

La gestión de personas en el sector público de salud chileno: ¿excesiva rigidez o desaprovechamiento de las flexibilidades existentes?

CÉSAR OYARZO

Ingeniero Comercial de la Universidad de Chile. Master of Arts en Economía de la Salud, Ilades, en la Universidad de Georgetown, Estados Unidos. Fue director del Fondo Nacional de Salud, superintendente de Instituciones de Salud Previsional, y Jefe de la División de Planificación y Presupuesto del ministerio de Salud. Actualmente es Gerente General de Integramédica.

ULISES NANCUANTE

Abogado de la Pontificia Universidad Católica de Chile con postítulo en Economía y Finanzas de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado como abogado de la División Jurídica del ministerio Secretaría General de la Presidencia y fue Fiscal del Fondo Nacional de Salud y abogado de la Fiscalía de la superintendencia de Isapres. Actualmente es Fiscal de la superintendencia de Salud.

Introducción

Analizar la gestión del recurso humano en el sector salud, requiere en primer lugar señalar que la dinámica del sector en los últimos años ha estado marcada por profundas transformaciones en su organización, los sistemas de financiamiento y los modelos de atención. En este contexto, se han establecido reformas a los trabajadores de la atención primaria de salud y a los funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), así como también se han producido cambios a la ley que rige a los médicos. En relación a lo mismo, se deben mencionar los hospitales experimentales, que quedaron sujetos a modalidades de contratación con altos niveles de flexibilidad.

Adicionalmente, el sector público en su conjunto ha estado en un proceso de transformación estructural. Se han impulsado políticas de incentivos variables sujetos al cumplimiento de metas y otras modificaciones a la carrera funcionaria y contratación de directivos. En particular, hay que destacar la reforma al servicio público en nuestro país desde el año 2003, con la dictación de la Ley 19.882, que estableció la “Nueva Política de Personal de los Funcionarios Públicos”. Dicha ley tuvo dos objetivos. En primer lugar, establecer un Sistema de Alta Dirección Pública que tiene como función gestionar la incorporación de altos directivos al Estado y velar por su formación y desarrollo. En segundo lugar, provocar una transformación y desarrollo de la carrera funcionaria, impulsando mecanismos que perfeccionen y hagan transparentes los sistemas de ingreso y promoción en la administración pública sobre la base del mérito y la idoneidad.¹

1. <http://www.serviciocivil.cl>

La preocupación por la gestión en el recurso humano tiene múltiples ángulos. Existe la cantidad adecuada de personal, tiene éste las competencias necesarias, sus niveles de renta son adecuados, existe un sistema de selección y mantención eficiente. Estos y otros temas conforman una extensa agenda de preocupaciones sobre un tema de la mayor relevancia para el proceso de cambio sectorial. Sin embargo, conectado a los temas de reforma, no parece que el tema principal sea el relativo a la flexibilidad laboral. Ha llegado a ser lugar común oír que las debilidades de la gestión en el sector salud se explican, en parte, por la existencia de estatutos funcionarios rígidos, que no fomentan la participación de las personas, que limitan las decisiones de los gestores, que entran la toma de decisiones, que castigan al que desea innovar; en fin, que no permiten en último término el desarrollo de las capacidades de quienes lo receptionan.

Adicionalmente podemos encontrar otros temas específicos, como los mecanismos de evaluación e incentivos y la creación de carreras para los directivos. Los gestores reclaman, entonces, que esos estatutos no les ayudan; pero los funcionarios, a su vez, reclaman que esos mismos estatutos son insuficientes para garantizar sus derechos, tanto desde la perspectiva remuneracional, como la inestabilidad de sus empleos y la inexistencia de la carrera funcionaria. Menos generalizado ha sido el debate respecto del impacto de los sistemas de incentivos basados en renta variable, y tampoco existen evaluaciones de su impacto. Con todo, pareciera ser que los gestores no están del todo conformes con el sistema, debido a una serie de fallas en su implementación que han neutralizado los posibles efectos de estímulo para un mayor y mejor rendimiento.

La problemática de análisis del tema de la gestión del recurso humano sectorial se complejiza por la coexistencia de diversos regímenes laborales, no necesariamente coherentes ni coordinados.

En una misma unidad de salud, por ejemplo un hospital, coexisten diversos estatutos para el personal que allí labora: Código del Trabajo, en casos excepcionales; Estatuto Administrativo, para el caso de los funcionarios no médicos; Ley Médica en caso de médicos cirujanos, cirujanos dentistas y químico farmacéuticos. Asimismo, en la atención municipal de salud, encontramos un estatuto específico. Esta situación debe ser considerada en el análisis porque introduce un elemento de mayor complejidad.

Otro elemento que no podemos descuidar en el análisis sectorial es la rigidez que significa para cualquier reforma el hecho de que, en nuestra Constitución Política de la República (CPR), se establecen ciertos principios que deben observarse al momento de regular una carrera funcionaria. Lo anterior obliga a profundizar en los aspectos jurídicos-administrativos del sector público en su conjunto.

Aspectos jurídicos

En esta sección se revisan los principales aspectos jurídicos vinculados con la gestión del recurso humano en el sector salud.

Principios constitucionales en que se funda la carrera funcionaria

Cuando se analizan las eventuales modificaciones o modernizaciones que han de implantarse en una carrera funcionaria determinada, siempre ha de tenerse en cuenta que no existe libertad plena para idear modelos.

Lo anterior, no solo desde la perspectiva de los grupos de presión que intentarán mantener sus prebendas e, incluso, acentuarlas.

De lo que estamos hablando en este acápite es de algo más complejo, esto es, de las reglas sobre la carrera funcionaria que nuestro ordenamiento constitucional se ha dado.

Por todos es sabido que la Constitución Política de la República es un conjunto de normas y principios que nadie puede violar; ni las autoridades, ni las personas, ni las leyes.

Para velar porque ello no ocurra, incluso nos hemos dotado de un órgano especial que vela por la constitucionalidad de las leyes que se discuten, aprueban o aplican: el Tribunal Constitucional.

Si bien no es el objeto principal de este estudio analizar tales principios, resulta imperioso que, aunque sea de un modo somero, pasemos revista a lo que la CPR nos dice sobre la carrera funcionaria.

a) El inciso primero del artículo 38, como norma madre que regula la carrera funcionaria

Señala el precepto constitucional:

Artículo 38.- Una ley orgánica constitucional determinará la organización básica de la Administración Pública, garantizará la carrera funcionaria y los principios de carácter técnico y profesional en que deba fundarse, y asegurará tanto la igualdad de oportunidades de ingreso a ella como la capacitación y el perfeccionamiento de sus integrantes.

De la simple lectura de este precepto, es dable tener presente que las normas relativas a la carrera funcionaria son objeto de leyes cuya aprobación, modificación o derogación, exigen un importante número de votos por parte de los parlamentarios.

En efecto, las denominadas leyes orgánicas constitucionales requieren para ser aprobadas del voto conforme de las cuatro séptimas partes de los diputados y senadores en ejercicio.

En términos prácticos, si tenemos 120 diputados, el quórum de aprobación será de 69; y si tenemos 38 senadores, el quórum será de 22 votos.

Pero más allá de los votos, que pueden lograrse, la ley orgánica constitucional necesariamente debe ajustar sus disposiciones a los mandatos que sobre la carrera funcionaria ha dado la CPR.

b) Principios constitucionales sobre carrera funcionaria

1. La reserva legal de la carrera. Implica que en la regulación del ejercicio de los derechos fundamentales, como es la carrera funcionaria para un empleado público, toca al legislador, y solo a él, disponer normas al respecto.
El Tribunal Constitucional, en sentencia Rol 239, declaró inconstitucional un proyecto de ley que permitía a las municipalidades, por acto administrativo, establecer sistemas de promoción funcionaria para su personal, puesto que esta materia es de reserva legal y de ley orgánica constitucional.
2. La estabilidad en la función o empleo, que implica que solo se podrá cesar en él por propia voluntad del empleado o por otra causa legal basada en el desempeño deficiente, en la pérdida de requisitos para ejercer la función, en el incumplimiento de sus obligaciones o en la supresión del empleo, salvo en los cargos de confianza exclusiva del Presidente de la República o del jefe del servicio; pero estos deben ser la excepción y calificarse así por su descripción, según su importancia, naturaleza o jerarquía, tratándose siempre de empleos específicos (*Argandoña, Gaceta Jurídica, 79: 8*).
3. La promoción, es decir, la posibilidad de ir ascendiendo grado a grado, y que conlleva el derecho a que se respeten las reglas del ascenso.
4. La calificación en el desempeño de sus cargos, que hace posible la promoción.
5. La capacitación y perfeccionamiento, que permiten un mejor desempeño en la función, una mejor calificación funcionaria y la consecuente posibilidad de promoción.

En consecuencia, cuando se acomete un nuevo esquema de las relaciones funcionarias del Estado, resulta un imperativo tener en mente estos principios, de suerte tal que su viabilidad sea no solo política, sino que constitucionalmente impecable.

Análisis de los estatutos funcionarios del personal que labora en salud

Para los efectos de una mejor comprensión de los diversos estatutos que rigen las relaciones del personal que labora en salud, hemos optado por analizar las siguientes materias: sistema de carrera funcionaria; sistema de remuneraciones; sistema de evaluación y calificaciones; y sistema de generación de altas autoridades.

Cada una de estas materias se analizará dependiendo del estatuto que se aplica a los funcionarios.

Para estos efectos, es preciso tener presente que existen, al menos, cinco estatutos:

1. El aplicable a la Atención Primaria Municipal (Ley 15.076).
2. El aplicable a los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, químicos y farmacéuticos, contenido en la Ley 15.076.
3. El aplicable a los profesionales funcionarios, contenido en la Ley 19.664.
4. El aplicable a los demás profesionales, contenido en el Estatuto Administrativo, contenido a su vez en el DFL. 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo.
5. El aplicable al Hospital Padre Alberto Hurtado.

De ellos, no nos referiremos a los de la Ley 15.076, puesto que ella, en rigor, se aplica principalmente a profesionales funcionarios que tienen jornadas de 28 horas, sin perjuicio que en las propuestas concretas que haremos señalemos el problema que existe con los cargos liberados de guardia.

Respecto de los del Estatuto Administrativo, nos referiremos solo a las diferencias que tienen con las reglas generales y no repetiremos lo dicho por otros autores en el capítulo que les correspondió trabajar sobre este tema.

Estatuto de Atención Primaria (EAP)

La Ley 19.378 del año 1995 contiene las normas generales relativas a la carrera funcionaria del personal que trabaja en la atención primaria municipal.

Hasta antes de esta ley, los trabajadores del sector primario de salud municipal se regían por las normas del Código del Trabajo.

Este cambio, para algunos (Arteaga, 2002), ha significado una rigidización de las relaciones laborales si se aprecia desde la perspectiva gerencial; no obstante, desde la perspectiva sindical, los mismos cambios han significado una reducción de las arbitrariedades de los administradores municipales.

A quienes se aplica

El EAP distingue dos clases de entidades: a) los establecimientos municipales de atención primaria de salud, y b) las entidades administradoras de salud municipal.

La carrera funcionaria

a. Dotación

La dotación está constituida por el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada Entidad Administradora requiere para el funcionamiento de los establecimientos que administra.

La dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año se fija por la Entidad Administradora correspondiente antes del 30 de septiembre

del año precedente, considerando para ello los siguientes aspectos: la población beneficiaria, las características epidemiológicas de la población beneficiaria, las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud, el número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la Entidad Administradora, y la disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

b. Ingreso

La regla general es que el ingreso se materialice a través de un contrato indefinido, previo concurso público de antecedentes.

Excepcionalmente se puede ingresar a la dotación sin concurso cuando existe permuta de cargos.

El EAP también contempla la existencia de funcionarios con contrato a plazo fijo para realizar tareas por periodos iguales o inferiores a un año calendario. El número de horas contratadas a través de esta modalidad no podrá ser superior al 20 por ciento de la dotación.

c. Estructura de la dotación

El personal regido por el EAP se clasifica en las siguientes categorías funcionarias:

Categoría	Requisitos
Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas	Poseer el título profesional respectivo.
Otros profesionales	Poseer título profesional de una carrera de a lo menos ocho semestres de duración.
Técnicos de nivel superior	Poseer título técnico de nivel superior, que es el que se otorga a un egresado de un centro de formación técnica o de un instituto profesional que ha aprobado un programa de estudios de una duración mínima de 1.600 clases, que le confiere la capacidad y conocimientos necesarios para desempeñarse en una especialidad de apoyo al nivel profesional.
Técnicos de Salud	Poseer licencia de enseñanza media y haber realizado, a lo menos, un curso de auxiliar paramédico de 1.500 horas, debidamente acreditado ante el Ministerio de Salud.
Administrativos de Salud	Poseer licencia de enseñanza media.
Auxiliares de servicios de Salud	Poseer licencia de enseñanza básica.

La carrera funcionaria, para cada una de las categorías mencionadas, está constituida por 15 niveles diversos, sucesivos y crecientes, ordenados ascendente-mente a contar del nivel 15. Todo funcionario debe estar clasificado en un nivel determinado, conforme a su experiencia, y su capacitación.

d. Modalidad de ascensos o promociones

Tres son los elementos que constituyen la carrera funcionaria:

EXPERIENCIA: el desempeño de labores en el sector, medido en bienes.

CAPACITACIÓN: el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programadas y aprobadas.

MÉRITO: la evaluación positiva que del desempeño del funcionario haga la comisión de calificación comunal.

De los elementos señalados, la experiencia y la capacitación se ponderan en puntajes cuya sumatoria permite el acceso a los niveles superiores. El mérito solo sirve para obtener una asignación pecuniaria (asignación de mérito).

Cada Entidad Administradora establece los puntajes de la carrera funcionaria para cada categoría.

El acceso a cada nivel opera a contar de la fecha en que el funcionario complete el puntaje requerido. Como lo ha señalado claramente la Contraloría General de la República,² para ser “promovido” en la línea jerárquica de la categoría correspondiente, basta que el funcionario sume el puntaje necesario, que es fijado por cada Entidad Administradora acorde lo previsto en sus respectivos reglamentos de carrera funcionaria, sin que se requiera la existencia de vacantes en ella, contemplándose, así, un sistema de promoción automático en la categoría en que se encuentra clasificado cada servidor.

Distinto es el caso cuando se trata de cambiar a una categoría diferente, ya que en esa situación solo podrá accederse mediante el mecanismo del concurso público, pero únicamente en el evento que existan horas vacantes en la dotación para ingresar a la categoría de que se trate y, además, el funcionario cumpla con los requisitos exigidos para el desempeño del respectivo cargo.

En este contexto, por lo tanto, el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal solo contempla un sistema de promoción automático respecto de los niveles dentro de la categoría en que se encuentre ubicado el funcionario, pero no así respecto de distintas categorías, puesto que el servidor debe mantenerse en su categoría, sin que pueda pasar a otra diversa, salvo si el municipio convoca a concurso público.

e. Término de la carrera

Los funcionarios de una dotación municipal de salud dejan de pertenecer a ella solamente por alguna de las siguientes causales:

- i. Renuncia voluntaria;
- ii. Falta de probidad, conducta inmoral o incumplimiento grave de las obligaciones funcionarias, establecidos fehacientemente por medio de un sumario;
- iii. Vencimiento del plazo del contrato;
- iv. Obtención de jubilación, pensión o renta vitalicia en un régimen previsional, en relación con la función que desempeñen en un establecimiento municipal de atención primaria de salud;
- v. Disminución o modificación de la dotación;

2. Dictamen 48.077 de 23 de noviembre de 2004.

- vi. Calificación en lista de Eliminación o, en su caso, en lista Condicional, por dos periodos consecutivos o tres acumulados;
- vii. Salud irrecuperable o incompatible con el desempeño de su cargo;
- viii. Estar inhabilitado para el ejercicio de funciones en cargos públicos, o hallarse condenado por crimen o simple delito, con sentencia ejecutoriada; y
- ix. Fallecimiento.

Sistema de remuneraciones

El EAP contempla tres categorías de emolumentos que constituyen remuneración:

- a. *El Sueldo Base*, que es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por periodos iguales que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado o asimilado y que se encuentre señalado en el respectivo contrato. Dependiendo de la categoría, va desde los \$ 91.731 (auxiliares de servicio de Salud) hasta los \$ 290.547 (médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos-dentistas). Si se trata de contratos por jornadas parciales, el sueldo base no puede ser inferior al mínimo nacional proporcionalmente calculado en relación con la jornada de trabajo.
- b. *La Asignación de Atención Primaria Municipal*, que es un incremento del sueldo base a que tiene derecho todo funcionario por el solo hecho de integrar una dotación. Esta asignación la reciben todos los funcionarios y corresponde a un 100 por ciento del sueldo base definido para cada categoría.
- c. Otras asignaciones:

Asignación por responsabilidad directiva. El director de un consultorio tiene derecho a esta asignación que oscila entre un 10 a un 30 por ciento de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria que le corresponda. El resto del personal que ejerza funciones de responsabilidad, tiene derecho a percibir esta asignación en un porcentaje de un 5 y hasta un 15 por ciento aplicado sobre igual base.

Asignación por desempeño en condiciones difíciles. Se otorga a quienes laboren en establecimientos reconocidos como urbanos o rurales por el Ministerio de Salud, y calificados como establecimientos de desempeño difícil. Consiste en porcentajes que pueden ser de 5, 10 o 30 por ciento, en el caso de consultorios urbanos, y de 10, 19 y 26 por ciento, en caso de consultorios rurales, aplicados sobre la suma del sueldo base y la asignación de atención primaria municipal, en relación con una jornada de 44 horas semanales. También se aplica a los funcionarios que trabajen en un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), caso en que el porcentaje es de 15 por ciento.

Asignación de zona. Consiste en un porcentaje sobre el sueldo base, equivalente al establecido para los funcionarios del sector público según el lugar en que ejecuten sus acciones de atención primaria de salud.

Asignación de mérito. El 35 por ciento de funcionarios mejor evaluados en cada categoría de la dotación y que estén ubicados en Lista 1 o Lista 2, perciben un 10, 20 o 35 por ciento calculado sobre el sueldo base, dependiendo del tramo en que se ubique; se paga en cuatro cuotas.

Asignaciones extraordinarias. Las aprueba del Concejo Municipal, son de carácter transitorio (no exceden el 31 de diciembre de cada año), y pueden otorgarse a una parte o a la totalidad de la dotación de salud de uno o más establecimientos dependientes de la municipalidad.

Las remuneraciones se fijan por mes, en número de horas de desempeño semanal.

Sistema de evaluación y calificaciones

a. Objetivos del sistema

- Evaluar el desempeño y las aptitudes de cada funcionario.
- Determinar el derecho a percibir asignación de mérito y, en tal caso, el tramo que le corresponde
- Servir de base para poner término a la relación laboral.
- Ponderar la contribución del trabajador al logro de las metas, planes y programas, calidad de los servicios y grado de satisfacción de los usuarios del respectivo establecimiento.
- Convertirse en una instancia de formación y refuerzo positivo de las conductas meritorias y de rectificación de desempeños insatisfactorios.

b. Características

El sistema es descentralizado. Es decir, la ley y el reglamento establecen parámetros generales, pero cada entidad administradora se encarga de operativizar a su realidad local.

La calificación evalúa los doce meses de desempeño funcionario comprendidos entre el 1° de septiembre y 31 de agosto del año siguiente.

Todos los funcionarios que tengan a lo menos seis meses de desempeño continuo o discontinuo en el periodo serán calificados. Quienes no reciban calificación mantendrán en el periodo la calificación anterior.

c. Las listas que contienen la calificación

Los funcionarios serán ubicados en alguna de las listas de calificación de acuerdo al puntaje obtenido en el respectivo proceso.

Existirán cuatro listas: Lista 1, Lista 2, Lista 3 y Lista 4.

El reglamento de calificaciones de la entidad administradora determinará los puntajes que corresponden a cada una de ellas.

La Lista 3 corresponde a la lista Condicional y la Lista 4, a la de Eliminación.

Generación de altas autoridades

Solo pueden ser directores de establecimientos de atención primaria de salud municipal, algunos de los siguientes profesionales:

- a. Médicos cirujanos, farmacéuticos, químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos-dentistas;
- b. Asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos; y
- c. Otros con formación en el área de salud pública, debidamente acreditada.

El nombramiento de director tiene una duración de tres años.

Con la debida antelación se llamará a concurso público de antecedentes, pudiendo postular el director que termina su periodo.

El director que, antes de ejercer como tal, hubiere tenido contrato indefinido, volverá a desempeñarse en dicha calidad, sin necesidad de concurso, en establecimientos de la misma comuna y hasta por igual número de horas que tenía contratadas antes de ejercer la función de director, en el evento que habiendo re-postulado no resulte seleccionado en el concurso público respectivo o no vuelva a postular a dicho cargo.

Estatuto aplicable a profesionales funcionarios de la Ley 19.664

La Ley 19.664 del año 1999 contiene las normas generales relativas a la carrera funcionaria del personal que trabaja en los establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud.

A quiénes se aplica

A los profesionales funcionarios, esto es, los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas que desempeñen cargos con jornadas de 11, 22, 33 y 44 horas semanales, incluidos los cargos de la planta de Directivos, que se desempeñen en las siguientes dependencias de los Servicios de Salud: Dirección de los Servicios, Hospitales, Institutos, Centros de Referencia de Salud, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Direcciones de Atención Primaria, Consultorios y Postas Rurales.

La carrera funcionaria

a. Dotación

Las dotaciones de personal asignadas a los Servicios de Salud, en lo que se refiere a los profesionales funcionarios no directivos, se expresan en cargos.

La Ley de Presupuestos del Sector Público fija para el conjunto de los Servicios de Salud la dotación de personal expresada en horas semanales de trabajo.

Por resolución del Ministerio de Salud se distribuyen las horas entre los Servicios de Salud.

A su vez, los directores de los Servicios de Salud, previa consulta a los directores de establecimientos bajo su dependencia, mediante resolución, organizarán, distribuirán y estructurarán las plantas de horas en cargos de profesionales funcionarios de 11, 22, 33 o 44 horas semanales, según las distintas profesiones y con las jornadas que se requieran para el cumplimiento de las finalidades de los respectivos Servicios de Salud.

Asimismo, pueden, de la misma forma, reconfigurar, fraccionar o fusionar dichos cargos cuando se encuentren vacantes o cuando un profesional, por razones fundadas, solicite rebaja horaria mientras sirve el cargo y así lo resuelva la autoridad considerando los intereses y necesidades del Servicio.

La dotación de horas estará destinada a la provisión de empleos a contrata de la Etapa de Destinación y Formación, y de empleos de planta y a contrata de la Etapa de Planta Superior.

b. Ingreso

La carrera funcionaria está estructurada en dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación, y la Etapa de Planta Superior.

b.1 La Etapa de Destinación y Formación y su ingreso

La Etapa de Destinación y Formación se cumple mediante el desempeño de empleos a contrata y la permanencia en ella no podrá exceder de nueve años, anuales y prorrogables.

El director de cada Servicio de Salud podrá autorizar fundadamente la prórroga de los contratos de aquellos profesionales funcionarios que al noveno año de permanencia en la Etapa de Destinación y Formación aún se encuentren cumpliendo un programa de especialización. Dicha prórroga podrá otorgarse por el plazo máximo de dos años para el solo efecto de cumplir dicho programa.

A partir del sexto año, los profesionales pueden postular a los concursos que se llamen para proveer cargos de la Etapa de Planta Superior.

El ingreso a esta Etapa puede hacerse de dos formas:

La regla general:

Por regla general, el ingreso a la Etapa de Destinación y Formación se efectúa mediante un proceso de selección que debiera ser objetivo, técnico e imparcial, y que se debe desarrollar a nivel nacional a lo menos una vez al año.

Existe una comisión encargada del proceso de selección, designada en cada oportunidad por el subsecretario de Redes Asistenciales, la que puede considerar la aplicación de instrumentos de selección tales como oposición de antecedentes, pruebas, entrevistas, exámenes u otros que evalúen las competencias del postulante para el ejercicio del cargo. Dichos instrumentos deben ser públicos y abiertos a todo participante y tienen carácter de nacional.

La comisión debe estar integrada, entre otros, por dos profesionales funcionarios de la respectiva profesión, propuestos por las asociaciones gremiales sucesoras de los Colegios Profesionales correspondientes.

Resuelto el proceso de selección coordinado por la Subsecretaría mencionada, ésta comunicará a los Servicios de Salud la nómina de los profesionales seleccionados que hubiesen aceptado los cargos ofrecidos por los respectivos Servicios y les remitirá los antecedentes de los interesados para que se dispongan las correspondientes contrataciones.

La excepción:

Los directores de los Servicios de Salud están facultados para contratar directamente profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación, cuando circunstancias fundadas lo justifiquen en razón de necesidades del Servicio, en forma transitoria y por periodos determinados.

Estas contrataciones podrán disponerse en toda época del año con cargo a la dotación de horas asignadas a esta etapa, sea cual fuere la causa por la que se encuentren disponibles, siempre que no excedan del 20 por ciento de la dotación de horas asignadas a ella, en cada Servicio.

Requisito general de ingreso de los médicos cirujanos:

Desde el 20 de abril de 2009, para ingresar por vez primera a los cargos o empleos de médico cirujano, se debe rendir un examen único nacional de conocimientos de medicina y haber obtenido un puntaje mínimo que de acuerdo al reglamento es un 51 por ciento.

b.2 La Etapa de Planta Superior y su ingreso

La Etapa de Planta Superior está conformada por tres niveles (I, II y III), asociados a la percepción de la asignación de experiencia calificada.

Esta etapa está integrada por profesionales que, por su formación y experiencia, desempeñen funciones que involucren la aplicación sistemática de sus conocimientos y competencias en beneficio de la población usuaria, en la formación de nuevos profesionales o en la coordinación y supervisión de equipos o grupos de trabajo.

El ingreso se efectúa, previo concurso público, por nombramiento en calidad de titular de un cargo de planta, en el Nivel I.

Excepcionalmente, y en casos debidamente justificados en razones de servicio, se puede llamar a concurso para cargos vacantes en otro nivel, siempre que en el respectivo organismo no existan profesionales acreditados para ese nivel con la especialidad o competencia profesional correspondiente, y haya cupos disponibles de asignación de experiencia calificada.

Con todo, e independientemente del nivel a que sea llamado el concurso, si quien resulta seleccionado para un cargo de titular en la Etapa de Planta Superior se

hallare percibiendo en dicha calidad, en el mismo Servicio de Salud, una asignación de experiencia calificada de nivel superior a la del cargo que se concursara, se le reconocerá en el nuevo cargo al menos su antiguo nivel de asignación y de ubicación en la Etapa, siempre que existan recursos disponibles para el conjunto de los Servicios de Salud.

El mismo derecho tendrán aquellos profesionales que sean titulares de un cargo en la Etapa de Planta Superior, que posean especialidades o subespecialidades críticas o en falencia y que provengan, sin solución de continuidad, de un Servicio de Salud distinto del que llama a concurso, siempre y cuando se cumplan además los siguientes requisitos:

- Que las bases del respectivo concurso dejen expresa constancia de que el reconocimiento regirá para el cargo que se concursara, siempre que existan recursos disponibles para el conjunto de los Servicios de Salud, y
- Que el nuevo cargo para el que se llame a concurso requiera la misma especialidad o subespecialidad del profesional beneficiario del reconocimiento.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará también a los profesionales funcionarios que sirvan empleos a contrata en la Etapa de Planta Superior.

c. Modalidad de ascensos o promociones

Etapa de Destinación y Formación:

No existe norma sobre promociones o ascensos. Ello, por cuanto se trata de una etapa en que las personas se desempeñan a contrata, por un año, renovables.

Etapa de Planta Superior:

En rigor, existe promoción o ascenso de modo indirecto.

Recordemos que esta etapa está conformada por tres Niveles: I, II y III. Cada nivel da derecho a gozar de una asignación de experiencia, que se calcula sobre el sueldo base, del siguiente monto: Nivel I: 40 por ciento; Nivel II: 82 por ciento; Nivel III: 102 por ciento.

Transcurridos cinco años de permanencia en un cargo de planta o en un empleo a contrata, en los Niveles I o II, los profesionales podrán presentar sus antecedentes para acreditación de excelencia, siempre que cumplan con los requisitos que establezca el reglamento.

Quienes no aprueben esta acreditación seguirán sometidos a las normas generales sobre presentación para acreditación ordinaria, la que obligatoriamente debe hacerse cada nueve años.

Los profesionales que aprueben la acreditación accederán en el respectivo cargo al nivel inmediatamente siguiente, siempre que exista cupo financiero para ello, lo que deberá ser reconocido por resolución del director. En tal caso, percibirán la asignación de experiencia calificada en el porcentaje correspondiente a ese nivel.

De no existir cupo, pasarán a integrar, por orden de precedencia, una nómina que para esos efectos llevará el Servicio, en espera de cupo financiero. El nuevo monto del beneficio se pagará solo desde que se genere dicho cupo financiero.

En todo caso, para los efectos del plazo al que deban someterse a una nueva acreditación (cada nueve años), los profesionales que se encuentren en la nómina podrán abonar el tiempo que deban esperar por el cupo financiero para acceder al siguiente nivel de la etapa, debiendo considerarse, asimismo, los logros alcanzados durante este tiempo por los profesionales en el ejercicio de sus funciones.

Los profesionales que no aprueben la acreditación a que deban someterse mantendrán su cargo y el nivel en que se encontraron, pero deberán presentar anualmente sus antecedentes para nuevas acreditaciones en ese cargo.

d. Término de la carrera

Etapa de Destinación y Formación:

Además de las reglas generales (por renuncia, destitución o mala evaluación en las calificaciones), se encuentra la llegada del plazo; es decir, dado que se trata de nombramientos a contrata, estos tienen una duración máxima de un año, prorrogables, de suerte tal que bien puede ocurrir que en esta etapa el respectivo nombramiento no se prorrogue.

Etapa de Planta Superior:

Al igual que en el caso anterior, se aplican las reglas generales, incluida la no renovación de nombramientos a contrata.

Para el caso de quienes sean titulares de planta, la no presentación de antecedentes para su acreditación al cabo de nueve años sirviendo en Nivel I o II, hará incurrir al profesional en la pérdida de requisitos para continuar ejerciendo la función, y se le declarará vacante el respectivo cargo dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que debió someterse a acreditación.

Sistema de remuneraciones

Las remuneraciones pueden ser permanentes y transitorias.

a. Son permanentes

Sueldo base. Retribución pecuniaria de carácter fijo y por periodos iguales, asignada al cargo o empleo y que constituye la única base de cálculo para el goce de las demás remuneraciones, a excepción de las bonificaciones de desempeño. El sueldo base mensual por las jornadas de 11, 22 y 33 horas semanales es proporcional al sueldo base establecido para la jornada de 44 horas.

Asignación de antigüedad. Estipendio que se concede por cada tres años de servicios como profesional funcionario en los Servicios de Salud, con un límite de trece trienios, cuyo monto se determina aplicando sobre el sueldo base los porcentajes que van desde 34 por ciento (primer trienio) a 72 por ciento (dé-

cimo tercer trienio). Son válidos para el reconocimiento de esta asignación, los servicios prestados como profesional funcionario en cualquier calidad jurídica, en los Servicios de Salud o en sus antecesores legales, en la Atención Primaria Municipal, o en cargos directivos regidos por la Escala Única de Sueldos; así como los tiempos servidos como médico cirujano, cirujano dentista, químico farmacéutico, farmacéutico o bioquímico, en calidad de planta o a contrata, en municipalidades, establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile y de las Cajas de Previsión de dichas instituciones; Servicio Médico Legal; Gendarmería de Chile; universidades estatales y reconocidas por el Estado, y para empleadores particulares que ejerzan funciones delegadas de un servicio público de salud (estos servicios, una vez reconocidos, no podrán hacerse valer nuevamente, con la misma finalidad, en caso de producirse interrupción de funciones).

Asignación de Experiencia Calificada. Estipendio que se otorga en reconocimiento al nivel de calificación técnica y de competencia de los profesionales funcionarios que pertenezcan a la Etapa de Planta Superior, en porcentajes de 40 por ciento (Nivel I), 82 por ciento (Nivel II) y 102 por ciento (Nivel III), calculados sobre el sueldo base.

Asignación de reforzamiento profesional diurno. Estipendio destinado a retribuir el desempeño profesional en jornadas diurnas en los establecimientos de los Servicios de Salud. Si está en Etapa de Destinación y Formación, equivale al 23 por ciento del sueldo base; si está en Etapa de Planta Superior, equivale al 92 por ciento del sueldo base.

b. Son transitorias

Asignación de responsabilidad. Destinada a retribuir la importancia o jerarquía de los cargos directivos y el ejercicio de funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando encomendadas a los profesionales, y consiste en un porcentaje sobre el sueldo base no inferior al 10 por ciento ni superior al 130 por ciento. El director de cada Servicio de Salud determina el porcentaje de esta asignación, de acuerdo con las disponibilidades de recursos y las necesidades de los establecimientos bajo su dependencia.

Asignación de estímulo. Estipendio que podrá otorgarse por las horas de la jornada semanal que los profesionales funcionarios desempeñen en actividades, lugares o condiciones especiales, o por las competencias profesionales exigidas para determinados puestos de trabajo que el Servicio de Salud correspondiente requiera incentivar para cumplir los planes y programas de salud. No podrá exceder del 180 por ciento del sueldo base y se pagará por las horas de la jornada semanal que el profesional tenga efectivamente asignadas a la función objeto de este estímulo. La fija el director del Servicio de Salud.

Bonificación por desempeño individual. Está asociada al proceso de calificaciones y se paga al 30 por ciento de los profesionales funcionarios de cada estableci-

miento mejor evaluados durante el año inmediatamente anterior a aquel en que se efectúe el pago, siempre que hayan sido calificados en Lista 1 o en Lista 2; su monto asciende a 10 por ciento para el 15 por ciento de los profesionales mejor evaluados y 5 por ciento para los profesionales que les sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 30 por ciento, calculado sobre el sueldo base, asignación de antigüedad y asignación de experiencia calificada, percibidas por el profesional respectivo durante el año evaluado.

Bonificación por desempeño colectivo. Se otorga al conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente; equivale hasta el 10 por ciento del total anual de remuneraciones pagadas por concepto de la suma del sueldo base, asignación de antigüedad y asignación de experiencia calificada, cuando correspondan, y que los profesionales hubiesen percibido durante el año en que cumplieron un programa de trabajo.

Generación de altas autoridades

Se encuentran sometidos a las normas sobre Alta Dirección Pública los siguientes cargos: director de Hospital, subdirector médico Hospital, subdirector administrativo Hospital.

Estatuto administrativo aplicable a los demás funcionarios que trabajan en un hospital

Existe una tercera clase de trabajadores que desempeñan sus funciones en salud, pero a los que se les aplica el Estatuto Administrativo general.

En esta parte, solo nos referiremos a aquellos aspectos que difieren de las reglas generales aplicables a los demás funcionarios públicos.

El texto que contiene las normas distintivas de esta clase de empleados públicos, se encuentra en el DFL. 1, de 2005, de Salud, que, entre otras cosas, fijó el texto refundido del DL. 2763, de 1979.

A quiénes se aplican estas normas excepcionales

A los funcionarios de los Servicios de Salud regidos por las disposiciones de la Ley 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el DFL. 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

Carrera funcionaria

a. Dotación

Hasta el 15 por ciento de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por el Estatuto Administrativo, en horas semanales de

trabajo, y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente, y previa aprobación del respectivo director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir, en un porcentaje proporcional del 50 por ciento, los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno, que veremos más adelante.

b. La promoción en la carrera funcionaria

b.1 De las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares

La promoción de estos funcionarios de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el periodo objeto de acreditación, con una ponderación de 33 por ciento, 33 por ciento y 34 por ciento, respectivamente.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 51 de la Ley 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el DFL. 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

b.2 De la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales

La promoción de estos funcionarios de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25 por ciento.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal, y por quienes integran el Comité de Selección, esto es, quienes integran la junta calificadora central o regional. Se considera, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la tabla señalada en el DFL. 1, de 2005, de Salud.

Remuneraciones

Además de los estipendios propios como funcionario a quien se le aplica el Estatuto Administrativo, estos trabajadores pueden gozar de las siguientes asignaciones:

Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Se otorga al personal de las plantas de auxiliares, administrativos y técnicos de los Servicios de Salud; tiene un componente base (10,5 por ciento para auxiliares y administrativo y 10 por ciento para los técnicos) y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.

Asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo. Se otorga al personal perteneciente a la planta de profesionales de los Servicios de Salud y al personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17 y 11, ambos inclusive, regidos por el Estatuto Administrativo; tiene un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.

Asignación de estímulo a la función directiva. Se otorga al personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud, regidos por el Estatuto Administrativo; el monto mensual que corres-

ponde a cada funcionario se calcula sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la Ley 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el DL. 1770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la Ley 19.699.

Asignación de turno. Se otorga al personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud, regidos por el Estatuto Administrativo, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta 12 horas, mediante turnos rotativos. La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Asignación de responsabilidad. Se otorga al personal de la planta de profesionales de los Servicios de Salud, regidos por Estatuto Administrativo, con jornadas de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT); se otorga mediante concurso.

Estatuto de los trabajadores del Hospital Experimental Padre Alberto Hurtado

Cuando se discutió a fines de los noventa la llamada Ley FONASA (Ley 19.650, de 1999), se agregó una disposición transitoria que permitía la creación de tres establecimientos experimentales.

Uno de ellos fue el Hospital Padre Alberto Hurtado.

El DFL. 29, de 2000, de Salud, contempla su estatuto y, en lo que nos incumbe, contiene algunas normas interesantes de conocer.

Ingreso al hospital y promociones

Los trabajadores del Establecimiento, salvo aquellos de exclusiva confianza, serán seleccionados previo concurso público y darán origen a un contrato de carácter indefinido.

En este contrato se deberá establecer, al menos:

- a. Lugar y fecha del contrato.
- b. Individualización de las partes.
- c. Naturaleza de los servicios y lugar o lugares en que hayan de prestarse. Con todo, el director del Hospital podrá modificar las funciones asignadas o el lugar en que ellas deban prestarse, a condición de que se trate de labores similares y sin que ello importe menoscabo para el trabajador. Asimismo, podrá

alterar la distribución de la jornada de trabajo convenida, sea anticipando o postergando la hora de ingreso al trabajo, debiendo dar aviso al trabajador a lo menos con 24 horas de anticipación.

- d. La remuneración.
- e. Duración y distribución de la jornada de trabajo y turnos, en su caso.
- f. Plazo del contrato, en el caso de los contratos a plazo fijo, o la mención de ser de carácter indefinido.

Cuando circunstancias fundadas lo justifiquen en razón de necesidades del Establecimiento, el jefe superior estará facultado para contratar directamente trabajadores. Estas contrataciones, en su conjunto, no podrán exceder del 20 por ciento de las horas de la dotación.

La contratación directa se dispondrá siempre por un plazo determinado que no podrá exceder del 31 de diciembre de cada año y los trabajadores que los sirvan expirarán en sus funciones en esa fecha, por el solo ministerio de la ley, salvo que hubiese sido propuesta la prórroga con 30 días de anticipación, a lo menos.

Las contrataciones que importen para el personal la promoción a un grado superior, se dispondrán previo concurso interno.

Remuneraciones

El sistema de remuneraciones estará conformado por una escala de sueldos base mensuales y por asignaciones o bonificaciones permanentes, transitorias, variables o eventuales.

Las asignaciones o bonificaciones estarán asociadas a todos o algunos de los siguientes aspectos: experiencia funcionaria, calificación profesional o técnica, desempeño de cargos o funciones directivas o de jefaturas, estímulos a la función, desempeño individual, logro o cumplimiento de metas de gestión o institucionales, características del mercado laboral u otros aspectos vinculados a la gestión.

Además, el director podrá establecer un sistema de incentivos de otra naturaleza, tales como otorgamiento de uniformes, colación, movilización y cursos de perfeccionamiento. En todo caso, estos incentivos no podrán alterar las obligaciones de los funcionarios.

Calificaciones

Los trabajadores del hospital estarán sujetos a un sistema de calificaciones que tendrá por objeto evaluar el desempeño y las aptitudes de cada trabajador, atendidas las exigencias y características de su cargo; deberán ser calificados anualmente y ubicados en alguna de las siguientes listas: Lista 1, de Distinción; Lista 2, Buena; Lista 3, Condicional; Lista 4, de Eliminación.

Terminación del contrato

El contrato de aquellos trabajadores del Establecimiento, que no sean de exclusiva confianza, terminará por:

- a. Conclusión del trabajo o servicio objeto del contrato;
- b. Salud incompatible con el cargo o enfermedad irrecuperable, de acuerdo con la normativa vigente en la materia;
- c. Acuerdo de las partes;
- d. Renuncia, debiendo dar aviso escrito al superior jerárquico con treinta días de anticipación, a lo menos;
- e. Medida disciplinaria de destitución;
- f. Evaluación deficiente de su desempeño funcionario, en conformidad a la ley y su reglamento;
- g. Falta de probidad, vías de hecho, injurias o conducta inmoral grave debidamente comprobada;
- h. No concurrencia a sus labores sin causa justificada durante dos días seguidos o un total de tres días en el mes, o la ausencia injustificada, o sin aviso previo, si ello significare un retardo o perjuicio grave para las tareas encomendadas;
- i. Abandono del trabajo, entendiéndose por tal la salida intempestiva o injustificada del lugar de trabajo durante las horas de desempeño de su labor, sin permiso de quien deba otorgárselo, y la negativa a realizar las labores convenidas en el contrato, sin causa justificada;
- j. Incumplimiento grave de las obligaciones, deberes y prohibiciones que impone la ley o deriven de la función para la cual ha sido contratado;
- k. Necesidades del Establecimiento, que determinará su director solamente una vez al año, tales como las derivadas de la dotación anual de personal que se fije en la Ley de Presupuestos del Sector Público, de la racionalización, modernización o cambio de naturaleza de las funciones que haga necesaria la separación de uno o más funcionarios. En estos casos, si el contrato hubiere estado vigente un año o más, se le debe pagar al trabajador una indemnización equivalente a treinta días de la última remuneración mensual devengada por cada año de servicio y fracción superior a seis meses, prestados continuamente al Establecimiento, con tope de 11 años y no más de 90 unidades de fomento por mes. El trabajador que perciba esta indemnización no podrá ser contratado por el Establecimiento dentro de los cinco años siguientes al término del contrato.
- l. Fallecimiento.

Cuadros comparativos

A continuación, expondremos lo señalado más arriba en una serie de cuadros comparativos, para entender mejor las semejanzas y diferencias de los distintos regímenes estatutarios analizados.

Carrera funcionaria

	APS	Ley 19.664	Estatuto Administrativo	Hospital Padre Hurtado
Dotación	Número de horas semanales adecuadas para un año. Se establece cada año.	Cargos traducidos en horas (11, 22, 33, 44)	Cargos definidos por ley 15% horas semanales	Ley de Presupuestos la fija y se expresa en horas semanales
Estructura	6 categorías / 15 niveles cada una	2 etapas: Destinación y Formación (EDF) 9 años Planta Superior (EPS) 3 niveles, 9 años cada uno	Regla general	Primer Nivel: Director Segundo Nivel: Gerente General Tercer Nivel: Gerentes Jefes de Departamentos
Ingreso	Concurso público contrato indefinido	EDF selección anual nacional EPS concurso público para Nivel I	Regla general	Concurso público; se traduce en contrato indefinido
Ascensos	Dentro de la categoría, promoción automática Para pasar a otra categoría, concurso	EDF no existe EPS cada 9 años si acredita excelencia y existe cupo	Planta directivos de carrera y profesionales, por concurso interno Otras plantas acreditan competencias y ascienden si hay cupo	No hay
Término	9 causales	EDF llegada de plazo EPS no acreditación excelencia	Regla general	12 causales, incluida necesidades del establecimiento

Sistema de remuneraciones e incentivos

	APS	Ley 19.664	Estatuto Administrativo	Hospital Padre Hurtado
Permanentes	<ul style="list-style-type: none"> - Sueldo base (depende categoría 290 a 91 miles de pesos) - Asignación APS (100%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sueldo base calculado para 44 horas semanales - Antigüedad (trienios) - Experiencia calificada (40, 82, 102%) - Reforzamiento profesional diurno 	Regla general	Escala de sueldos base mensuales
Variables o transitorias	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad directiva - Estímulo - Desempeño en condiciones difíciles - Zona - Mérito - Extraordinarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad - Desempeño individual - Desempeño colectivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y estímulo al desempeño colectivo (auxiliares, técnicos y administrativos) - Acreditación individual y estímulo a desempeño colectivo (Profesionales y directivos de carrera) - Estímulo función directiva - Turnos - Responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia funcionaria - Calificación profesional o técnica - Cargos o funciones directivas o jefaturas - Estímulos a la función - Desempeño individual - Cumplimiento metas gestión o institucionales - Características mercado laboral u otros aspectos vinculados a la gestión - Otros incentivos: uniformes, colación, movilización y cursos perfeccionamiento

Sistema de evaluación

	APS	Ley 19.664	Estatuto Administrativo	Hospital Padre Hurtado
Cumplimiento de Metas	Sí	Sí	Sí	Sí
Listas (1, 2, 3 y 4)	Sí	Sí	Sí	Sí

Sistema de generación de altas autoridades

APS	Ley 19.664	Estatuto	Estatuto Administrativo	Hospital Padre Hurtado
Directivo máximo	Concurso público municipal Cada 3 años Sólo algunas profesiones	Alta Dirección Pública	No aplica	Alta Dirección Pública
Directivos segunda línea	Regla general	Alta Dirección Pública (Director Hospital, Subdirector Médico, Subdirector Administrativo)	No aplica	Alta Dirección Pública

Resumen de los puntos principales

De la revisión que hemos efectuado a los diversos estatutos, es posible concluir, al menos, lo siguiente:

1. Multiplicidad de estatutos aplicables a quienes trabajan en Salud, lo que vuelve compleja su administración para los gestores.
2. Diferentes sistemas de carrera funcionaria, lo que implica dificultades para que un mismo profesional pueda trasladarse o cambiarse de función, sin perder sus derechos adquiridos.
3. Diversos sistemas de remuneraciones, lo que genera frustración para aquellos que, haciendo labores similares, perciben menores ingresos que otros.
4. Distintos mecanismos de generación de autoridades.
5. Pocos incentivos para el desarrollo profesional (APS).
6. Poca utilización de mecanismos de flexibilidad vigentes.

Por otra parte, y sin perjuicio de lo que se dirá en el capítulo final de este trabajo, interesante resulta desde ya adelantar que, de la revisión efectuada, existen algunos aspectos que sería bueno replicar o, al menos, evaluar su aplicación a todos los estatutos.

De ellos, destacamos dos: uno, el de flexibilidad en la desvinculación de funcionarios (Atención Primaria y Hospital Padre Hurtado), y dos, las asignaciones en condiciones de desempeño difícil de la atención primaria más la flexibilidad del director del Hospital Padre Hurtado para fijar las asignaciones por un importante número de variables, incluida la posibilidad de costear alimentación y locomoción.

Estos mayores grados de flexibilidad, bien utilizados y establecidos como incentivos para el mejor desempeño, debieran aplicarse y replicarse en el resto del sector.

La experiencia comparada en materia de estatutos del personal de salud

La problemática de los recursos humanos en Salud no es algo novedoso de nuestro país.

En efecto, al revisar la literatura especializada (González López-Valcarce B., 2000), es dable concluir que los problemas, quejas e insatisfacciones son, más o menos, los mismos, al punto que en 1998 la OMS señaló que en los sistemas de salud en el mundo es posible encontrar cuatro tipos de desequilibrios en relación con los recursos humanos:

1. Infradotación o sobredotación de categorías específicas de personal para las necesidades de la población.
2. Distribución geográfica desigual entre países, zonas de un país y especialidades.
3. Relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías.
4. Desajustes entre la formación recibida y los requerimientos del trabajo.

Carrera funcionaria. El caso español

Dada la similitud de visiones o realidades entre nuestro país y España, es que mucha de nuestra legislación se inspira fuertemente en los modelos españoles.

Así, por ejemplo, la Ley de Procedimiento Administrativo y la Ley sobre OPAS.

Por tal razón, nos ha parecido interesante analizar en profundidad el caso español en relación con la carrera funcionaria.

En el año 2003, se publica la Ley 55 que establece “las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal”. Cada comunidad autónoma, en base a esta ley, puede dictar sus propias normas internas.

La Ley 55 establece una serie de principios y criterios de ordenación del régimen estatutario, entre los que destacan la igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario; la estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo; la libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; la dedicación prioritaria al servicio público y transparencia de los intereses y actividades privadas como garantía de dicha preferencia; y la participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo, a través de la negociación en las mesas correspondientes.

Clases o categorías de funcionarios

El personal estatutario de los Servicios de Salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento, en cuatro grandes categorías:

- a. Personal estatutario sanitario. Es el que ostenta esta condición en virtud del nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria.

Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se subclasifica de la siguiente forma:

- Personal de formación universitaria quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se divide en:

- i. Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
- ii. Licenciados sanitarios.
- iii. Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- iv. Diplomados sanitarios.

- Personal de formación profesional: quienes ostenten la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, cuando se exija una concreta titulación de formación profesional. Este personal se divide en:

- i. Técnicos superiores.
- ii. Técnicos.

- b. Personal estatutario de gestión y servicios. Es aquel que ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

La clasificación del personal estatutario de gestión y servicios se efectúa, en función del título exigido para el ingreso, de la siguiente forma:

- Personal de formación universitaria. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

- i. Licenciados universitarios o personal con título equivalente.
- ii. Diplomados universitarios o personal con título equivalente.

- Personal de formación profesional. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

- i. Técnicos superiores o personal con título equivalente.
- ii. Técnicos o personal con título equivalente.

- Otro personal: categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la educación secundaria obligatoria, o título o certificado equivalente.

- c. Personal estatutario fijo. Es el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

d. Personal estatutario temporal. Es aquel que los servicios de salud nombran por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario.

Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser:

- De carácter interino. El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.

Se acordará el cese del personal estatutario interino cuando se incorpore personal fijo, por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, a la plaza que desempeñe, así como cuando dicha plaza resulte amortizada.

- De carácter eventual. El nombramiento de carácter eventual se expedirá en los siguientes supuestos:
 - i. Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
 - ii. Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
 - iii. Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un periodo acumulado de 12 o más meses en el lapso de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro.

- Nombramiento de sustitución. El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los periodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Se acordará el cese del personal estatutario sustituto cuando se reincorpore la persona a la que sustituya, así como cuando ésta pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza o función.

Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo

La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

1. Superación de las pruebas de selección.
2. Nombramiento conferido por el órgano competente.
3. Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.

Son causales de extinción de la condición de personal estatutario fijo:

1. La renuncia.
2. La pérdida de la nacionalidad española o de la de otro Estado tomada en consideración para el nombramiento.
3. La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
4. La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta y, en su caso, la especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión.
5. La jubilación, que puede ser forzosa o voluntaria.
La jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de 65 años.
No obstante, el interesado podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento. Esta prolongación deberá ser autorizada por el Servicio de Salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.
6. La incapacidad permanente, cuando sea declarada en sus grados de incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo, o gran invalidez conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social.

Sistemas de selección

La selección del personal estatutario fijo se efectuará con carácter general a través del sistema de oposición, concurso o concurso-oposición.

La oposición consiste en la celebración de una o más pruebas dirigidas a evaluar la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones, así como a establecer su orden de prelación.

El concurso consiste en la evaluación de la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones a través de la valoración con arreglo a baremo de los aspectos más significativos de los correspondientes currículos, así como a establecer su orden de prelación.

El concurso-oposición consistirá en la realización sucesiva, y en el orden que la convocatoria determine, de los dos sistemas anteriores.

La selección del personal estatutario temporal se efectuará a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad, y que serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes.

El personal estatutario temporal podrá estar sujeto a un período de prueba, durante el que será posible la resolución de la relación estatutaria a instancia de cualquiera de las partes. El periodo de prueba no podrá superar los tres meses de trabajo efectivo.

Remuneraciones

El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.

La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes Leyes de Presupuesto.

Retribuciones básicas

Las retribuciones básicas son:

1. El sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño.
2. Los trienios, que consisten en una cantidad determinada para cada categoría, por cada tres años de servicios.

La cuantía de cada trienio será la establecida para la categoría a la que pertenezca el interesado el día en que se perfeccionó.

3. Las pagas extraordinarias serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

Las retribuciones básicas y las cuantías del sueldo y los trienios serán iguales en todos los servicios de salud y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos. Dichas cuantías de sueldo y trienios coincidirán igualmente con las establecidas cada año en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado para los funcionarios públicos.

Retribuciones complementarias

Las retribuciones complementarias son fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada Servicio de Salud.

Las retribuciones complementarias podrán ser:

1. Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.
2. Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En

ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.

3. Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.
4. Complemento de atención continuada, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.
5. Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

Sistemas de remuneraciones e incentivos

Sobre este punto, hemos revisado la literatura más actualizada sobre los sistemas de remuneraciones de los médicos de los países de la OCDE (Rie Fujisawa y Gaetan Lafortune, 2008).

En dichos países,³ se distinguen cuatro métodos de pago para los médicos:

Salario o sueldo base, esto es, el pago de una cantidad acordada de dinero a cambio de trabajar un determinado número de horas, y que varía dependiendo de la calificación de los médicos, el nivel del puesto o la antigüedad. Las escalas de sueldos y los pagos adicionales se pueden establecer de manera uniforme en el país o variar por regiones (por ejemplo, Austria) y por los servicios de salud.

Pago por servicio (*fee-for-service*), es decir, el pago de un precio por cada servicio prestado. En la mayoría de los países de la OCDE, los honorarios pagados por los distintos servicios se negocian entre compradores de la atención de la salud (por ejemplo, los Ministerios de Salud o de seguros de salud) y los proveedores (médicos). En algunos países, sin embargo, los médicos tienen la flexibilidad necesaria para establecer los niveles de tasas para todos o parte de sus pacientes (por ejemplo, en Francia). En virtud de este método de pago, el nivel de remuneración se ve afectado por el número y tipos de servicios prestados y los honorarios pagados por estos servicios.

Capitación, esto es, el pago de una determinada cantidad de dinero a los médicos por cada paciente registrado con ellos, a cambio del compromiso de responder a las necesidades de atención de sus pacientes durante un período (normalmente un año). En este caso, la remuneración de los médicos se ve afectada por el número de pacientes en su lista y la cantidad prevista por paciente, que

3. Alemania, Austria, Canadá, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Hungría, Islandia, Luxemburgo, Países Bajos, Suiza, Reino Unido y los Estados Unidos.

normalmente se negocia entre la atención de la salud y los proveedores de los compradores (la cantidad es a menudo ajustada por las características de los pacientes, tales como la edad y el género).

Remuneración según el desempeño. En los últimos años, varios países también han experimentado con nuevas formas de pagos a los médicos, en particular, para recompensar la consecución de un conjunto de resultados y objetivos de calidad.

Sobre este último método de pago, en los Estados Unidos la proporción de médicos que reciben los pagos para premiar la calidad de la atención y mayor satisfacción del paciente es cada vez mayor; así, en el periodo 2004/05, el 20 por ciento de los médicos recibieron pagos basados en la calidad y el 25 por ciento recibieron pagos sobre la base de la satisfacción del paciente (Reschovsky y Hadley, 2007).

El Reino Unido es uno de los países en los que las nuevas formas de pago para los médicos se han introducido en los últimos años, con el objetivo de aumentar el suministro, la eficiencia y la calidad de los servicios, en el contexto de un creciente gasto público en salud.

Un nuevo contrato para los médicos generalistas fue introducido en 2004, con el objetivo de aumentar la oferta de médicos y promover la realización de una serie de resultados y metas de calidad (Departamento de Salud, 2003).

Mientras que los pagos en el marco del nuevo contrato siguen siendo en gran parte basados en la actividad, la remuneración es complementaria de acuerdo a la calidad de los servicios prestados en áreas como la salud infantil, la maternidad, planificación de la familia, y las enfermedades crónicas (especialmente las cardiopatías coronarias, diabetes y cáncer).

Basados en el rendimiento, también se hacen los pagos para las actividades relacionadas con los sistemas de información (tales como el mantenimiento de registros) y la comunicación con los pacientes.

El nuevo contrato también permite una mayor flexibilidad para la prestación de servicios médicos más allá de los servicios esenciales.

Un nuevo contrato también se ha utilizado desde 2003 para los médicos especialistas (Oficina Nacional de Auditoría, 2007). Aunque los detalles difieren de una región a otra, en general, el nuevo contrato tiene por objeto aumentar la remuneración de los especialistas, sobre todo para quienes hacen una gran contribución a los servicios que el Sistema Nacional de Salud entrega.

El objetivo es aumentar el volumen de los servicios prestados dentro de la parte pública del sistema de prestación de servicios. Más concretamente, las horas extraordinarias de trabajo se recompensan mediante una remuneración más elevada.

El aumento de la remuneración se basa en la consecución de los objetivos acordados por el gestor y el clínico especializado en las siguientes áreas: a) calidad y eficiencia de la prestación de servicios, b) resultados clínicos, c) objetivos para

cada servicio en particular, d) la gestión de los recursos, e) el desarrollo de servicios y f) equipo multidisciplinario de trabajo.

En cuanto a las prácticas privadas, los especialistas están obligados a adherir a un nuevo código de conducta establecido. Por ejemplo, en Inglaterra y Escocia los especialistas, en general, deben proporcionar un periodo adicional de cuatro horas de servicio por semana para el Sistema Nacional de Servicios de Salud (además de las 40 horas de trabajo ordinario de la semana) con el fin de llegar a ser elegibles para las prácticas privadas.

Aspectos comparados a replicar en nuestro país

De la revisión precedente, es posible colegir al menos las siguientes materias que podrían ayudarnos a mejorar la gestión del recurso humano en nuestro país:

1. Definición de las plantas de funcionarios en base al desarrollo de las funciones que realizan, más que al título que posean, como en el caso español, en donde existe una planta para el personal sanitario y otra para el personal que desarrolla la gestión.
2. Explicitación de las causales en que procede la contratación temporal del personal, la que no está sujeta al mero capricho del directivo máximo; por ejemplo, permitir estas contrataciones cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, o bien cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
3. Incorporar como causal de cesación de servicios la edad de jubilación, que en el caso español es a los 65 años, con la excepción que en casos calificados se puede llegar como máximo a los 70 años. De este modo, se permitirán dos efectos: uno, que exista incentivo para el resto de personal de laborar en el sector público, de modo que no sea ilusorio el derecho de ascenso; y dos, que trabajen en el sector público los funcionarios que se encuentren en condiciones de entregar su mayor esfuerzo productivo.
4. En materia de incentivos pecuniarios, dos merecen relevarse: uno, relativo a entregar mayores remuneraciones en caso de especialidades en falencia; y dos, entregar incentivos relacionados con los sistemas de información (mantención de registros), puesto que esto último ayudaría en nuestro país, entre otras cosas, para llevar un mejor y más correcto control del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES o plan AUGE).

Gestión de recursos humanos adecuada a la reforma de salud y a las transformaciones estructurales del sector

En este capítulo se aborda la concordancia de la situación actual con las necesidades de ajuste del sector y con los objetivos de las reformas en marcha.

Cambio epidemiológico y envejecimiento poblacional

El mayor desafío que enfrenta el Sistema de Salud chileno es el profundo cambio que seguirá experimentando el perfil epidemiológico.

En los últimos 30 años, las enfermedades infecto-contagiosas han sido reemplazadas por los cánceres, accidentes y enfermedades cardiovasculares como las principales causas de muerte. El foco en lo materno-infantil no tiene sentido en un país que ha visto disminuir su tasa de natalidad junto con un fuerte descenso de su mortalidad infantil. Los problemas de hoy, y que serán aún más relevantes en los próximos 20 años, tienen que ver con las enfermedades del adulto y especialmente influenciadas por el envejecimiento de la población.

En este contexto, todo el sistema prestador necesita de un ajuste estructural profundo que requiere a su vez de un grado importante de flexibilidad en el número y tipo de recurso humano necesario. Está claro que como sistema requeriremos de más personal especializado en el manejo de los problemas del adulto mayor y necesitaremos menos obstetras y matronas que las que actualmente conforman las dotaciones de los establecimientos públicos.

La demanda de este tipo de flexibilidad difiere de la que comúnmente se discute, para situaciones de gestión de personal, que generalmente está vinculada al desempeño de las personas. Esta flexibilidad es independiente de este elemento y se vincula a causas estructurales. Estos procesos no necesitan ser permanentes pero sí profundos, por lo que pueden enfrentarse con estructuras jurídicas que generen condiciones de excepción, limitadas en el tiempo.

Cambio tecnológico

Este elemento es otro factor demandante de flexibilidad laboral y afecta no solamente al personal clínico, sino también al administrativo. A modo de ejemplo, la creciente automatización de los laboratorios de diagnóstico ha generado una sobreoferta de tecnólogos en los establecimientos de salud. Por su parte, el creciente uso del diagnóstico por imágenes hace que los tecnólogos dedicados a esta especialidad sean un elemento restrictivo para la oferta de este tipo de exámenes.

En el campo de lo administrativo, los hospitales han adoptado marginalmente las tecnologías de la información que son comunes en el mundo privado. Esto se debe principalmente a que para poder obtener los beneficios de eficiencia que se derivan de dichas tecnologías, es necesario reducir una cantidad importante de personal y elevar los niveles de conocimiento en TI de los que permanezcan.

Rendimiento y calidad de la atención

Un tercer desafío del sector salud viene dado por la necesidad de mejorar el rendimiento y la calidad de la atención. Es conocido que un déficit importante del sector público de salud tiene que ver con la insatisfacción de los usuarios con

el modelo de servicio y con bajos niveles de productividad que no solo son el resultado de los problemas estructurales, comentados en el punto anterior, sino también de la alta varianza de rendimiento entre los funcionarios, producto de la ausencia de mecanismos de premios para los mejores y de salida para los peores.

Una medida para promover la búsqueda de un servicio más preocupado por el usuario radica en cambiar los mecanismos de pagos a los hospitales, vinculándolos a su actividad y no a la historia (presupuestos fijos históricos), lo que a su vez requiere necesariamente flexibilidad de los costos de la dotación de personal que hoy representan entre el 70 y el 80 por ciento del gasto de un hospital. Este desafío requiere una gestión de recursos humanos que disponga de mecanismos de incentivos (económicos y no económicos) y también de la posibilidad de ajustes de dotación (menores) pero permanentes.

Funcionamiento en red y resolutivez de la atención primaria

Un cuarto desafío es mejorar la resolutivez de la atención primaria, y de manera general, lograr un mejor funcionamiento de la red y de sus mecanismos de derivación y contraderivación. En todas las reformas sectoriales se enfatiza que un elemento fundamental para mejorar los resultados en materia de indicadores de salud y control de costos es lograr que funcione de manera adecuada el primer nivel de atención y la relación entre éste y el resto de los niveles. Conseguir este objetivo pasa por varias exigencias y una importante es conseguir que el personal médico encuentre en la atención primaria un lugar de trabajo atractivo. En el contexto chileno, en el cual los niveles de atención del sistema público se encuentran en distintos regímenes administrativos y los trabajadores bajo distintos sistemas de carrera, es complejo estructurar un sistema que atraiga la permanencia de los doctores en la atención primaria municipalizada.

Propuestas de cambios para el mejoramiento de la gestión del recurso humano y su viabilidad

Las propuestas que plantearemos a continuación se insertan en un marco general de problemas que podemos resumir en los siguientes aspectos:

1. Mientras los establecimientos de salud se mantengan dentro de las bases generales de la Administración del Estado, subsistirá una rigidez laboral propia de los estatutos funcionarios. Esto puede ser más o menos flexible, pero siempre se mantendrá una estructura que obedezca a principios de estabilidad, como fue mencionado en el capítulo relativo a los Aspectos Jurídicos.
2. A pesar de la creación de un sistema de generación de alta dirección pública, destinada a mejorar el funcionamiento de la gestión directiva de los estableci-

mientos hospitalarios, la situación continúa con serios problemas debido al alto porcentaje de concursos desiertos,⁴ lo que probablemente obedezca a la falta de incentivos económicos y limitaciones al desarrollo de la práctica privada de la medicina.

3. Existe un problema serio de remuneraciones y de incentivos de carácter profesional, esto es, ausencia de una práctica resolutive y posibilidades de especialización, en el campo de la atención primaria. Esto se manifiesta en el desinterés de médicos chilenos en trabajar en este nivel, lo que ha sido suplido por la incorporación de profesionales extranjeros.
4. Existencia de organizaciones sindicales fuertes que generan un clima de permanente conflictividad, cuya manifestación pública son las paralizaciones, pero que en el día a día de la gestión se expresan en restricciones para la toma de decisiones concernientes a evaluaciones, modificaciones de cargos y, en general, el ejercicio de la gestión directiva.

Hacia una mayor flexibilidad laboral

Como se analizó en los capítulos anteriores, la flexibilidad laboral es el tema de mayor relevancia en materia de reformas en la gestión de recursos humanos, ya que existen múltiples e importantes razones para un cambio estructural en las dotaciones, especialmente en lo que respecta a su composición y ubicación.

En este sentido, se requiere, en primer término, de una nueva definición de dotaciones que se ajusten a las actuales necesidades. Lo anterior se puede lograr por una ley que reforme las actuales plantas de los Servicios de Salud. Este cambio debe darse en un lapso no superior al año y contemplar las indemnizaciones correspondientes.

Para mejorar la gestión permanente se requiere de modificaciones legales que permitan avanzar en plantas más flexibles, en donde se permitan los ajustes de dotación basados en criterios preestablecidos. Interesante sería, en este caso, replicar la experiencia de la Atención Primaria de Salud que, como vimos, puede disminuir las horas o aumentarlas, dependiendo de las condiciones proyectadas anualmente. Sin embargo, como ha mostrado la experiencia de aplicación de esta última ley, es necesario contemplar los presupuestos para el pago de las indemnizaciones, ya que de otra forma no existen los incentivos para que los encargados de la gestión asuman la tarea de ajustar las dotaciones.

También es interesante la causal de desvinculación del Hospital Padre Hurtado, esto es, las necesidades del establecimiento, con derecho a indemnización.

4. Según datos de Rodrigo Castro, a mayo de 2008 los cargos de Salud concursados en los Niveles I y II sumaron 222, de los cuales 84 fueron declarados desiertos.

Incentivos y evaluación

Incentivos por lugar en que se desempeña la función

En la APS existe el incentivo por desempeño en condiciones difíciles.

Tal incentivo resulta adecuado, pues es la condición del establecimiento la que determina que quienes cumplen funciones en él se beneficien del reconocimiento a las especiales condiciones en las cuales se realiza el trabajo (Arteaga, 2002).

Dicho incentivo debiera extenderse a los otros estatutos.

Incentivos por desempeñar cargos de jefatura

Las asignaciones de responsabilidad son transversales a los distintos estatutos funcionarios de salud.

Son de relativamente fácil administración, pues las funciones que reconoce son claras y bastante estandarizadas. Pudieran existir algunas dificultades asociadas al ejercicio de jefaturas de programas generados localmente y que no son los programas oficiales definidos por el nivel central del Ministerio (Arteaga, 2002).

Incentivos por cumplimiento de metas

En general, es muy positivo que se remunere o premie a los funcionarios por cumplimiento de metas, sean individuales o colectivas.

Pero existen tres problemas que, si bien han afectado este interesante mecanismo, no alcanzan a ser de tal gravedad que implique modificar la herramienta. Los problemas son:

- i. Establecimiento de metas modestas, de modo que se asegure su cumplimiento y así todos los funcionarios la perciban.
- ii. Falta de fiscalización efectiva de quien establece las metas o quien debe evaluarlas.
- iii. Falta de conocimiento al momento de establecer las metas o concordarlas.

En este sentido, resulta interesante lo que ocurre en el Ministerio de Justicia, concretamente en el Registro Civil, en que un componente de la remuneración estará asociado a la evaluación que hagan los usuarios de los servicios y la atención que presta esta institución.

Asignaciones por desempeño individual

En general, las asignaciones de desempeño individual se fundan en la calificación a que acabamos de aludir.

En salud el problema se torna más complejo, puesto que para los gestores no es fácil valorar lo que corresponde a la contribución del desempeño de funcionarios individuales respecto a lo que es logro de todo un equipo (Arteaga, 2000).

Y como la mayoría obtendrá el máximo puntaje, resulta que en último término el criterio diferenciador en caso de empate que han previsto las distintas normas jurídicas, es la antigüedad, no precisamente un indicador válido per se de un trabajo desempeñado con mérito (Arteaga, 2000).

Mejorar incentivos para contratar o mantener profesionales de la salud en su mejor etapa productiva

La carrera funcionaria que hemos descrito, especialmente la que existe en los médicos funcionarios, nos indica que ellos están dispuestos fuertemente a trabajar para el Estado en su etapa de formación, pues adquieren conocimiento (becas de estudio) y práctica.

Una vez que dichos profesionales están formados, mezclan su trabajo para el sector público con la práctica liberal, a veces sacrificando total o fuertemente el trabajo en lo público, ya sea porque se desvinculan del sector, o bien porque, sin hacerlo, no trabajan realmente en los hospitales sino que en sus consultas privadas.

Muchas veces, una vez que han dado todo su potencial en el sector privado, vuelven a dedicarse por completo al área pública.

Es por ello que, a nuestro juicio, la estructura de incentivos debiera fomentar que los profesionales de la salud, en su mayor etapa productiva, se mantengan en el sector público, y que la variable pecuniaria no sea el motivo para irse o para no ingresar siquiera, como ocurre con la profesión de enfermería.

Sistema de evaluación individual

La evaluación individual, en todos los estatutos revisados, se hace a través de una calificación anual, en donde el funcionario evaluado se adscribe a alguna de cuatro listas (Lista 1, Lista 2, Lista 3 y Lista 4).

Resulta que solamente en casos muy excepcionales un funcionario es calificado en Lista 2 y menos aún en Lista 3.

Por cierto, este problema no se da únicamente en el sector salud, sino que trasciende a todo el aparato público.

Claramente, este sistema debe ser radicalmente modificado, aunque no resulta claro que este instrumento sea en sí mismo inadecuado; probablemente el problema puede radicar en quien debe aplicar el instrumento, tal vez porque los incentivos para los gestores no están diseñados para estimular en ellos una actitud orientada a discriminar con rigor la calidad del desempeño de las tareas de los diferentes recursos humanos que tienen a su cargo. Si las remuneraciones de los gerentes no son buenas y no están asociadas al cumplimiento de metas que los motiven a discriminar en la calificación, no puede esperarse que estos se comporten de otra manera.

En el mismo sentido, en un ambiente en el cual la norma para llenar los cargos de niveles directivos, y permanecer en ellos, es la confianza del directivo superior, la aplicación rigurosa de escalas de calificación puede transformar a los gestores que lo hagan en personajes impopulares y debilitar su posición (Arteaga, 2002).

Otros aspectos específicos

Modificar los turnos liberados de guardia

Como se sabe, en el año 1993 se dictó una legislación especial para quienes trabajan en los servicios de urgencia de los establecimientos públicos de salud.

Entre otros beneficios que se lograron, estuvieron los llamados “médicos liberados de guardia”, que en términos sencillos implica que cuando un médico ha prestado servicios de urgencia por más de 20 años se libera de la obligación contractual de prestar servicios de guardias nocturnas y en días domingo y festivos.

Dicho de otro modo, si un médico con cargo de 28 horas semanales solicita el beneficio precedente, implicará la obligación de trabajar solo 22 horas, aun cuando se le remunere como si trabajara 28 horas.

La jornada de 22 horas semanales que desempeñen los profesionales funcionarios liberados de la obligación de efectuar guardias nocturnas y en días domingo y festivos, se cumplirá en horario diurno en las mismas unidades en que servían antes de ser liberados, o en otras que a solicitud del interesado autorice el director del Servicio. En este caso se distribuirá de lunes a viernes, en la forma que determine la misma autoridad.

De la jornada de 22 horas semanales referida, 15 horas se destinarán a trabajos asistenciales y el resto a tareas de investigación, asesoría técnica o a actividades docentes, dentro de las Unidades de Emergencia, Cuidados Intensivos, Maternidades o en otras dependencias según lo disponga el director de Servicio a petición del interesado.

Diversos problemas ha generado para los gestores este beneficio.

Por lo pronto, las horas liberadas igualmente se deben llevar a cabo, por lo que corresponde suplirlas con el resto del personal, o bien contratando personal extraordinario, con la presión financiera que ello produce.

Asimismo, el ambiente del equipo sanitario se resiente, desde el momento que existirán profesionales a quienes se les pagará efectivamente por el trabajo realizado haciendo guardias nocturnas o en días domingo o festivos, y a otros se les pagará lo mismo, aun cuando no lo realizan.

En fin, existen 7 horas de las 22 efectivas que deben hacer, que se ocupa en tareas tan vagas y genéricas como la investigación o asesoría técnica.

Otorgar capacidad resolutive a los médicos de la APS

El decano de Medicina de la Universidad del Desarrollo, sostuvo en *El Mercurio* del 18 de enero de 2009, que “una de las principales causas de frustración de los profesionales que trabajan en atención primaria es que la medicina que practican no es resolutive. Muchas veces tienen que derivar a hospitales, y eso a la larga produce mucha frustración. Hay que darle mayor capacidad a la medicina ambulatoria”.

Lo anterior se refuerza en la medida que el pago financiero per cápita se incrementa y además genere incentivos para una correcta retención de pacientes y, por el contrario, evite la sobrerreferencia al nivel hospitalario.

Adicionalmente, se requiere mejorar los procesos de capacitación vinculados a la capacidad resolutive de los médicos, así como generar modelos de gestión médica, como los llamados “*disease management*”, que apoyen la labor de dichos profesionales.

Reconocimientos adecuados y responsabilidad del equipo de salud

Puede parecer una perogrullada, pero es preciso siempre tener en cuenta que en los centros de salud no solo existen médicos, sino que una amplia gama de profesionales y administrativos sin los cuales ese centro no funcionaría.

No obstante, diversos estudios nos dicen que los médicos en particular se encuentran en posición privilegiada en la toma de decisiones en el nivel operativo y, muchas veces, en el nivel estratégico del Sistema de Salud. Esto les ha permitido ser partícipes de la definición de los modelos de regulación de los cuales son sujetos (Nigenda y Machado, 1997).

Lo anterior debiera cambiar o, al menos, minimizarse.

Claramente, existen otros profesionales de la salud distintos del médico, que poseen más habilidad para desarrollar tareas en el campo clínico, como la profesión de enfermería.

Y ello no se encuentra suficientemente reconocido por nuestra legislación.

A nuestro juicio, debe delimitarse con nitidez la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo que labora en el centro de salud y asignar funciones no en cuanto a si se es médico o no, sino a las capacidades de los demás profesionales de la salud, destinando las recompensas de acuerdo a esa responsabilidad y no únicamente por el título profesional.

Por ejemplo, en el año 2004 se discutía el diagnóstico tardío en tuberculosis, mencionándose que un 40 por ciento de los pacientes tenían síntomas de más de seis meses de duración. Una estrategia relevante sería desmedicalizar la pesquisa bacilos cópica, extendiéndola a todo el equipo de salud.⁵

5. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 21, año 2005, pp. 203-206.

Viabilizando los cambios

Para viabilizar los cambios se requiere a nuestro juicio de dos tipos de medidas. En primer término, darle soporte a la gestión de los establecimientos por medio de incorporar a la comunidad. En segundo término, conseguir que los sindicatos vean en las reformas una relación balanceada de costos y beneficios. Estos dos temas se desarrollan a continuación.

Mejorar los gobiernos corporativos de los centros de salud

Un centro de salud, sea hospital, consultorio, centro de referencia o centro de diagnóstico, entrega bienes y servicios, con la particularidad que se refiere a un ámbito fundamental para el desarrollo de las personas, como es la salud.

Desde esta perspectiva, no parece razonable dejar en una sola persona la gestión de ese centro de salud.

Con la dictación de la Ley 19.937 sobre autoridad sanitaria, algo se intentó avanzar en la participación de la comunidad en la gestión de hospitales, pero tal avance fue mínimo (o tímido), puesto que se propugnó solamente la creación de consejos consultivos.

En nuestra opinión, debe avanzarse decididamente en la creación de un Directorio que administre y gestione el centro de salud, al menos en los de mediana y alta complejidad.

La meta sería tener un Directorio de “administración operativo”, que es el nivel más profundo de participación continua, en donde el Directorio toma decisiones clave que luego la alta gerencia implementa y llena los vacíos relacionados con la experiencia de los demás ejecutivos (Nadler, 2004), debiendo además velar por el cumplimiento del plan estratégico del Hospital y por la mantención de buenas relaciones con los gremios de la salud (Sciaraffia, 2008).

Interesante resultaría aplicar a este directorio los principios de gobierno corporativo de la OCDE respecto de las funciones clave a desarrollar, los que podrían resumirse del siguiente modo:

1. La revisión y orientación de la estrategia del centro de salud, de los principales planes de actuación, de la política de riesgos, de los presupuestos anuales y de los planes del centro; el establecimiento de objetivos en materia de resultados; el control del plan previsto y de los resultados obtenidos por el centro de salud; y la supervisión de los pagos, las adquisiciones y desinversiones de mayor cuantía.
2. El control de la eficacia de las prácticas de gobierno del centro de salud, y la introducción de los cambios necesarios.
3. La selección, la retribución, el control y, en su caso, la sustitución de los directivos principales, y la supervisión de los planes de sucesión.
4. El alineamiento de la retribución a los directivos principales y miembros del

Directorio con los intereses del centro de salud y de los usuarios.

5. Garantizar la formalidad y transparencia del proceso de propuesta y elección de los miembros del Directorio.
6. El control y gestión de conflictos potenciales de interés entre directivos, miembros del Directorio y usuarios, incluida la utilización indebida de los activos del centro de salud y los abusos.
7. Garantizar la integridad de los sistemas de presentación de informes presupuestarios y financieros del centro de salud, incluida la auditoría independiente, y la disponibilidad de sistemas de control adecuados y, en particular, de sistemas de gestión del riesgo, de control financiero y operativo, además de garantizar la adecuación de estos sistemas a la ley y a las normativas aplicables.
8. La supervisión del proceso de revelación de datos y de las comunicaciones.

Como dice Romero (2007), a propósito de Gobiernos Corporativos en la Atención Primaria, “estos principios intentan solucionar los problemas de agencia que se producen al separar la titularidad del dominio de la gestión de la atención primaria, generándose una concentración de decisiones en el ‘gestor de la salud municipal’ (director de salud del municipio) que atenta contra una definición estratégica de la organización encaminada a satisfacer los objetivos de los titulares del dominio de los consultorios (en definitiva todos los ciudadanos de la comuna)”. Lo mismo ocurre en los demás centros de salud públicos.

Los cambios propuestos requieren de una comprensión por parte del mundo sindical y de las corrientes políticas que apoyan sus demandas

La mayor parte de ellos aparece como amenaza a las demandas clásicas de los trabajadores: más estabilidad, remuneraciones menos diferenciadas y fijas.

Por tanto, un tema fundamental de la economía política de la reforma es plantear los cambios como un proyecto de inversión.

Las ganancias que se esperan de las reformas del recurso humano deben ser compartidas con los trabajadores. Las formas de indemnizarlos por los costos del ajuste deben diseñarse, pero resultan poco viables reformas que no incorporen ofertas compensatorias.

Es cierto, esto transforma el proyecto en una apuesta a futuro, ya que normalmente los costos se pagan de inmediato y los beneficios se pueden obtener en un espacio largo de tiempo, con la posibilidad que no se consigan.

Generar por tanto un proyecto rentable para el sector salud, conveniente para los trabajadores y creíble a los ojos de las autoridades económicas, es el principal desafío de la economía política de este tipo de cambios.

Referencias bibliográficas

- Arteaga, O.** (2002). *Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud: algunas experiencias institucionales del sector público de salud de Chile*. Organización Panamericana de la Salud. Diciembre.
- Brito Quintana, P.E.** (2000). “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral”. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Fujisawa, R.; G. Lafortune** (2008). “The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OCDE countries: what are the factors influencing variations across countries?”. En *Ocde Health Working Paper*, 41, 18 de diciembre de 2008.
- González López-Valcarce B.** (2000). “Desarrollar recursos humanos en salud”. En *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Álvarez Dardet C., Peiró S. (eds.). Informe SESPAS 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Nigenda, G.; M. H. Machado** (1997). “Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para su análisis”.
- Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE.** 2004.
- Romero Celedón, A.** (2007). “Gobiernos corporativos y atención primaria de salud. Una propuesta para una comuna de Chile”. Tesina para optar al título propio de Master en Gestión de Servicios de Salud y Empresas Sanitarias, Universidad Complutense de Madrid.
- Sciaraffia M., Vito** (2008). *Características de un hospital sustentable en el futuro*. Instituto de Administración de Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Mayo.