema salud⁶⁷.

⁶⁷ Reglamento de Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, República Dominicana.

✓ **Puesto:**

El puesto de trabajo lo constituye el cargo ocupado por una persona determinada en un servicio y unidad determinados⁶⁸.

✓ **Re-certificación:**

Es el proceso de evaluación periódica de los profesionales y técnicos ya certificados y en ejercicio, realizada generalmente por sus pares (asociaciones y colegios profesionales). Se evalúa su trabajo, sus condiciones y cualidades y se les otorga un aval que los acredita y jerarquiza en su labor profesional.

✓ **Recursos humanos en salud (RHS):**

Es el personal activo de las instituciones del sector salud. El capital humano es la mayor riqueza de una sociedad, es la principal ventaja competitiva de los servicios de salud.

✓ **Regulación:**

Gestión de normas y supervisión de su cumplimiento en aspectos tales como ejercicio profesional o formación de personal de salud. Proviene del campo de la economía política, y se orienta a la reglamentación de cualquier interacción económica o social, delimitando ámbitos de competencias y restricciones a los actores regulados.

✓ **Salud:**

La Organización Mundial de la Salud define la salud como completo bienestar físico, mental y social y no simple ausencia de enfermedad. Actualmente, la salud se ve de una forma más amplia, como calidad de vida, que no depende apenas de cuestiones biológicas sino también del estilo de vida que llevamos y de las condiciones sociales, históricas, culturales, económicas y ambientales en que vivimos, trabajamos, nos relacionamos y pensamos cómo será nuestro futuro. Para tener salud, por tanto, no basta tener acceso a las acciones y a los servicios de cuidados y tratamiento, sino también a aquellas de promoción, prevención y rehabilitación.

✓ **Sociedad salarial:**

Una sociedad salarial es aquella donde la mayoría de la población logra acceder a protección y derechos sociales asociados con el trabajo. Detrás de esta construcción, está presente un Estado social activo. En la sociedad salarial, el trabajador se encuentra respaldado por un conjunto de protecciones, dentro y fuera del espacio de trabajo, pues posee un salario y una seguridad social que lo cubre en materia de salud, vivienda, jubilación, etc.

⁶⁸ Borrador de la Ley de Estatuto Único del Trabajador de la Salud.

✓ **Trabajadores de salud:**

Son aquellos que interpretan y aplican saber e información, para crear y proporcionar soluciones, con valor agregado, a los problemas de salud pública y, como parte de sus tareas cotidianas, hacen recomendaciones en ambientes en donde el cambio es continuo.

✓ **Trabajo precario:**

Aquel que se realiza con ausencia de derechos de los trabajadores y de protección social.

