

COLABORACIÓN ESPECIAL**REFLEXIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS
Y LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN EN LOS HOSPITALES DE CHILE****Claudio A. Méndez Valenzuela**

Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.

RESUMEN

En el año 2002 Chile inició un proceso de reforma al sistema de salud en la cual se introduce la figura de los establecimientos autogestionados en red. Sin embargo, destacan brechas en aspectos como la planificación de los recursos humanos y el requerimiento de los establecimientos autogestionados en red.

Un aspecto fundamental que estuvo ausente en la planificación de los recursos humanos en salud en el proceso de reforma fue no determinar la necesidad de profesionales necesarios para el escenario de reforma del sector. Además, los nuevos establecimientos autogestionados en red demandan debatir respecto a temas como la flexibilización en las formas de contratación de los recursos humanos en salud.

Para el actual escenario de implementación de la reforma de salud, la ausencia de una política para los requerimientos de recursos humanos en los diversos aspectos del proceso constituye una desventaja que aún puede ser corregida.

Palabras clave: Recursos Humanos en Salud. Reforma de la Atención de Salud. Políticas Públicas. Chile.

ABSTRACT**A Critical View of the Human Resources Planning and Autonomously Managed Hospitals in Chile**

In 2002, Chile began a process of health reform where autonomously managed establishments as part of a network were introduced into the public health provider system. However, gaps in human resource planning for the needs of these establishments are evident.

One fundamental aspect that was absent in the planning of human resources in health during the health reform process was a needs assessment for professionals in the public health sector. Moreover, the networked autonomous establishments now demand a debate on the issues of flexible contracting of human resources.

For the current scenario of health reform implementation, the lack of a policy for the requirements of human resources in diverse aspects of the process constitutes a drawback that still can be corrected.

Key words: Health Manpower. Health Care Reform. Public Policy. Chile.

Correspondencia:
Avenida Senador Acharán Arce, s/n
Universidad Austral de Chile. Campus Isla Teja
Valdivia
Chile.
Casilla postal: 567
Correo electrónico: claudiomendez@uach.cl

INTRODUCCIÓN

La importancia de los recursos humanos en el 60% del financiamiento de los sistemas de salud¹ implica que en el ámbito de la salud pública la gestión y desarrollo y la formación de alianzas efectivas de perfeccionamiento profesional que aseguren experiencias en salud pública relevantes sea un precedente importante en el momento de planificar, organizar y ejecutar las políticas en salud². En razón de dichas implicancias se hace necesario contar con políticas públicas en salud con la inclusión definitiva de los recursos humanos que destaquen mecanismos de financiamiento, modelos asistenciales, flexibilización en los sistemas de contratación y regulación³.

La actual crisis de los recursos humanos en salud ha puesto de manifiesto la presencia de disparidades en las habilidades, la mala distribución público-privada, la migración profesional, los pobres ambientes de trabajo y los débiles conocimientos respecto a procesos de planificación, desarrollo de políticas y programación, que afectan a la fuerza de trabajo en los sistemas de salud del mundo⁴. En este contexto, los procesos de reforma del sector de la salud en América Latina se han orientado principalmente a la mayor productividad, la evaluación del desempeño, implementación de sistemas de incentivos y nuevas formas de contratación de los recursos humanos⁵. No obstante, aspectos como la inequidad en la distribución de los recursos humanos, la concentración de las especialidades y prestaciones de alta complejidad, el aumento en la migración de profesionales y la flexibilidad en los tipos de contratos de trabajo, siguen constituyendo áreas que demandan una mayor regulación en los sistemas de salud del continente⁶.

Bajo esta mirada, la situación de Chile ha destacado por sus profundos cambios en los indicadores de morbimortalidad. La

mortalidad general del país disminuyó desde 883 muertes por 100.000 habitantes en el año 1970 a 528 muertes por 100.000 habitantes al año 2003, lo cual se atribuye a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, circulatorias, diarreas infantiles, muertes neonatales, accidentes y violencia, y tuberculosis⁷. Además, la transición demográfica desde el año 1960 al 2001 destaca la mayor importancia relativa que han adquirido los grupos de adultos y adultos mayores para el sistema⁸.

Estos cambios constituyeron una de las motivaciones para que en 2002 el Ministerio de Salud publicara los Objetivos Sanitarios y Metas para la Década 2000-2010, los cuales serían la base del proceso de reforma, siendo su finalidad mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades a través de cuatro objetivos: mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, reducir las inequidades en salud y proveer servicios acorde con las expectativas de la población⁹.

Para enfrentar estos nuevos desafíos derivados de los objetivos sanitarios, desde 2002 el país inició un proceso de reforma de su sistema de salud -el cual se encuentra en plena etapa de implementación- orientado en los principios del derecho a la salud, equidad, solidaridad, eficiencia en el uso de los recursos y la participación social en salud. Los objetivos de la reforma fueron definir garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos, establecer solidaridad en la financiación y mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud¹⁰.

En cuanto a los recursos humanos la propuesta involucró su desarrollo y fortalecimiento a través de la redefinición de las profesiones médicas, la formación continua, la acreditación periódica y el estudio de mecanismos de carrera funcionaria e

incentivos al desempeño¹⁰. Sin embargo estas propuestas no fueron finalmente incluidas dentro de los cambios introducidos por la reforma de salud.

El presente artículo tiene como objetivo reflexionar sobre los dos temas prioritarios que fueron postergados en el diseño de la reforma de salud e imprescindibles para avanzar en una política de recursos humanos: la planificación de los recursos humanos y las consecuencias de la autonomía en la gestión de cierto tipo de establecimientos hospitalarios.

LAS REFORMAS SANITARIAS Y LAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

La gestión de los recursos humanos en salud ha sido un tema usualmente desestimado en momento de relacionarlo con el éxito o fracaso de las reformas sanitarias¹¹. No obstante, para algunos autores las reformas sanitarias sí constituyen la oportunidad para promover sus mejoras, basada en la existencia de una voluntad política, relaciones efectivas entre las instituciones educacionales y sanitarias y la colaboración abierta de los grupos profesionales y gremiales del sector¹².

Bajo este contexto de oportunidades de desarrollo para los recursos humanos se ha destacado la importancia de discutir la reducción de costos y el incremento de la eficiencia de los equipos, el mejoramiento del desempeño, una mayor equidad en la distribución de los recursos humanos en los servicios, el desarrollo de una política de recursos humanos y capacidad de planificación y finalmente el desarrollar una nueva perspectiva a través de identificar sus prioridades que relacionan los recursos humanos con los procesos de reforma sanitaria¹³. De este modo, se ha identificado la necesidad de diseñar políticas de recursos humanos en salud que otorguen

herramientas encaminadas a facilitar la planificación, entregar soporte para la toma de decisiones, proveer una pauta para la evaluación del desempeño y ayudar a reunir a profesionales y otros sectores alrededor de los problemas sanitarios y legitimar las acciones¹⁴.

Si bien los aspectos técnicos para el diseño de una política de recursos humanos son de relevancia, no es menos evidente el papel de los ministerios de salud en la implementación de las reformas sanitarias. De esta forma, los ministerios de salud deben ser capaces de fortalecer las capacidades internas y sus propios recursos humanos en los nuevos papeles a través de un profesional con nuevas capacidades para emprender las tareas de la reforma¹⁵. A su vez, un organismo rector debe ser capaz de involucrar a expertos en política de recursos humanos, implementar sistemas de información y lograr un mayor contacto con las instituciones de educación superior que oferten profesionales de la salud al sistema¹⁶.

LA AUTONOMÍA HOSPITALARIA EN LAS REFORMAS SANITARIAS DE AMÉRICA LATINA

El hospital autónomo involucra a aquellos hospitales públicos que transitan entre ser parte del sector público del sistema de salud y tener mayor espacio en su gobierno y gestión¹⁷. Esto último se refiere a cómo los hospitales enfrentan sus políticas, en tanto que para la gestión se orienta a la administración de las funciones necesarias para la prestación de los servicios hospitalarios¹⁷.

En cuanto a sus objetivos, la autonomía hospitalaria busca la mejora de la eficiencia sanitaria, el reconocimiento de las responsabilidades no médicas, la rendición de cuentas en la organización y la elección de prestaciones por parte de los usuarios¹⁸.

En la situación de América Latina las reformas sanitarias han sido acompañadas por cambios en sus modelos de gestión orientados a nivel de la mesogestión y la microgestión, los cuales han coincidido más con procesos de reestructuración y reingeniería en vez de una cierta autonomía en la gestión de los servicios¹⁹. Sin embargo, existen algunas experiencias de autonomía hospitalaria.

En el caso del sistema de salud colombiano, con la entrada en vigencia de la Ley 100, los hospitales públicos pasaron a transformarse en entidades autónomas del Estado que podrían establecer contratos con las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Las EPS cumplirían la función de la empresa aseguradora y encargada de la provisión de servicios a las personas aseguradas por ellas²⁰ y entregarían las prestaciones a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)²¹. Estos cambios instalaron un escenario de incertidumbre para el recurso humano en salud en el que los temores a la privatización de los hospitales, la inestabilidad laboral y la carencia de información y orientación para enfrentar los cambios fueron los principales aspectos que percibían los equipos de salud²².

En Argentina se establecieron hospitales con régimen de autogestión los cuales podían establecer contratos con aseguradores y prestadores para los servicios que ellos no proveían. Los hospitales con el nuevo régimen podían designar, promover y transferir personal de planta de acuerdo a sus costos de producción y el perfil de la población usuaria, lo cual daba un margen de flexibilidad en cuanto a los requerimientos de recursos humanos²³. Sin embargo, la menor regulación para el recurso humano determinó diferencias en cuanto al presupuesto destinado entre las distintas provincias del país²⁴.

Otro ejemplo lo constituye la reforma de salud de República Dominicana, donde la

autonomía hospitalaria implicó contratos flexibles que daban paso a posibles despidos, además de la competencia de los establecimientos públicos con los privados por la provisión de paquetes básicos de servicios²⁵.

LA REFORMA DE SALUD EN CHILE

En febrero del año 2004, dando inicio la fase de implementación de la reforma de salud, se aprobó la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión²⁶, la cual definió las nuevas funciones y estructura del Ministerio de Salud y la creación de dos subsecretarías. La Subsecretaría de Redes Asistenciales sería la encargada de coordinar la red asistencial de instituciones sanitarias de todo el país y la Subsecretaría de Salud Pública velaría por el cumplimiento de las normas sanitarias y la salud colectiva a través de la vigilancia epidemiológica.

Otro aspecto importante que incluyó la Ley fue la figura de los establecimientos autogestionados en red. Estos serían centros de alta complejidad técnica que cumplirían con procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios. Además, dentro de su presupuesto deberían fijar la dotación máxima de personal²⁶.

En cuanto al personal la ley mantiene la capacitación y la permanencia de los años de antigüedad como aspectos centrales para la promoción a los cargos de mayor remuneración y responsabilidad.

En el mismo año se aprobó la segunda ley del paquete, la 19.966 del Régimen de Garantías en Salud (GES)²⁷. Este cuerpo legal estableció las garantías explícitas en salud referentes a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto prioritario de programas,

enfermedades y condiciones de salud. Dichas garantías son consideradas un derecho para las personas, el cual puede ser exigido al Fondo Nacional de Salud (FONASA), así como a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) o a la Superintendencia de Salud.

Esta ley introduce el proceso de priorización, el cual incluye la realización de estudios epidemiológicos, de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas y demanda potencial, además de la capacidad de oferta del sistema de salud chileno²⁷. Actualmente los problemas de salud priorizados bajo el régimen GES ascienden a 56 patologías, las cuales se estiman en aumentar a 80 problemas priorizados como meta al año 2010.

Otro de los cambios que incluyó la reforma fue la modificación de la ley de ISAPRES número 18.433 en la nueva Ley número 20.015²⁸. Se promulgó en el año 2005 e introdujo cambios tendentes a reducir la discriminación del seguro privado de salud por sexo y edad, entre otros.

La última ley del paquete concerniente a los Deberes y Derechos de los Usuarios trata los aspectos fundamentales del derecho al trato digno, la información, la autonomía del usuario, regulación a la investigación clínica, consultas y reclamos. Además involucra ciertos deberes de los usuarios enfocados principalmente a la responsabilidad ciudadana. Actualmente continúa en trámite legislativo en el Congreso de la Nación.

Estos nuevos cuerpos legales conducen a nuevas visiones y estrategias respecto a un recurso humano en salud desalineado de los procesos de priorización y la autonomía de la gestión de las organizaciones sanitarias en las cuales se desenvuelven, y que la reforma de salud introduce como dos de sus ejes fundamentales.

DESAFÍOS PARA LOS RECURSOS HUMANOS

Para la implementación de los procesos de priorización y autogestión hospitalaria, los recursos humanos constituyen un eje de desarrollo técnico prioritario. En tal sentido, la ausencia de su planificación para la implementación de la reforma se puede evidenciar en dos aspectos concretos: el primero de ellos fue la falta de un sistema que permitiera establecer las brechas de especialidades médicas y de otras profesiones sanitarias necesarias para la implementación de las patologías con garantías explícitas en salud. De este modo, la ausencia de una planificación y de un mayor protagonismo del ministerio de salud en privilegio de la aprobación de los cuerpos legales de la reforma en el Congreso Nacional y del posicionamiento de ésta dentro de los gremios y asociaciones profesionales, implica la posibilidad de un desalineamiento entre los aspectos técnicos de la reforma y la realidad observada al momento de implementar los cambios en las instituciones sanitarias.

Un segundo aspecto que revela la falta de planificación fue la exclusión de grupos profesionales y gremiales, lo cual se relaciona en algunos casos con una falta de motivación y alineamiento ante los cambios introducidos por el proceso de reforma²⁹. Si bien la justificación para la exclusión de los profesionales y los gremios que los representaban ha sido sostenida en razón de que al involucrarlos serían obstáculos para los promotores de los cambios reformistas¹², en el caso de la reforma chilena la exclusión de los gremios y actores relevantes del sector de la salud en el proceso de reforma resultó paradójico cuando ya se habían descrito sus consecuencias en las reformas de salud en América Latina en la década de los ochenta¹².

Para la experiencia de los establecimientos chilenos autogestionados en red, la bre-

cha entre los cambios en el modelo de gestión y el recurso humano en salud es un problema compartido con las experiencias descritas para la región. De este modo la desconfianza de los recursos humanos en salud respecto al nuevo modelo de autogestión y la posible flexibilidad en el tipo de contrataciones constituye una dimensión que no ha sido descrita bajo la fase de implementación de la reforma.

Otra diferencia importante de los establecimientos autogestionados chilenos con las experiencias de América Latina radica en que la experiencia chilena, por ley, no involucra la competencia por las prestaciones de salud con las instituciones prestadoras privadas sino más bien una complementariedad entre prestadores públicos y privados. Sin embargo, existe la posibilidad de que los privados compitan por paquetes de prestaciones garantizadas que la red pública no pueda satisfacer en razón de la carencia de recursos humanos y estructura sanitaria. Bajo este escenario, el nuevo modelo de autogestión deja una brecha para incentivos que conduzcan a establecer grupos de prestadores privados de salud que capten la demanda de prestaciones que los establecimientos autogestionados no puedan satisfacer.

De este modo, el posicionamiento de este escenario de competencia puede conducir a que profesionales de determinadas especialidades médicas privilegien la prestación privada de servicios de salud en desmedro de las horas de especialidad en el subsector público. Tal situación se puede llegar a traducir en una precarización de los recursos humanos especializados de la red pública de salud, el cual ya cuenta con una baja tasa promedio de 2,3 médicos generales y una tasa promedio para el país de 4,9 médicos especialistas por 10.000 beneficiarios³⁰.

Ante la ausencia de un proceso de planificación de las necesidades de los recursos

humanos en salud y las brechas de la implementación de los hospitales con régimen de autogestión, para el éxito de la reforma de salud es imprescindible consensuar una política de recursos humanos que involucre competencias profesionales y técnicas para los nuevos modelos de gestión, una política de incentivos que no esté ligado a los años de servicios y líneas estratégicas de desarrollo para que incluya cambios salariales para mitigar la duplicidad de empleadores en el caso de ciertas profesiones del sector. Además, dicha política debe ser diseñada en orden al diagnóstico de los propios implementadores y dejar claro los límites de la autogestión de los establecimientos para evitar las dificultades que han sido descritas en otras experiencias de la región.

COMENTARIOS FINALES

En Chile la ausencia de una política de recursos humanos alineada al proceso de reforma de salud implica un desacople importante entre los diseñadores y los implementadores de la política pública.

Para el actual escenario de implementación de la reforma de salud en Chile, la ausencia de un proceso de planificación para los requerimientos de recursos humanos en los diversos aspectos que incluye el proceso constituye una desventaja que aún puede ser corregida. A tres años de implementación de la reforma se está aún a tiempo de convocar a gremios y otros actores relevantes para trabajar en una política de recursos humanos en razón del espíritu de la reforma.

En el caso de la autonomía hospitalaria, para los profesionales el reto inicial será adaptarse a los nuevos modelos de gestión para los cuales no fueron capacitados. En este aspecto, el hecho de que la autonomía hospitalaria propuesta en la reforma sea meramente administrativa otorga la oportunidad de alinear a un profesional inserto en

los procesos de gestión y ajeno a las influencias del mercado, por lo cual una estrategia de capacitación y perfeccionamiento será de relevancia para avanzar en una política de recursos humanos que aborde los cambios y las brechas que permite la autogestión hospitalaria.

Finalmente, para continuar el camino de implementación de la reforma de salud, es recomendable que los temas de la planificación y la autonomía hospitalaria sean abordados en conjunto con los gremios y asociaciones de profesionales y técnicos. Una nueva exclusión de estos actores se traduciría en un duro golpe para los procesos de cambios en los modelos de gestión y en la calidad en la provisión de las complejas prestaciones de salud priorizadas por la reforma.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. *Cien Saude Colet.* 2006; 11(4): 1063-72.
- Muñoz F López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2000; 8(1/2): 126-34.
- Pierantoni C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cien Saude Colet.* 2001; 6(2): 341-60.
- Chen L Evans T, Anand S, Boufford J, Brown H, Chowdhury M et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet.* 2004; 364: 1984-90.
- Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública.* 2000; 8(1/2): 43-54.
- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud. [citado 1 abril 2009]. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43.r6-s.pdf>
- Medina E, Kaempffer R. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. *Rev Méd Chile.* 2007; 135: 240-50.
- Szot J. La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 605-13.
- Ministerio de Salud de Chile. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Santiago de Chile: Ministerio; 2002.
- Sandoval H. Mejor Salud para los Chilenos: Fundamentos Sanitarios, Políticos y Financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. *Cuad Méd Soc.* 2004; 43(1): 5-20.
- Buchan J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy Plan.* 2000; 15(3): 319-25.
- Homedes N, Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health [edición electrónica].* 2005 [citado 21 agosto 2008]; 3(1). Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>
- Martínez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy Plan.* 1998; 13(4): 345-58.
- Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health [edición electrónica].* 2003 [citado 21 agosto 2008]; 1(1). Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
- Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcón L, Leo M, Casares C. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy Plan.* 1998; 13(1): 59-77.
- Alwan A, Hornby P. The implications of health sector reform for human resources development. *Bull World Health Organ.* 2002; 80: 56-60.
- Collins D, Njeru G, Meme J, Newbrander W. Hospital autonomy: the experience of kenyatta national hospital. *Int J Health Plann Mgmt.* 1999; 14: 129-53.
- McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health Policy* 1996; 35: 155-177.
- González García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 9(6): 406-12.
- Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(4): 991-1001.

21. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(3): 210-216.
22. McPake B, Yepes F, Lake S, Sanchez L. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy Plan*. 2003; 18(2): 182-94.
23. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. [citado 1 abril 2009]. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/4883/lcl1403.pdf>
24. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Soc Sci Med*. 2005; 60: 1893-1903.
25. Glassman A, Reich M, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy Plan*. 1999; 14(2): 115-26.
26. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. [citado 1 abril 2009]. <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/221629>
27. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.966 Régimen General de Garantías en Salud. [citado 1 abril 2009]. <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/229834.pdf>
28. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 20.015 Modifica la Ley 18.433 de la Ley de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). [citado 1 abril 2009]. <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/238102.pdf>
29. Miller Franco L, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2002; 54: 1255-66.
30. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1057-1064.